

**République de Guinée**  
*Travail-Justice-Solidarité*



**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

**DIRECTION NATIONALE DE LA PREVENTION ET DE LA SANTE  
COMMUNAUTAIRE**

**POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE**

**Juillet 2012**



## PRÉFACE

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique 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 du Millénaire pour le Développement (OMD).

En 1996, un atelier d'élaboration d'une stratégie nationale des services à base communautaire a été réalisé dans le but d'obtenir un cadre de référence pour les activités communautaires. Tous les acteurs sont conscients de la nécessité et de l'importance de l'engagement du niveau communautaire dans l'amélioration du bien-être de la population. Toutefois, il a été constaté que les multiples démarches pour arriver à la participation communautaire sont disparates et faiblement coordonnées ne permettant une bonne synergie d'actions.

Dans le souci de rendre effective l'application des grands principes directeurs tels que l'Alignement, l'Appropriation, l'Harmonisation (AAH), la responsabilité partagée, la gestion axée sur les résultats, la décentralisation, et l'intégration des activités, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et ses partenaires s'engagent à élaborer une politique définissant les orientations stratégiques pour les interventions au niveau communautaire. A travers ce document de politique, ils concrétisent leur volonté de satisfaire les besoins ressentis et identifiés en matière de santé par la communauté.

Ce document de « Politique Nationale de Santé Communautaire » servira de référence pour les acteurs et les interventions au niveau communautaire en matière de santé. Il décrit les démarches à suivre à tous les niveaux du système. En effet, la synergie, la complémentarité et la performance sont les maîtres mots qui ont guidé la définition des objectifs et des grandes orientations stratégiques.

Je voudrais saluer les efforts louables des cadres des départements ministériels et ceux des Partenaires Techniques et Financiers qui ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce 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 sur le bien-être de la population.

Dr Naman KEITA  
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

### Sigles et abréviations

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
AAH	Alignement, Appropriation, Harmonisation
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
AC	Agent Communautaire
SSP	Soins de Santé Primaires
EDS	Enquête Démographique et de Santé
TNFS	Taux Net de Fréquentation Scolaire
CCDC	Communication pour le Changement Durable de Comportement
TBI	Taux Brut d'Inscription
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
UNDAF	Fonds d'Action pour le Développement des Nations Unies
SIDA	Syndrome Immuno déficience Acquise
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
CNS	Compte Nationaux de la Santé
GNF	Franc Guinéen
ATS	Agent Technique de Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
USD	Dollar Américain
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SIAC	Système d'Information à Assise Communautaire
AGBEF	Association Guinéenne pour Bien Etre Familial
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
PSI	Population Service International
SBC	Service à Base Communautaire
FAMPOP	

<a href="#">AFRICARE</a>	
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
IIPPF	
IST	Infection Sexuellement Transmissible
VIH	Virus Immunodéficience Humain
ESI	Education Sexuelle Intégrée
ADRA	Agence Adventice <a href="#">de Développement</a>
PMS	Programme Multisectorielle
PRISM	Pour le Renforcement des Interventions en Santé Maternelle et Infantile
FARNG	Foyer Amélioré de Rééducation Nutritionnelle des Femmes en Grossesse
HKI	Hellen Keller Internationale
OIC	
GTZ	Coopération Technique Allemande
GIZ	Coopération Internationale Allemande
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
MURIGA	Mutuelle des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
MCHIP	Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile
ONUSIDA	Agence des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TRO	Traitement à Réhydratation Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
PAC	Paquet d'Activités Communautaires
ACS	Agent Communautaire de Santé
CS	Centre de Santé
PS	Poste de Santé

SALT	Stimuler les Activités Locales dans le Temps
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel
IEC	Information, Education, Communication
PF	Planification familiale
ELCO	

## INTRODUCTION

La santé communautaire est une des stratégies de mise en œuvre de la promotion de la santé. Elle consiste au maintien et à l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures promotionnelles, préventives et curatives réalisées par des équipes pluridisciplinaires faisant largement appel à la participation active de la communauté.

Selon le rapport mondial de la santé en 2006, bon nombre de pays rencontrent une insuffisance chronique d'agents de santé qualifiés. Cette pénurie est globale mais se fait surtout sentir dans les pays les moins avancés. Pour pallier cette carence et afin d'assurer l'accès aux services de santé de base à la communauté, une des stratégies identifiées est le recours aux membres de la communauté, à travers les groupements, les associations, les ONG, les agents communautaires et les élus locaux. Le niveau communautaire devient ainsi un prolongement du système de santé. Il fait appel à des personnes ressources issues de la communauté, communément appelées «agents communautaires» (AC), et les organisations compétentes pour offrir des services à travers des paquets d'activités communautaires prouvés efficaces pour le bien-être de la population et décidées par l'intermédiaire d'un dialogue à l'issue duquel un consensus communautaire est adopté entre les autorités administratives, traditionnelles, religieuses et la communauté elle-même.

L'intervention de ces AC et organisations communautaires est indispensable pour atteindre la majorité de la population, afin d'améliorer l'accessibilité géographique des soins de santé de qualité. A cet égard, toutes les activités doivent avoir des impacts positifs au niveau de la communauté.

Pour améliorer l'accès et l'efficacité des soins de santé primaires (SSP, et dans le souci d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique a déjà mis en œuvre des interventions qui, en dépit des résultats significatifs, montrent encore des limites opérationnelles rendant moins satisfaisante sa performance.

Plus de 50% de la population guinéenne ont un accès difficile aux soins de santé car résident au-delà de 5km d'une formation sanitaire. Ce qui nécessite l'adoption de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la couverture sanitaire. De telles stratégies doivent s'appuyer sur une participation effective de la communauté. Certes, de nombreux programmes de santé ont impliqué la communauté, du moins dans le volet « mise en œuvre » ; mais ces interventions sont non coordonnées à cause de l'absence d'un cadre formel et institutionnel harmonisé.

Pour apporter des réponses adéquates à cette problématique, l'élaboration d'une politique de santé communautaire devient une nécessité. Cette politique vise à :

- servir de cadre de référence pour toutes les interventions socio-sanitaires impliquant la participation et surtout l'appropriation communautaire ;
- emmener les décideurs à appliquer le contenu du code des collectivités dans le domaine de la santé ;
- faciliter la création d'un environnement permettant de doter les communautés de moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé conformément à l'approche des Soins de Santé Primaires.

Le présent document est le résultat d'un processus participatif et consultatif mené par le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique avec les principaux partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux du secteur, et s'appuie sur la synthèse des leçons apprises et des expériences d'approche communautaire en Guinée.

## CONTEXTE GÉNÉRAL

### 2.1.1 Données Physiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre le 7° et 12° latitude nord et le 8° et 15° longitude ouest. 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 Liberia 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 km<sup>2</sup>.

### 2.1.2 Données géographiques

Sur le plan géographique, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles qui sont : la Basse guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière.

La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.

La Moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm par an.

La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

### 2.1.3 Données démographiques

Le recensement général de la population et de l'habitat de décembre 1996 révèle que la population guinéenne se chiffrait à 7.156.402 habitants, avec un taux de croissance démographique de 3,1%. Selon ces données, la population guinéenne se situerait en 2011 à environ 11 307 595 personnes et en fin 2012 à environ 11 658 130 habitants.

Les principaux indicateurs sociodémographiques sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau N° 1: Quelques indicateurs sociodémographiques

Indicateurs	Zone urbaine	Zone rurale	Pays
Taux de natalité	40,8‰	31,8‰	38,4‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	133‰	204‰	163‰
Taux de mortalité maternelle	-	-	980 pour 100 000 naissances vivantes
Indice synthétique de fécondité	6,3	4,4	5,7

Source : EDS 2005

#### **2.1.4 Education**

Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le primaire est de 44 % (EDS, 2005). Ce taux est de 47% pour les garçons contre 41% pour les filles. En outre, il présente des écarts selon le milieu de résidence : milieu rural 34 % contre 70 % pour le milieu urbain.

Le taux d’alphabétisation de la population guinéenne est de 31,7% et se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 55,5% et 22,1% pour le pays (EDS, 2005). Ce taux d’alphabétisation varie entre 40% et 50% selon les régions. Il se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec des proportions respectives de 41% et 22% pour le pays. Cette situation influe négativement sur l’adoption de certains comportements favorables à la santé et la transmission de messages de Communication pour un Changement durable de Comportement (CCDC).

