

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine
Traditionnelle

**ANNEE
2018**

**PLAN STRATEGIQUE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE**

2018-2022

LES PUBLICATIONS DU MINISTERE DE LA SANTE

Ce document est une propriété du Ministère de la santé de la République de Guinée. Il contient les orientations stratégiques pour l'opérationnalisation intégrale de la santé communautaire.

La Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT) est le porteur principal de ce Plan stratégique de santé communautaire qui couvre la période 2018-2022.

Son exploitation est autorisée à l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux.

Les exemplaires reproduits sont offerts gratuitement et ne peuvent faire l'objet de vente.

La préparation, la finalisation et la validation de ce document ont reçu les contributions de l'ensemble des acteurs nationaux avec le soutien et la participation des partenaires techniques et financiers suivants : ONUSIDA, OMS, UNICEF, CRS et Fonds mondial

@ Copyright, Version Avril 2019
Ministère de la santé de la République de Guinée
BP 585, Conakry, République de Guinée

TABLE DES MATIERES

I. DESCRIPTION DU CONTEXTE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	6
1.1 Présentation du pays et contexte administratif	6
1.2 Contexte socioéconomique.....	7
II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE.....	7
2.1 Organisation du système de santé	7
2.2 Situation des principaux indicateurs de santé.....	8
2.3 Principaux défis du système de santé	8
III. SITUATION ACTUELLE ET ANALYSE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	9
3.1 Rappel historique et situation actuelle de la santé communautaire	9
3.1.1 Environnement international de la santé communautaire et institutionnalisation en Guinée	9
3.1.2 Expériences de santé communautaire en Guinée	10
3.1.3 Leadership, coordination et partenariat dans la santé communautaire.....	11
3.1.4 Financement de la santé communautaire	12
3.2 Analyse critique et défis de la mise en œuvre de la santé communautaire.....	12
3.3 Orientations stratégiques de la santé communautaire.....	14
IV. DESCRIPTION DU CONTENU LA SANTE COMMUNAUTAIRE	15
4.1 Fondements, Vision, objectifs stratégiques et résultats attendus	15
4.1.1 Fondements de la santé communautaire	15
4.1.2 Vision du Plan stratégique 2018-2022	16
4.1.3 But, objectifs et résultats attendus du Plan stratégique.....	16
4.2 Description des axes stratégiques.....	17
4.2.1 Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré	17
4.2.2 Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris la santé communautaire	20
4.2.3 Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire.....	21
4.2.4 Renforcement de la qualité, du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire	23
V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION	24
5.1 Modalités de mise en œuvre.....	24
5.1.1 Rôles et responsabilités des principaux acteurs	24
5.1.2 Dispositions transitoires et de passage à l'échelle de la santé communautaire	26
5.2 Dispositif et indicateurs de suivi évaluation de la santé communautaire	26
5.2.1 Mécanismes de suivi évaluation	26
5.2.2 Dispositif de suivi évaluation	27
5.2.3 Indicateurs de suivi évaluation	29
VI. APPROCHES DE PERENNISATION ET DE PERFORMANCES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	30
6.1 Stratégies de pérennisation (technique et financière).....	30
6.1.1 Stratégie de pérennisation technique.....	30
6.1.2 Stratégie de mobilisation pérenne des ressources financières.....	31
6.2 Stratégies de renforcement de la performance de la santé communautaire	32
6.3 Gestion des risques opérationnels liés à la santé communautaire	32
VII. FEUILLE DE ROUTE POIUR L'OPERATIONNALISATION DU PLAN STRTATEGIQUE	34
VIII. BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE	35
CONCLUSIONS	36
ANNEXES	37