A cause du bas niveau d’éducation de la majorité de la population, les comportements adoptés par la population sont peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d’hygiène de l’environnement, le manque d’informations sur la sexualité, les méthodes contraceptives, les bonnes habitudes alimentaires, les méfaits du tabac et l’abus d’alcool. De plus, on note une augmentation de la criminalité, de la consommation des stupéfiants (dr drogue) et des accidents de route.

Quelques études menées sur l’itinéraire thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Lorsque certains signes (ictère, par exemple) apparaissent, le malade n’est jamais conduit à une structure de soins «moderne», sauf en phase terminale. Ceci montre l’importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques.

Dans le domaine de l’éducation de base et équité, le nombre d’enfants ayant bénéficié d’un encadrement adapté dans les familles et d’un programme d’éveil est passé de 88 918 en 2007 à 93 364 en 2008 soit un accroissement annuel de 5% ; l’objectif de 90% de TBI au primaire fixé en 2005 n’a pas été réalisé, le taux actuel étant de 65%. En milieu urbain, les progrès sont meilleurs (84,5%) en comparaison avec les zones rurales (56%). Le TBI (Garçons + filles) est passé de 75,80% de 2007 à 81,89% en 2009 en comparaison au TBI des filles uniquement qui est passé de 72 à 78% sur la même période. Ces disparités persistantes justifient l’orientation des efforts d’amélioration de l’accès vers les zones et les couches sociales les plus défavorisées.

#### **2.1.5 Organisation administrative**

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s’ajoute la ville de Conakry qui jouit d’un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales de développement. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

#### **2.1.6 Situation économique**

La Guinée fait face à une situation socio-économique très difficile. L’indice du développement humain n’a pas positivement évolué ces deux dernières années et classe le

pays 160ème rang sur 177 pays en 2008, reflétant ainsi la stagnation et la faible performance socioéconomique du pays. La population de la Guinée est estimée à 10.000.000 habitants en 2009 avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%. Le pays est fortement marqué par l'augmentation de la pauvreté de sa population dont 54 % vivent en dessous du seuil de 1.2 \$US par jour. Le Pays s'est doté d'une Stratégie de réduction de la Pauvreté (DSRP) dont les 3 principaux axes stratégiques sont en adéquation avec les 5 axes prioritaires de l'UNDAF 2007 - 2011 : (1) Amélioration de la Gouvernance et renforcement des capacités institutionnelles et humaines ; (2) Accélération de la croissance économique et élargissement des opportunités d'emplois décentes et de revenus pour tous ; (3) Amélioration de l'accès et de la qualité des services sociaux de base.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national a continué de baisser depuis plusieurs années (de 15,3% en 2006 à 5% en 2009). La part du secteur de l'Éducation est passée de 11,1% en 2006 à 4% en 2009 ; et celle du secteur de la santé et des affaires sociales de 4,2% à 1% pendant la même période. Entre 2009 et 2010, le gouvernement n'a fait aucun investissement dans les secteurs suscités en dehors des salaires du personnel public. Comme conséquences sous jacentes, les services sociaux de base se sont dégradés, leur accès est devenu quasiment inaccessible pour les populations les plus défavorisées du fait de la pauvreté généralisée eu égard aux différents coûts de recouvrement qui y ont été instaurés pour faire survivre ces structures [DSRP 2011].

## **2.1.8. Situation Sanitaire de la Guinée**

**2.1.8.1 Etat de santé de la population** Au niveau des structures primaires publiques et privées, les principales causes de consultations sont le paludisme, les maladies diarrhéiques aiguës, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers. Les statistiques en milieu hospitalier indiquent que les principales causes d'hospitalisation sont : le paludisme, les infections respiratoires, les anémies non drépanocytaires, les maladies diarrhéiques, les maladies chirurgicales, les affections gynécologiques et les maladies cardiovasculaires.

Les causes de mortalité au sein de la population ne sont pas connues, à cause de la faiblesse de l'état civil et de l'absence d'études à une échelle nationale. Les informations recueillies dans les établissements hospitaliers publics renseignent que les principales causes de mortalité sont : le paludisme grave, les infections respiratoires basses, les anémies chez les enfants, les maladies cardiovasculaires, les affections hépatiques, les tumeurs et les complications liées à l'accouchement chez les adultes. A ces causes s'ajoutent, en augmentation progressive, le SIDA, le diabète sucré et l'hypertension artérielle.

Les niveaux des principaux indicateurs de mortalité selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2005 sont les suivants : Taux de mortalité infantile 91 pour mille ; Taux de mortalité infanto-juvénile 163 pour mille ; Taux de mortalité maternelle : 980 pour 100 000 naissances vivantes.

Selon l'analyse de la situation des enfants et des femmes réalisée 2011 par l'UNICEF, depuis 1999, la couverture vaccinale continue de s'améliorer. En effet, la proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV est passée de 32 % en 1999 à 38 %

en 2008 1. Un enfant de moins de cinq ans sur trois (33,4%) souffre d'une infection respiratoire dont 16 % sont victimes d'une toux et d'infection respiratoires qui sont plus fréquentes chez les enfants de 6-11 mois (19 %). Sur 1000 naissances vivantes, 91 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (39 pp mille entre 0 et 1 mois et 52 pp mille entre 1 et 12 mois) ; tandis 163 décèdent avant leur 5e anniversaire. Les accouchements dans les Centres de santé sont encore minimes (40%) contre 60 % des naissances à domicile. Cette proportion a toutefois légèrement diminué depuis 2005 en passant de 69% à 60%. La mortalité maternelle reste très élevée à 980 décès pour cent mille naissances vivantes.

### **2.1.8.2 Structure générale du système de soins**

Le système de soins guinéen est composé des sous secteurs public et privé. Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques.

Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales.

### **2.1.8.3 Ressources du secteur**

#### **2.1.8.3.1 Infrastructures sanitaires**

Les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs public et privé.

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans la maintenance.

Le niveau des équipements correspond généralement à celui défini dans la carte sanitaire, mais avec des différences notables dans leur fonctionnalité.

Le secteur informel se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, l'on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services. Il met en péril la viabilité des structures officielles.

Le secteur pharmaceutique et biomédical est composé de 408 officines, 38 points de vente et 10 laboratoires.

#### **2.1.8.3.2 Ressources humaines**

L'ensemble des structures sanitaires du pays emploie 11536 travailleurs dont 9710 professionnels de la santé correspondant à 84,17% des travailleurs (MSHP, 2009).

Le secteur public renferme l'essentiel de ces ressources humaines : 86,97% des travailleurs et 87,97% de professionnels de santé, et constitue ainsi le secteur prépondérant de la santé en Guinée.

L'analyse de la qualification et de la distribution du personnel a montré de sérieux problèmes de gestion et trois types importants de déséquilibre : quantitatif, qualitatif et de distribution.

Les problèmes de gestion sont liés à la démotivation du personnel, l'absence de différenciation des tâches des différentes catégories de prestataires, faute de description de poste.

Le déséquilibre quantitatif se caractérise par l'excès de certaines catégories professionnelles (ATS et médecins par exemple) et l'insuffisance ou l'absence d'autres (sages-femmes, préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire, assistants sociaux par exemple).

Le déséquilibre qualitatif est lié au faible niveau des élèves au recrutement, à la faiblesse des capacités d'encadrement (insuffisance numérique d'encadreurs, manque de matériel didactique, de bibliothèque, etc.), à l'absence de plan de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions qu'ils assument.

Le déséquilibre de distribution se caractérise par une répartition inéquitable du personnel entre Conakry et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales et même entre les régions.

#### **2.1.9 Ressources financières et financement du secteur**

Comme tous les pays à faible revenu, le système de santé en Guinée est financé par les sources publiques (Etat, collectivités), les sources privées (paiements de prestations/recouvrement des coûts, fonds employeurs, Mutuelles de santé, ONG) et les sources extérieures (bilatérales, multilatérales, guinéens de l'étranger). L'estimation des dépenses totales de santé en Guinée est extrêmement complexe à établir en l'absence des Compte Nationaux de la Santé (CNS).