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AAH	: Appropriation, Alignement, Harmonisation
ADRA	: Agence Adventiste de Développement
AGBEF	: Association Guinéenne pour le Bien Être Familial
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ANAFIC	: Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales
ANSS	: Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par les Communautés
ATS	: Agent Technique de Santé
BSD	: Bureau de Stratégie et de Développement
CCS	: Chef de Centre de Santé
COSAH	: Comité de Santé et d'Hygiène
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Postnatale
CS	: Centre de Santé
CTC	: Comité Technique de Coordination
CTPS	: Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS	: Comité Technique Régional de la Santé
DNSCMT	: Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
ECD	: Équipe Cadre de District
FNDL	: Fonds National de Développement Local
FFOM	: Forces, Faiblesses Opportunités et Menaces
FODEL	: Fonds de Développement Local
HKI	: Helen Keller International
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
Jhpiego	: John Hopkins Program for International Education on Gynecology and Obstetrics
MATD	: Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
MILDA	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MURIGA	: Mutuelle pour la Prise en Charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ODD	: Objectifs de Développement Durable
PAI	: Plan Annuel d'Investissement
PCG	: Pharmacie Centrale de Guinée
PDL	: Plan de Développement Local
PF	: Planification Familiale
PNACC	: Programme National d'Appui aux Communes de Convergence
PND	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère- Enfant
SBC	: Service à Base Communautaire
SIAC	: Système d'Information à Assise Communautaire
SIG	: Système d'Information Géographique
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
VBG	: Violence Basée sur le Genre

INTRODUCTION

La loi fondamentale de la République de Guinée, en son article 15, stipule que « Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'État a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux ». Partant de cela, la politique nationale de santé a comme vision « *Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productifs, bénéficiant d'un accès universel à des services promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs y compris des soins palliatifs de qualité avec leur pleine participation* ».

Le Plan National de Développement Sanitaire 2015 – 2024 (PNDS) qui vise à opérationnaliser la politique sanitaire nationale est bâti autour de 3 objectifs stratégiques à savoir : 1) réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences, 2) améliorer la santé à toutes les étapes de la vie et 3) améliorer la performance du système national de santé.

Pour opérationnaliser le PNDS, le Gouvernement à travers le Ministère de la santé a retenu entre autres de s'appuyer sur la santé communautaire. Cette volonté s'est traduite par la mise en place au sein du Ministère de la santé d'une Direction en charge de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle. En plus, le troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, a conclu que les Agents de santé communautaire (ASC) « *jouaient un rôle unique, qui pouvait se révéler essentiel pour accélérer la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) et la Couverture Sanitaire Universelle* ».

Aussi, en juillet 2017, la politique nationale de santé communautaire fut élaborée et validée. Elle vise à améliorer le bien-être des populations guinéennes au sein des collectivités locales sur la base des axes majeurs suivants : 1) le renforcement de la gouvernance des institutions locales de santé ; 2) l'amélioration de la performance du système de santé communautaire ; 3) la contribution à l'autonomisation des populations vulnérables.

L'élaboration d'un plan stratégique vise à harmoniser, développer et faire passer à l'échelle les interventions de santé communautaire sur la base des orientations de la politique nationale de santé communautaire. Elle devrait contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle en vue de l'atteinte des objectifs de développement durable d'ici 2030.

La démarche d'élaboration du plan stratégique de santé communautaire pour la période 2018-2022, soutenue par les Partenaires techniques et financiers, a été un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes et a connu les étapes suivantes : (i) une capitalisation des informations existantes, des données factuelles au travers d'une revue documentaire et des entrevues avec les acteurs clés évoluant dans le système, (ii) la production d'un embryon de plan pour faciliter la contribution de l'ensemble des acteurs ; (iii) la réalisation de séances de travail thématiques avec des acteurs concernés ; (iv) la tenue d'un atelier d'écriture pour la finalisation du plan.

Le Plan stratégique cadre avec les approches stratégiques et opérationnelles du Gouvernement pour implémenter la politique sanitaire à travers un agenda national dans lequel l'ensemble des partenaires techniques et financiers et autres entités étatiques, harmonisent leurs actions en vue de rapprocher les services de santé de base de la communauté. Le présent document rassemble une large part de définitions, d'approches stratégiques et des orientations opérationnelles sur des éléments tels que : a) le paquet intégré de soins et services à délivrer au niveau communautaire, b) l'Agent de santé communautaire (ASC), c) le mécanisme de compensation financière des agents, d) la formation diplômante et continue des agents, e) le processus de sélection des agents et f) les mécanismes de suivi – évaluation. D'autres éléments du système comme : l'organisation des services à base communautaire, la logistique des intrants, médicaments et produits de santé, la garantie de la qualité des services, la gestion des informations et la coordination des interventions des acteurs sont également abordés.