Selon nos estimations, en 2009, la dépense totale de santé/habitant représenterait en 2009 150.000 GNF environ, soit une somme entre 15 à 18 € et plus 200.000 GNF en 2010 soient près 20 €. Le ratio des dépenses totales de santé/PIB serait d'environ 4%. Ce chiffre qui semble être sous évalué dû à une sous-estimation des dépenses de ménages en produits de santé, est légèrement inférieur à celui du Burkina 5,8, du Mali 5,9%, et du Sénégal 5,3%. Il est presque le 1/3 du ratio dépenses totales/PIB du Ghana (13,9). Cependant, une revue des dépenses du secteur de la santé de la Guinée faite en 2003 et portant sur l'année 2001 estimait déjà les dépenses de santé à 34 USD (25 €) par tête d'habitant. Les données des dépenses de santé par tête d'habitant de certains pays de la sous-région sont de 22 € pour le Bénin, 23 € pour le Burkina, 24 € pour le Mali, 17 € pour le Niger, et 28 € pour le Sénégal [Analyse situationnelle du secteur de la santé, 2011].

#### **2.1.10 Médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle en Guinée constitue une branche non négligeable de la santé qui attire une majorité de la population pour les soins. Elle constitue un premier recours pour la plupart des catégories socioculturelles du pays. La médecine et la pharmacopée traditionnelles restent très peu organisées en Guinée. Le nombre des tradithérapeutes augmente de façon continue et les chiffres disponibles ne sont pas fiables. Pour améliorer cette situation, le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique a mis en place une division médecine traditionnelle pour organiser et coordonner leurs interventions. Plusieurs démarches scientifiques sont en cours pour l'introduction progressive des acquis de la médecine et la

pharmacopée traditionnelle dans le système de santé. IL est à noter que malgré ces capacités d'attraction, ce secteur mérite une plus grande attention pour son développement.

## III. Analyse de la situation de la Santé Communautaire

### **3.1. Historique**

En 1977, les gouvernements des pays du sud se sont fixés un objectif commun pour leur politique de santé, celui de la santé pour tous en 2000. , Cependant, compte tenu de l'inadéquation et de la répartition inéquitable des ressources entre les pays, la conférence d'Alma ATA en 1978 a défini une politique de soins de santé primaires (SSP), afin d'aider les pays à se rapprocher de cet objectif (OMS 1978). Cette politique reconnaît la nécessité d'examiner de nouveau les relations entre les professionnels de santé et les membres de la communauté.

La République de Guinée a adopté la stratégie de « Santé pour tous avant l'an 2000 en 1977 ; et la Déclaration de Alma ATA sur les soins de santé primaires en 1978. Lors de la conférence nationale de la santé en 1984, le Ministère de la santé a réaffirmé son engagement à mettre les soins de santé primaires en œuvre selon les principes ci-après :

- l'harmonisation des 3 types de soins de santé : curatif, préventif et promotionnel ;
- la santé individuelle, familiale et communautaire ;
- la participation de la communauté dans la planification, la gestion et la mise œuvre des programmes de santé y compris le financement de la santé et le système de recouvrement des coûts ;
- la promotion de la collaboration intra et intersectorielle entre les différentes directions et les départements partenaires.

Pour atteindre ces objectifs des soins de santé primaires, trois principaux axes stratégiques ont été adoptés qui sont :

- une plus grande efficacité de la prestation des services ;
- une réduction des coûts de prestation ;
- et la garantie de la durabilité du service

Ce programme a permis d'améliorer considérablement l'accessibilité des populations aux services.

Aujourd'hui les centres de santé et les postes de santé offrent des prestations promotionnelles, préventives et curatives. Près de 80% des activités de ces structures de base sont consacrées à la mère et à l'enfant. Bien que l'accès à ces gammes de services ait connu des progrès significatifs, il reste encore faible pour certaines populations rurales et périurbaines.

Même aux endroits où les services sont disponibles, leur utilisation est d'un niveau très bas à cause du déficit d'information sur leur existence et de l'enclavement de certaines zones géographiques par rapport aux formations sanitaires.

En 1992, le Ministère de la santé a initié un programme de services à base communautaire axé sur le système d'information à assise communautaire (SIAC) pour collecter les données nutritionnelles. Suite à cette expérience, plusieurs autres activités ont été réalisées par les agents communautaires, notamment, la distribution communautaire de l'ivermectine pour la lutte contre l'onchocercose, le traitement de la diarrhée par réhydratation orale, le dépistage communautaire, la relance des malades irréguliers, la distribution des médicaments pour la poly chimiothérapie de la lèpre, l'accouchement, la promotion et la distribution communautaire des contraceptifs, le dépistage et le traitement communautaire du paludisme

aiguë. A toutes ces activités s'est ajoutée la surveillance épidémiologique de la paralysie flasque aigue et du tétanos maternel et néonatal.

Dans le but développer ces interventions communautaires, plusieurs partenaires de terrain ont développé des approches dont entre autres :

- En 1996, le Ministère de la Santé en collaboration avec l'AGBEF sous financement de l'USAID, a lancé le premier projet pilote de distribution communautaire des préservatifs avec 50 agents communautaires en Haute Guinée.

En 1997, l'AGBEF sous le financement de l'USAID par le canal de PSI/Guinée en collaboration avec le Ministère de la Santé, a élaboré un premier document de stratégie Nationale des services à base communautaire (SBC).

- En 1997, après l'évaluation de la phase pilote du projet « FAMPOP », il ya eu extension du projet dans les régions de la Haute et de la Guinée Forestière avec 1200 agents communautaires.
- De 1998 à 2000, l'initiative pour la sécurité alimentaire a été mise en œuvre dans les préfectures de Dinguiraye et l'initiative pour la santé maternelle et infantile dans la préfecture de Dabola par les agents communautaires sous financement de l'USAID exécuté par AFRICAIRE
- En 2000, a été mis en œuvre, le projet vision 2000 pour le développement des services de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Fouta Djallon sous financement de l'IPPF exécuté par l'AGBEF.
- En 2003, mis en œuvre du projet d'Education Sexuelle (ESI) sur les IST/VIH/SIDA dans les quatre régions naturelles par le Programme Multisectoriel (PMS) de la Banque Mondiale.
- De 2000 - 2005, l'initiative pour la santé maternelle et infantile, a été mise en œuvre dans la préfecture de Siguiiri par ADRA avec les agents communautaires sous financement de l'USAID.
- De 1998 - 2006, le projet pour le renforcement des interventions en Santé Maternelle et infantile (PRISM) a été mis en œuvre avec les agents communautaires et les pairs éducateurs dans les régions de la Guinée Forestière et de la Haute Guinée sous le financement de l'USAID.
- De 1998 - 2007, « Save the Children » a mis en œuvre un projet de santé de la reproduction par les agents communautaires dans les préfectures de Mandiana et de Kouroussa sous financement de l'USAID.
- De 2001 - 2007, l'initiative pour la sécurité alimentaire de Guinée, a été mis en œuvre dans les préfectures de Dinguiraye et de Dabola avec les agents communautaires sous financement de l'USAID par AFRICARE.

Formatted: Indent: Left: 0"

- De 2004 - 2008, mise en œuvre de programmes de renforcement nutritionnel des femmes enceintes (FARNG) par HKI sous financement de l'USAID dans les régions administratives de Kankan et de Faranah avec l'appui des agents communautaires.
- De 2005 - 2009, mise en œuvre de projet de sécurité alimentaire dans les préfectures de Pita et de Téliélé par OIC/HKI sous financement de l'USAID.
- De 2001 - 2006, mise en œuvre du projet de nutrition dans la ville de Conakry par ADRA avec l'appui des agents communautaires urbains.
- De 2001 - 2009, le programme Santé et lutte contre le VIH/SIDA a été mis en œuvre en partenariat avec le GTZ dans les régions administratives de Faranah, Labé et Mamou.
- 2009 - 2012, mise en œuvre du programme santé de la reproduction et droit de la femme avec le GIZ dans les régions administratives de Faranah, Labé, Mamou et dans les sites miniers de la Guinée.
- En 2006, mise en œuvre du projet de santé reproductive et sexuelle communautaire durable en région forestière de la Guinée sous le financement de plan Guinée
- 2009 - 2011, le Développement des Services de PF à Base Communautaires dans 43 Sous / Préfectures et 04 Communes urbaines SONU/MURIGA en Basse et en Moyenne Guinée sous le financement de l'UNFPA .
- De 2006 - 2012, mise en œuvre du projet Onchocercose – Santé de la Reproduction dans les zones du programme Onchocercose en Guinée avec 4300 agents communautaires ou distributeurs communautaires par AGBEF/HKI.
- En 2012, mise en œuvre du projet pilote d'introduction du Depo-Provera dans le paquet d'activités des agents de communautaires dans la préfecture de Mandiana exécuté par MCHIP/JHpiego sous financement de l'USAID.

Toute fois, 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.

En effet, l'analyse de la situation basée sur l'Enquête Démographique et de Santé de 2005 (EDS 2005) 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 ;
- le taux de mortalité maternelle est passé de 528 en 1999 à 980 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 ;
- la mortalité infanto-juvénile reste élevée à 163 pour 1000 naissances vivantes soit un enfant sur six meurt avant son 5ème anniversaire,
- la prévalence contraceptive est de 9% pour toutes méthodes confondues et 6% pour les méthodes modernes,
- le taux d'accouchement assisté reste faible (38%) alors que le nombre de sage femme en activité ne fait que baisser ;

Formatted: Indent: Left: 0.2", Hanging: 0.1", Tab stops: 0.3", Left + Not at 0.69"

- les pratiques néfastes persistent comme l'excision (96% des femmes excisées) et, seulement 27% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein.

La conférence internationale sur la santé communautaire dans la Région Africaine a été organisée conjointement par l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque Mondiale et l'OMS en 2006, à Addis Abeba en Ethiopie. Cette conférence a montré une tendance régressive de la survie des nouveaux-nés et des enfants de moins de 5 ans dans certains pays, et a permis de faire des recommandations pour renforcer l'implication des communautés dans les interventions communautaires. 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.

Il a été démontré lors de cette conférence que l'incidence croissante des maladies non transmissibles exigerait que les communautés mettent en œuvre des modèles de soins de santé primaires localement définis, souples et adaptables. Enfin, il a été également important d'identifier des stratégies de renforcement de la participation communautaire au développement sanitaire pour atteindre les objectifs du millénaire.

Dans le souci de prendre en compte l'atteinte des OMD et les directives de l'Union Africaine pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, une feuille de route nationale de réduction de la mortalité maternelle et infantile a été élaborée pour atteindre les OMD 4 et 5.

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 à la santé permet aux populations de se comporter en partenaires et en acteurs égaux du développement socio-sanitaire.

Le fait de reconnaître que les communautés sont les acteurs et les bénéficiaires des services de santé communautaire est un aspect crucial. Il est nécessaire de développer des mécanismes pour promouvoir la responsabilisation communautaire pour influencer les politiques nationales de santé.

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

Il est important de clarifier les rôles des organisations communautaires et d'identifier les voies et moyens de les préparer à jouer ces rôles. Il faudrait 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.

### **Points forts**

- Existence d'une volonté politique affirmée à travers l'adoption et la relance du Programme des Soins de Santé Primaire (SSP)
- Engagement des partenaires à soutenir le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- Existence d'un code des collectivités locales
- Engagement de la communauté à prendre en charge ses problèmes de santé
- Existence et la mise en œuvre d'un plan national de développement sanitaire
- Création d'une direction nationale de prévention et de la santé communautaire
- Existence des agents communautaires (AC)
- Existence des interventions communautaires mise en œuvre par des programmes, projets et ONGs nationales et internationales ;
- Existence des documents de formation pour la promotion de la santé
- Existence d'un partenariat multisectoriel en faveur de la santé
- Existence d'une politique pharmaceutique nationale
- Mise en place des structures communautaires (comité de santé et d'hygiène)

### **Points à améliorer**

- Manque de politique et de stratégie nationale pour les interventions communautaires ;
- Faible disponibilité des produits pharmacologiques
- Manque d'intégration et d'harmonisation des activités des agents communautaires des différents programmes entraînant une mise en œuvre non coordonnée et verticale des interventions communautaires ;
- Absence de statut clair de l'agent communautaire ;
- Absence de prise en compte des activités des AC dans le rapport SNIS du MSHP ;
- Absence de volet communautaire dans l'enseignement en santé publique ;
- Insuffisance de mobilisation des ressources en faveur de la santé en général et pour la santé communautaire en particulier;
- Insuffisance de coordination et de collaboration intra et intersectorielle ;
- Manque de meublement de la Division en charge de la santé communautaire ;
- Absence de cadre de valorisation de bonnes pratiques communautaires ;
- Absence de stratégie efficace et pérenne de motivation des Agents Communautaires ;

### **Menaces**

- Instabilité politique ;
- Conflits sociaux ;
- Absence d'un système pérenne de rémunération des agents communautaires ;
- Résistance des professionnels de la santé à la responsabilisation communautaire ;
- Développement de la pratique illicite de la médecine et de la pharmacie (docteurs traditionnels, vendeurs ambulants de produits de santé) ;

## Opportunités

- Adoption de la lettre de politique nationale de décentralisation et développement local ;
- Création d'une division de santé communautaire ;
- Volonté des partenaires techniques et financiers à accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.

## V. Orientations stratégiques

### 5.1 *Vision*

Notre *vision* est une société dans laquelle tous les Guinéens sont en bonne santé. Cette vision implique:

- L'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire.
- Une plus grande responsabilisation communautaire pour une meilleure implication (appropriation) des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé
- Une plus grande motivation et une meilleure répartition du personnel de santé pour garantir des prestations de qualité.
- Une meilleure sécurisation de la disponibilité des produits pharmaceutiques essentiels accessibles à la majorité de la population.
- Un système de financement alternatif qui permet de développer la solidarité entre les membres d'une même communauté.
- Un cadre de travail approprié qui stimule les initiatives individuelles et collectives.
- Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.

### 5.2 *Principes*

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

1. *La consolidation des acquis:* Les acquis les plus importants du secteur depuis 1985, sont en rapport avec les soins de santé primaires, la réforme hospitalière et la politique pharmaceutique. Les actions entreprises dans ce cadre ont permis l'amélioration de la couverture sanitaire, la diversification des soins au niveau des structures, l'intégration des activités préventives, curatives et promotionnelles au niveau des services de santé de base, et la promotion des médicaments essentiels génériques. Ces stratégies seront renforcées au cours de la décennie à venir.
2. *L'accès universel aux soins et aux services pour tous:* Ce principe conduira à la réorganisation des services de soins et à faire en sorte que les nouveaux investissements en tiennent compte en vue d'une répartition équitable des ressources (structures de soins, ressources humaines, ressources financières).

L'accès universel reposera sur des mécanismes de solidarité pour que les facteurs liés au coût des prestations ne limitent pas l'accès des pauvres aux services de santé.

Formatted: Indent: Left: 0", Hanging: 0.4", No bullets or numbering

Formatted: No bullets or numbering

3. *La lutte contre la pauvreté* : Les interventions pour les 10 ans 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 réputées de forte pauvreté).

4. *La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions*: Les stratégies les plus efficaces pour un coût supportable par les ressources disponibles seront recherchées. Les interventions respecteront scrupuleusement ce principe. A ce titre, elles seront intégrées et coordonnées pour une meilleure utilisation des ressources.

5. *La nécessité de la collaboration intersectorielle et de 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. *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 des élections libres et transparentes.

#### 7. *Equité*

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

#### 8. *Transparence*

Les agents de santé et les communautés sont tenus de partager toutes informations sur les priorités, le processus de gestion, les activités menées et les résultats obtenus.

#### 9. *Ethique*

La mise en œuvre des activités communautaires est régie par l'ensemble des valeurs et des règles morales propre à la communauté guinéenne.

#### 10. *Intégrité*

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

#### 11. *Dialogue*

Les communautés et les services de santé sont encouragés à instaurer une culture de dialogue pour un partage et 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. *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 implication sociale, technique et financière.

#### 13. *Appropriation*

Convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté prend conscience de ses problèmes de santé, s'implique et se mobilise dans la recherche et la mise en œuvre effective de solutions de promotion, de prévention et curatives pérennes.

#### **14. Décentralisation**

La santé communautaire est la traduction pratique de la décentralisation. Cette dernière donne 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. Implication des autorités**

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

L'approche communautaire n'était pas considérée comme une stratégie prioritaire mais comme une alternative palliative pour suppléer les défaillances du système de santé. Toutes les expériences passées n'ont pas été suffisamment appuyées par une volonté politique.

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique accorde de plus en plus de l'importance à la Santé communautaire, comme un moyen permettant de faire un saut qualitatif y afférent. La santé communautaire offre une opportunité pour la mise en œuvre effective des interventions sanitaires à haut impact pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

## VI. Objectifs

### **6.1 Objectif général :**

Contribuer au développement socio-sanitaire du pays pour l'amélioration de l'état de santé de la communauté.

### **6.2 Objectifs spécifiques**

1. Définir des paquets d'activités à mettre en œuvre au niveau communautaire
2. Définir les rôles de tous les acteurs de développement dans la résolution des problèmes de santé des communautés ;
3. Définir et mettre en place un mécanisme pérenne de motivation des agents communautaires ;
4. Optimiser l'utilisation des prestations prioritaires de santé au niveau de la communauté en faveur des activités promotionnelles, préventives, curatives.

## VII. Axes stratégiques

Les grandes orientations stratégiques concernent volets relatifs :

1. Responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de la population en général, et de la mère et de l'enfant en particulier ;
2. Utilisation optimale des prestations prioritaires de santé au niveau de la communauté ;
3. Harmonisation et la coordination des interventions socio-sanitaires au niveau communautaire ;
4. Développement de la recherche opérationnelle et la vulgarisation de bonnes pratiques.

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

Définition de la responsabilisation communautaire : 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 participant d'avantage au processus gestionnaire au niveau local [Document stratégie de relance des SSP, vision et postulat avril 2010].

### **1.1 La sensibilisation de la communauté sur son rôle dans les actions socio-sanitaires**

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 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.

Formatted: Indent: Left: 0", Hanging: 0.4", No bullets or numbering

Formatted: No bullets or numbering

### ***1.2 La 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 promotion, l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé.

Elle permet de créer un environnement socio-culturel 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.

### ***1.3 La mise en place d'un système de gouvernance locale de la santé.***

IL est important de se référer au code des collectivités pour prendre en compte les directives d'organisation des collectivités dans le domaine de la santé. IL convient de noter que les collectivités doivent allouer 15% de leur budget à la résolution de leurs problèmes de santé. Par ailleurs, ils doivent également mettre en place et de 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. Il s'agira également de les mettre en réseau pour une plus grande efficacité des interventions tout en spécifiant les missions de chaque entité et acteurs concernés.

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 collaboration entre le centre de santé, la communauté dont les autorités locales, leaders d'opinion, les familles et les autres acteurs pour parvenir à une population en bonne santé et responsable.

### ***1.4 Le 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, supervisions, échanges d'expériences, voyages d'études etc. Les modalités de renforcement des compétences seront déterminées selon les besoins et par niveau.

### ***1.5 L'appropriation de la politique et des stratégies globales de santé communautaire par la communauté.***

Cette appropriation se concrétise par l'élaboration d'un micro-plan local de développement sanitaire 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. Cette approche nécessite un partenariat entre les communautés et les autres acteurs.

### ***1.6 La mobilisation de ressources humaines, financières et matérielles.***

L'engagement de la communauté se poursuit jusqu'à ce volet de mobilisation de ressources à différents niveaux - local, régional, national et international. Dans le cadre du développement global de la localité, une prise en compte correcte des questions de santé permet de mobiliser

les ressources appropriées à la réalisation du micro-plan de développement sanitaire. Les ressources doivent provenir de plusieurs sources dont entre autres les communautés elles-mêmes, le gouvernement, les partenaires au développement et du secteur privé.

## 2. Utilisation optimale des prestations prioritaires de santé au niveau de la communauté

Cet axe vise l'organisation, la définition et l'offre des prestations de santé au niveau de la communauté, à savoir :

### ***2.1 La définition des domaines d'intervention de la santé communautaire : la promotion, la prévention, le curatif, et les références/urgences.***

- La prévention comprend toutes les mesures destinées à éviter des troubles psychologiques et physiques. Dans le cadre de la prévention, les agents communautaires développeront des activités suivantes : distribution de produits de santé et de nutrition<sup>2</sup>, le dépistage des malades, la recherche active des clients perdus de vue, mobilisation sociale pour l'utilisation des services et prestations de santé (planification familiale, prévention des maladies infantiles, vaccinations ...), surveillance épidémiologique.
- La promotion de la santé est le processus qui confère à la communauté les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé ainsi que leur bien-être et d'améliorer ceux-ci. Elle ne relève pas seulement du secteur socio-sanitaire mais dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être des familles. Il s'agit de sensibilisation à travers les causeries éducatives, des conseils individuels et collectifs sur les moustiquaires imprégnées, l'assainissement, l'hygiène individuelle et collective, l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation de complément, l'accouchement assisté, l'utilisation du sel iodé, le lavage des mains à l'eau et au savon aux moments critiques, le traitement de l'eau à domicile, la pratique du traitement de réhydratation orale (TRO), IST, planification familiale etc.
- Le traitement curatif consiste au traitement communautaire des formes simples de certaines maladies telles que : le paludisme après confirmation par le TDR, maladies diarrhéiques, pneumonies, malnutrition, onchocercose, géo-helminthiases, etc. Il est à noter que les formes graves de ces maladies doivent être référées vers les structures sanitaires.
- Et enfin, les volets relatifs aux urgences ont des paquets d'activités communautaires qui portent sur la préparation et la réponse aux urgences/catastrophes pour réduire la vulnérabilité des communautés. La surveillance épidémiologique et la notification des cas de maladies sous surveillance selon les directives nationales, constitue un élément important de ce volet.

---

<sup>2</sup> Voir liste des produits de santé en annexes

## **2.2 Le développement des paquets d'activités communautaires**

Le paquet d'activité communautaire de santé est l'ensemble des interventions dévolues à l'agent communautaire de santé (voir annexes). Ces interventions relèvent des grands domaines prioritaires de santé

Le développement des paquets d'activités communautaires (PAC) doit tenir compte des problèmes prioritaires de santé du pays et de la capacité des agents à réaliser une ou plusieurs activités avec la qualité requise.

La zone d'intervention des AC est le district/quartier et au moins cinq agents sont nécessaires pour développer efficacement les interventions.

Dans le cadre du développement des paquets d'activités, il serait intéressant de rendre les agents communautaires polyvalents pour réduire les risques de verticalité ou de spécialisation des interventions.

## **2.3 L'organisation des services de santé communautaire**

Dans le souci d'un accès facile à un continuum de soins à tous les membres de la communauté depuis le niveau communautaire jusqu'aux structures de soins. Des directives nationales sur le processus d'orientation recours seront élaborés depuis le niveau communauté jusqu'au niveau tertiaire du système de santé.

## **2.4 Mécanisme d'approvisionnement et de réapprovisionnement en produits de santé**

Il s'agit de mettre en place un système pérenne d'approvisionnement et de réapprovisionnement en produits de santé. Ce système s'appuiera sur le circuit d'approvisionnement public et pourrait utiliser le secteur privé en cas rupture. Dans le souci de rendre disponible les produits de santé, il est nécessaire d'ouvrir des pharmacies villageoises <sup>2</sup> dans les différents districts tout en s'assurant du maintien de la qualité des produits par un contrôle régulier.

**2.5. Les Agents Communautaires de Santé (ACS):** Il s'agit d'une personne issue de la communauté, ayant reçu des formations de courte durée, pour la promotion de l'état complet de bien être de la population. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires et exerçant auprès de leur communauté les fonctions suivantes regroupées en 4 catégories :

- améliorer les pratiques familiales en matière de santé et protection sociale, de nutrition, d'hygiène à travers les sensibilisations de groupe, la communication interpersonnelle et les visites à domicile ;
- distribuer les produits de base de santé et de nutrition aux familles dans les communautés ;
- assurer le traitement de cas simples de certaines maladies et le traitement pré-référenciel selon les directives des programmes existants;
- contribuer aux activités de surveillance épidémiologique des maladies endémiques et endémo-épidémiques, y compris l'accélération de la lutte contre les maladies et la recherche active des perdus de vue/abandons.
- Collecter et transmettre les données à la hiérarchie (CS/PS).

Il sera spécifié dans ce document de politique, le mode de recrutement des ACS, la formation, l'encadrement, le suivi et la supervision des ACS et les différents modes de motivation.

### **2.5 L'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 devraient être de rigueur. Des normes et standards seront définis pour les domaines d'interventions prioritaires des ACS.

### **2.6 L'évaluation des actions sanitaires.**

Cela implique une approche critique à tous les niveaux aussi bien sur les résultats que sur le processus lui-même. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations au niveau communautaire et des services de santé, 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 ACS 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.

## 3. Harmoniser les interventions sanitaires au niveau de la communauté

Formatted: Border: Left: (Single solid line, Auto, 0.5 pt Line width, From text: 17 pt Border spacing: )

L'harmonisation des interventions sanitaires au niveau communautaire concerne la coordination des actions, la standardisation, l'intégration des données, le suivi évaluation.

**3.1 La coordination** implique la mise en place d'un comité de pilotage à tous les niveaux (communes rurale et urbaine, district sanitaires ; régional et central). Cette structure revêt un aspect intersectoriel et interdisciplinaire. Au niveau des communes, le pilotage revient au Comité de Santé et d'Hygiène.

Pour assurer la synergie et la complémentarité des actions sanitaires, ce comité a autorité sur tous les acteurs œuvrant à leur niveau. Cette instance servira de plate-forme d'échange d'informations et de mise en réseau pour toutes les parties prenantes - secteur public, secteur privé, société civile et autorités locales- pour mener à bien l'atteinte des objectifs fixés selon les besoins identifiés par la communauté.

**3.2 La standardisation** est nécessaire au vu de l'existence des différents types d'agents communautaires actuellement sur le terrain : le recrutement/choix, la formation continue, les documents utilisés, les paquets d'activités offerts.

La standardisation porte également sur le statut des agents communautaires de santé, le système de motivation, les outils de collecte et de gestion des données.

**3.3 L'intégration des données communautaires dans le système d'information sanitaire(SNIS)** doit être instituée. Les indicateurs communautaires pertinents seront identifiés et intégrés dans le SNIS. La collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données seront réalisées au niveau du centre de santé qui remonte les informations au niveau hiérarchique,

### **3.4 Le suivi, la supervision et l'évaluation des activités communautaires :**

Le suivi, la supervision et l'évaluation seront réalisés périodiquement à tous les niveaux de mise en œuvre des interventions communautaires. Les activités des ACS seront incluses dans les monitorages semestriels. La Direction Nationale de la prévention et de la santé communautaire, les programmes, les équipes cadres des régions/districts et les ONGs ainsi que la communauté à travers les comités de santé et d'hygiène et les communes assureront le suivi. Les supports de collecte et de gestion des données seront mis en place dans chaque communautés et district. Le traitement des données sera fait dans les districts sanitaires.

#### **3.4.1 Suivi**

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

- ✓ S'assurer de la disponibilité des intrants chez les ACS.
- ✓ S'assurer que les ACS mènent les activités selon leur cahier de charge et leur chronogramme ;
- ✓ Assister les agents communautaires de santé 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

#### **3.4.2 Supervision**

La supervision des agents communautaires de santé se fait par le chef de centre de santé, le chargé des agents communautaires du district sanitaire et toutes autres personnes ressources de façon concertée et intégrée. Il constitue un élément très important dans la motivation et permet de renforcer les compétences des ACS. Une grille standardisée de supervision doit être élaboré et utilisé

#### **3.4.3 L'évaluation**

L'évaluation des activités communautaires se fera périodiquement à chaque 6 mois pour la progression des indicateurs prédéfinis lors des monitorages ainsi que lors des enquêtes et études.

#### ***La Motivation/Rémunération***

La motivation des agents communautaires de santé et de leurs superviseurs est un gage pour la réussite et la pérennité d'un programme de santé communautaire. Elle est également importante en tant que stimulant qui consiste à entretenir l'intérêt de l'agent communautaire pour son travail et réduire les taux d'abandon.

Il existe plusieurs formes et sources de motivation ou rémunération de l'ACS : l'Etat, la communauté, les programmes, projets, rémunération par acte.

#### **3.1 La motivation/rémunération par l'Etat**

Il s'agit d'une motivation et rémunération à prévoir dans les subventions de l'Etat accordées aux collectivités locales et au Ministère de la Santé, dans la mise en œuvre des activités des programmes et projets. Cette motivation/rémunération peut être payée à temps partiel ou à

temps plein (par exemple lors des campagnes de vaccination, de distribution des médicaments, Moustiquaires Imprégnées et autres);

L'état devrait aussi définir un salaire en fonction du SMIG et recruté au compte des contractuels de l'Etat à travers la fonction publique locale mensuellement les agents communautaires de santé. Un montant forfaitaire de par mois par agent communautaire avec des critères d'octroi bien définis avec la communauté. Cette rémunération doit faire sur la base d'un contrat de prestation de service. Les mécanismes de mobilisation des ressources pour le financement des primes et les modalités de gestion seront définies par le ministère de la santé et le ministère en charge des finances en accord avec les partenaires qui financent les programmes et projets de santé.

### **3.2 Motivation/Rémunération par la communauté**

Cette motivation est plus facile pour l'agent communautaire de santé à temps partiel. Elle peut se faire sous diverses formes : donation des vivres, appui à la réalisation des champs communautaires ou la participation financière.

### **3.3 Motivation/Rémunération à l'acte**

L'agent communautaire de santé est motivé sur la marge bénéficiaire de la vente des produits ou les services offerts. Il peut être également motivé ou rémunéré par un partenaire sur la base d'un contrat de performance signé avec l'ACS.

### **3.4 Autres formes de motivation complémentaires**

L'agent communautaire de santé sera encouragé et félicité, au besoin, il recevra un certificat de reconnaissance de la part de l'autorité sanitaire ou de la communauté, Il bénéficiera de formations/remises à niveau périodique et de voyage d'échange d'expérience,

Le développement de la Recherche et la vulgarisation des bonnes pratiques

Les activités de recherches opérationnelles seront organisées à tous les niveaux. Les bonnes pratiques seront capitalisées; documentées, validées et vulgarisées. Selon les domaines d'intervention des journées d'échanges 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.

## **VIII. Cadre de mise en œuvre de la politique de santé communautaire**

### **9.1 Gestion et de coordination**

Le Ministère en charge de la santé assurer le leadership de la mise en œuvre de cette politique de santé communautaire. Les modalités d'application opérationnelle de cette politique seront définies dans :

- Un arrêté interministériel fixant la création, l'organisation, le fonctionnement et les attributions du Comité de Santé et d'hygiène, les comités villageois de santé et les attributions des agents communautaires de santé (ACS).

Un plan stratégique pluriannuel de la santé communautaire définira les modalités pratiques pour la mise en œuvre de cette politique.

Formatted: No bullets or numbering

**Au 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'assurer la planification 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 : normes et standards d'harmonisation, outils de gestion, manuels de formation. 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 sur les Termes de référence et le paquet d'activités communautaires proposés en annexe de cette Politique

Un plan de Suivi et Evaluation du document stratégique de mise en œuvre de cette politique sera élaboré. Tous les outils nécessaires à la collecte de données, à leur exploitation et à leur utilisation seront conçus et produits pour tous les niveaux. Les données sur les activités communautaires seront harmonisées et intégrées dans le Système National d'Information Sanitaire.

**Au niveau régional et district**

Les activités conformes au plan stratégique national doivent être 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.

**Niveau communautaire :**

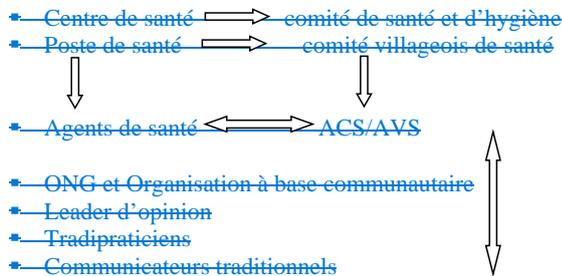
Les Comités de santé des communes veilleront à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification et de mise en œuvre des activités communautaires. L'agent communautaire de santé doit rendre compte de ses activités mensuellement au comité de santé qui, à son tour rend compte au conseil communal. Le comité assure la coordination de la mise en œuvre des activités au niveau communautaire et développe des mesures de pérennisation.

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 plate forme multirsectorielle.

Diagramme des liens fonctionnels : à envoyer à l'annexe et y écrire le narratif

**Conseil communal**





Ce diagramme définit les liens fonctionnels entre les différentes structures et organes de prise de décision de mise en œuvre des activités au niveau communautaire

### 9.2-Collaboration intra et intersectorielle

Les départements ministériels (décentralisation, fonction publique, affaires sociales, communication, éducation, finances; jeunesse) les Directions nationales, les programmes/projets, les ONG/associations, les partenaires techniques et financiers participeront à la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.

### 9.3 Mécanisme de concertation et de partage d'information

La Direction Nationale de la prévention et de la santé communautaire à travers la division santé communautaire va assurer un rôle capital à ce niveau en plus de son rôle de coordination dans la mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire. Elle doit organiser une revue annuelle de la mise en œuvre de la politique avec les différents intervenants et acteurs. Au cours de cette revue, des décisions seront prises en concertation avec tous les acteurs en vue de régler les problèmes éventuels rencontrés. Les meilleures expériences de mise en œuvre doivent être documentées et vulgarisées.

### 9.4 Processus de sélection des agents communautaires de santé

#### 9.4.1 Critères de choix d'un agent communautaire de santé

Toute femme ou homme répondant aux critères suivants peut être un agent communautaire de santé :

- ✓ Membre résident de la communauté;
- ✓ Choix fait par la communauté de façon transparente ;
- ✓ Sachant lire et écrire le français ou alphabétisé;
- ✓ Communicatif ;
- ✓ Discret
- ✓ crédible
- ✓ Parlant la langue du milieu ;
- ✓ Disponible avec une bonne moralité ;
- ✓ Ayant une activité génératrice de revenu ;
- ✓ Marié (de préférence ; plus de chance de rester sur place et d'être accepté en matière de santé familiale) ;
- ✓ Agé d'au moins 18 ans

D'autres critères peuvent être pris en compte par la communauté.

#### **9.4.2 Choix d'un agent communautaire de santé**

L'agent communautaire de santé est choisi par la communauté avec l'appui du responsable du centre de santé de la localité. Le choix se fera en tenant compte du genre et des critères surtout évité de choisir les familles des autorités ou du personnel de santé pour éviter les choix direct par affinité. Le nombre d'ACS à choisir dépendra de l'importance de la population et de la charge de travail de l'agent. L'agent choisi sera officiellement investi par le chef de quartier, président de district ou le chef de secteur.

#### **9.4.3 Tâches et fonctions de l'agent communautaire de santé**

Les tâches/fonctions de l'agent communautaire de santé sont à priori déterminées par les responsables sanitaires en accord avec la communauté et restent dans les limites suivantes :

- ✓ Recenser de la population de sa zone d'intervention (nom, prénom, âge, sexe, concession/ménage...)
- ✓ Mettre à jour les informations sur les naissances, décès ;
- ✓ Mener les activités d'IEC et faire la promotion de l'hygiène du milieu (assainissement) ;
- ✓ Préparer le rapport des activités et le transmettre à son superviseur ;
- ✓ Référer les patients au centres et postes de santé ;
- ✓ Réapprovisionner en médicaments et outils de gestion selon les directives ;
- ✓ Mobiliser la communauté pour la vaccination et le suivi des femmes enceintes ;
- ✓ Mener des activités préventives, promotionnelles et curatives pour lesquelles il est formé (traitement des affections simples et courantes, PF, nutrition, surveillance nutritionnelle, distribution des médicaments ...) (voir liste des affections simples en annexe):
- ✓ Participer à toutes autres activités en faveur de la santé au sein de la communauté ;
- ✓ Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du micro-plan de développement
- ✓ Informer régulièrement la communauté sur les événements liés à la santé;
- ✓ Organiser la recherche active des perdus de vue/abandons ;
- ✓ Gérer les produits de santé et les recettes à travers les outils de gestion ;

#### **9.4.3 Outils et Kit de travail**

Les outils et kit sont à définir selon les services à offrir. On peut cependant citer quelques éléments :

- ✓ Badge d'identification et de carte d'ACS ;
- ✓ Trousse (sac pour les médicaments, outils et supports éducatifs, carte ELCO, algorithmes) ;
- ✓ Caisse ou armoire à médicaments ;
- ✓ Tenue de travail ;
- ✓ Bottes ;
- ✓ Torche
- ✓ Lampe-torche

- ✓ Vélo ;
- ✓ Imperméable
- ✓ Téléphone mobile + flotte
- ✓ Outils de soins (toise, balances, ruban mètre, montre, chronomètre...);
- ✓ Outils de collecte des données;
- ✓ Outils d'IEC (boîtes à images, dépliant) ;
- ✓ Outils de gestion (fiches de stock, fiche de rapport, cahier de caisse, caisse à argent) ;
- ✓ Fiche de référence
- ✓ Liste de contrôle ;
- ✓ Registre de surveillance épidémiologique ;
- ✓ Fiche de surveillance de la croissance ;
- ✓ Vidéogramme ;
- ✓ Registre de l'ACS
- ✓ Cahier de suivi des clients.

#### **9.4.4 Formation de l'agent communautaire de santé (ACS)**

La formation de l'ACS se fera de façon modulaire, une formation de base sur la notion de santé et l'information, l'éducation et communication. La seconde formation se fera selon les interventions à développer sur le terrain.

La formation doit être réalisée par des formateurs de proximité et dans les lieux qui sont plus de proches des agents communautaires. Les programmes de formation devront être évalués périodiquement. Une attestation de formation doit être délivrée à l'ACS après la formation.

#### **IX. Suivi/ Evaluation**

Suite à l'adoption de la politique nationale de santé communautaire, un plan de suivi-évaluation sera élaboré et mis en œuvre pour mesurer les résultats. Un plan de suivi Ce plan stratégique permettra de mesurer les résultats et les indicateurs pour apprécier l'impact des activités communautaires sur l'état de santé de la communauté.

Formatted: No bullets or numbering

## Annexes

### Annexe 1 :

#### Définition des termes

- **Agent communautaire :**  
Il s'agit d'une personne issue de la communauté, ayant reçu des formations de courte durée, pour la promotion de l'état complet de bien être de la population. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires.
- **Agent de santé :**  
Il s'agit d'une personne ayant suivi avec succès des formations initiales en médecine, en pharmacie, en para-médecine ou en parapharmacie. En outre, elle est titulaire d'une nomination signée par une autorité compétente de l'organisme employeur.
- **Approche communautaire :**  
L'approche communautaire est une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues d'elles-mêmes pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé.
- **Approche intégrée :**  
Une approche est dite intégrée lorsqu'elle regroupe les programmes de santé existants. Il peut s'agir aussi d'une approche élargie d'un programme à un autre programme. Le service de santé offre une prestation interactive au même endroit, au même moment pour l'amélioration de la santé.
- **Bénévolat :**  
Situation d'une personne qui accomplit un travail gratuitement et sans y être obligée.
- **Communauté :**  
Elle peut se définir comme étant un groupe d'individus vivant dans une aire géographique bien déterminée et ayant des aspirations et des intérêts communs (village, quartier, ...).
- **Participation communautaire :**  
C'est l'implication des membres de la communauté à intervenir à tous les stades du programme de développement. En termes de santé, les individus et les familles assurent la responsabilité de leur bien-être et de celui de leur communauté. Ils vont développer leur capacité à contribuer à leur propre épanouissement et à celui de la communauté.
- **Promotion de la santé :**  
La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé. Entre autres, l'élaboration de politique publique saine et la création de milieux favorables.
- **Santé :**  
Selon l'OMS, c'est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité

Formatted: Indent: Left: 0.1"

- Santé communautaire :

La santé communautaire laisse la décision aux membres de la communauté, les professionnels de la santé en sont les personnes ressources. Elle repose sur deux éléments essentiels qui sont à la base de la politique : le partenariat et la participation des habitants. Cette santé communautaire est une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé.

Formatted: Indent: Left: 0.1"

- Santé publique :

La santé publique laisse la décision aux seuls professionnels de santé (ou aux responsables politiques). Elle apparaît comme un objectif de gouvernement, d'horizon, voire d'administration imposée « par en haut » (approche « top down » des Anglo-Saxons), comptabilisable, mesurable.

Formatted: Indent: Left: 0.1"

- Services à base communautaire :

Ils sont constitués par les services offerts par les agents communautaires dans l'optique d'améliorer l'état de santé de la population.

Formatted: Indent: Left: 0.1"

- Volontariat :

Etat de toute personne qui offre ses services par simple dévouement.

Formatted: Indent: Hanging: 0.39"

Annexe N° ~~NNEXE~~ : Extrait de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires :

Les soins de santé primaires sont, rendus accessibles à toute la communauté avec sa pleine participation Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé.

Les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté
- comprennent au minimum : une éducation sur la santé
- font intervenir les autres secteurs de développement national et communautaire
- exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires
- doivent être soutenus par un document cadre tout en accordant la priorité aux plus démunis
- font appel à un travail d'équipe rassemblant les professionnels de santé et les AC pour répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

Formatted: Font: Times New Roman

**Annexe N° NNEXE : Objectifs du millénaire pour le développement**  
**OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT**

- 1- Eliminer l'extrême pauvreté et la faim.
- 2- Assurer une éducation primaire pour tous.
- 3- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- 4- Réduire la mortalité infantile.
- 5- Améliorer la santé maternelle.
- 6- Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies.
- 7- Assurer un environnement durable.
- 8- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Annexe N°NEXE: Résumé des principaux programmes et activités selon les attributions de l'agent de santé et de l'AC (Lancet 2008)

***Promotion de la santé et mobilisation sociale en faveur de la santé***

- Eau, hygiène et assainissement
- Alimentation du nourrisson et jeune enfant, y compris la surveillance de la croissance
- Santé scolaire
- Nutrition et autres mesures de contrôle de santé publique
- Soins dentaires
- Programmes spécifiques : VIH et tuberculose, paludisme, ver de Guinée, trachome, onchocercose (cécité de rivière), schistosomiase

***Consultation externe et services avancés*** (souvent lié à des produits médicaux)

- Planning familial, soins prénatal, soins postnatal
- Programme élargi de vaccination et éradication de la polio
- Interventions spécifiques de nutrition (ex : vit A, fer, iode, zinc, déparasitage)
- Services VIH (activités de prévention, conseil et test volontaire, prévention de la transmission mère et enfant, approvisionnement en antirétroviraux)
- Prévention du paludisme (ex : moustiquaire) et soins en consultation externe

***Prise en charge*** (par des agents formés et nécessitant une infrastructure/clinique, avec un système de référence)

- Soins liés à l'accouchement
- Soins essentiels au nouveau né et soins de base pour les nourrissons prématurés
- Prise en charge des maladies des enfants (diarrhée, pneumonie, paludisme, sepsis néonatal)
- Malnutrition protéino-énergétique : soins et réhabilitation
- VIH/SIDA et tuberculose
- Paludisme
- Approche syndromique du traitement des Infections Sexuellement Transmissibles
- Prise en charge intégrée de la maladie des adolescents et adultes
- Maladies chroniques (ex : hypertension, diabète)
- Santé mentale
- Soins de l'œil (ex : cataracte et autres)

***Activités systèmes de santé***

- Gestion et micro planification
- Approvisionnement en médicaments essentiels et logistique
- Monitoring des données, acte de naissance, audits
- Transport et référence
- Financement : Transfert conditionnel de fonds, vouchers pour des soins de santé, et fonds de recouvrement de coût

Formatted: Font: Times New Roman, 11 pt

Formatted: Font: 11 pt

**Annexe N°NNEXE** : Exemple de Paquet d'Activités Communautaires en matière de Survie et de Développement de la Mère et de l'Enfant

L'«ACSD ou Accelerated Child Survival and Développement» dont la traduction française adoptée à Madagascar fut «SASDE» ou La « Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant » est une approche intégrée qui préconise des activités à base d'évidence scientifique à 3 niveaux : le niveau clinique, les stratégies avancées et les activités communautaires.

Son objectif global consiste à atteindre un maximum d'impact en termes de réduction des mortalités néonatale, infantile, infanto-juvénile et maternelle. Cette approche accompagne la mise à jour des documents divers de politique et s'appuie à la fois sur l'amélioration des prestations de service que sur le renforcement des demandes de service.

La stratégie ACSD s'avère incontournable si l'on aspire à l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (2015) et ceux du MAP (2012).

Les services à base communautaire, faisant alors partie intégrante de l'approche ACSD, seront délivrés quotidiennement par des formés

Madagascar a défini 18 pratiques clés à promouvoir pour le bien être des familles mais il ne serait ni réaliste ni intelligent de « s'y attaquer » en une seule fois mais plutôt sélectionner des activités clés qui, sûrement, correspondent aux besoins urgents de la population.

*Santé Maternelle et Néonatale :*

- Soins au cours de la grossesse (sensibiliser sur les 4 visites de CPN : avec la vaccination antitétanique, le TPI, le MIID, la PTME, la lutte contre la syphilis congénitale : programme VIH/SIDA).
- Soins à l'accouchement : Soins obstétricaux, néonataux, essentiels et d'urgence : accouchement propre puis promotion de l'hygiène maternelle et du nouveau-né pour prévenir les infections, initiation précoce à l'allaitement maternel, gestion de la température du bébé (contact peau à peau), soins adéquats du cordon ombilical.
- Soins postnatals et du post partum (Vitamine A chez la femme nouvellement accouchée, surveillance et promotion de la croissance du nouveau-né, les vaccins : le PEV (vertical) et les autres paquets (SSME)

*Santé de l'enfant et de la famille*

- AME jusqu'au sixième mois
- Développer les 3 messages WASH (lavage des mains avec du savon, utilisation effective des latrines hygiéniques, protection de l'eau depuis le lieu du puisage au consommateur)
- Prise en charge communautaire des IRA, paludisme et Diarrhée

Formatted: Font: 8 pt

Formatted: Font: Times New Roman, 11 pt

Annexe N°NNEXE : Exemple de termes de référence de l'agent communautaire

Les rôles des agents communautaires consistent à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge de la communauté bénéficiaire en matière de santé, nutrition et de protection sociale.

*Activités des Agents communautaires :*

- Offrir une prestation en matière d'IEC/CCC
- Sensibiliser, détecter et dépister des cas simples de pathologie
- Offrir de simples prestation de services (ex : distribution de MID, Vit A ou Albendazole
- Offrir des prestations de service plus spécifiques (ex : injection de dépo provera, prise en charge des IRA, du paludisme et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, réanimation néonatale, etc)

*Profil de l'Agent communautaire :*

- Population résidente (masculin ou féminin) de 18 ans et plus. L'implication des femmes est fortement encouragée
- Disposant d'un niveau scolaire supérieur ou égal à la classe de T5 (niveau primaire)
- Capacité d'effectuer des calculs est souhaitable de même qu'une habilité dans la communication

*Mandat des agents communautaires*

- La durée du mandat d'exercice des agents communautaire varie selon les besoins de la communauté
- Les procédures de contractualisation sont prescrites dans les textes de règlement intérieur de chaque CoSan, tout en considérant les principes de volontariat et de la gestion axée sur les résultats

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Line spacing: 1.5 lines

## ANNEXE : Les 18 pratiques familiales clés regroupées dans 4 composantes

### ✓ La Promotion de la Croissance et du Développement

Formatted: Underline

- ✓ AME et AM
- ✓ Alimentation complémentaire
- ✓ Micronutriments: Vitamine A et Fer
- ✓ Développement Mental et Social

~~✓~~ Suivi de la Croissance

### ✓ La Prévention des Maladies

Formatted: Underline

- ✓ Evacuation Correcte des Excrétats
- ✓ MID chez les < 5ans en zones d'endémie palustre
- ✓ Prévention contre tout abus et négligence
- ✓ Prévention VIH/SIDA et Soutien pour les PVVIH
- ✓ Prévention des caries dentaires

### ✓ Les Soins à Domicile

Formatted: Underline

- ✓ Continuer l'alimentation et plus de liquide en cas de maladie
- ✓ Traitement à Domicile approprié

~~✓~~ Prévention et PEC des Accidents et Blessures

### ✓ Recherche de Soins et Suivi Strict des prescriptions et conseils donnés par les prestataires de soins

Formatted: Underline

- ✓ Calendrier PEV
- ✓ Reconnaître quand Référer un enfant **malade** au centre de santé
- ✓ Suivi des recommandations données par les agents de santé
- ✓ 4 Consultations PréNatales avec les paquets recommandés
- ✓ Participation des Hommes dans les Initiatives de Santé

## Référence bibliographique

Commented [J1]:

| 1. |