I. DESCRIPTION DU CONTEXTE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

1.1 Présentation du pays et contexte administratif

La République de Guinée, située en Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest, bordée d'une façade maritime de 300 km sur l'Océan Atlantique, s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Elle est délimitée au nord-ouest par la Guinée Bissau, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par le Mali et la Côte d'Ivoire, au sud par le Libéria et la Sierra Leone, et à l'ouest par l'Océan Atlantique.

Dotée d'un climat de type tropical avec alternance de saison sèche (de novembre à avril) et de saison pluvieuse (de mai à octobre), variable selon l'altitude et la région, elle possède l'un des réseaux hydrographiques les plus denses de la sous-région. D'une superficie totale de 245.857 km², la Guinée est divisée en quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée, et la Guinée Forestière.

La population guinéenne est estimée à 10 599 853 habitants en 2014 dont 51,7% de femmes et 48,3% d'hommes, avec une densité de 43 habitants au km². Ces chiffres cachent une inégale répartition de la population sur le territoire, avec 2/3 vivant en zone rurale contre 1/3 en zone urbaine, et plus de la moitié de la population urbaine dans la seule ville de Conakry. Il existe de fortes disparités régionales avec 20,4 % de la population totale en Basse Guinée, 22,9% en Moyenne Guinée, 19,7% en Haute Guinée, 21,7% en Guinée Forestière et 15,3% dans la zone spéciale de Conakry.

Cette population est majoritairement jeune avec 46% âgés de moins de 15 ans ¹, le taux de fécondité des adolescentes de 15- 19 ans est de 133/1000. Les enfants de 0- 5 ans 16 %, les moins de 18 ans 52, 1 %. Avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme, la Guinée est l'un des pays à croissance élevée de la région avec un taux d'accroissement naturel de 2,6 % par an. Un taux de fécondité élevé est observé chez les adolescents jeunes, adolescents 15- 19 ans ayant eu un enfant avant 15 ans, les adolescentes de 15-19 ans enceintes 4, 1%, celles ayant commencé leur vie féconde 31% ². (MICS 2016)

Sur la base d'un taux de croissance de 2,6% l'an, la situation de la population se projetterait comme suit :

Tableau 1 : Projection de la population guinéenne par région administrative

Localité	2014			2018	2019	2020	2021	2022
	Masculin	Féminin	Total					
Boké	531 073	561 220	1 092 293	1 210 399	1 241 869	1 274 158	1 307 286	1 341 276
Conakry	840 402	834 666	1 675 068	1 856 188	1 904 449	1 953 964	2 004 767	2 056 891
Faranah	454 385	495 205	949 590	1 052 266	1 079 625	1 107 695	1 136 495	1 166 044
Kankan	981 417	997 621	1 979 038	2 193 025	2 250 044	2 308 545	2 368 567	2 430 150
Kindia	754 300	819 391	1 573 691	1 743 849	1 789 189	1 835 708	1 883 437	1 932 406
Labé	450 867	550 526	1 001 393	1 109 670	1 138 522	1 168 123	1 198 495	1 229 655
Mamou	334 303	402 761	737 064	816 760	837 996	859 784	882 138	905 074
N'Zérékoré	768 621	823 095	1 591 716	1 763 823	1 809 682	1 856 734	1 905 009	1 954 540
Total global	5 115 368	5 484 485	10 599 853	11 745 981	12 051 376	12 364 712	12 686 195	13 016 036

Sur le plan administratif, la Guinée, subdivisée en huit (8) régions administratives dont la capitale Conakry avec un statut de collectivité décentralisée, compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

¹Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

²Enquête MICS Palu 2016

1.2 Contexte socioéconomique

En Guinée, le Produit brut par habitant (PIB) est passé de 410 US\$ en 2008 à 2089 US\$ en fin 2017. Par contre, le niveau de pauvreté semble avoir accru et la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 55,2% en 2012³ à 59,3% en 2017. Son indice de développement humain (IDH) faible, est passé de 0,391 en 2012 à 0,459 en 2017, ce qui classe le pays au 175^{ème} rang sur 189. L'espérance de vie est de 56,1 ans⁴.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national, est en baisse depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012, pour atteindre 8,5 % en 2016⁵. Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS), en hausse, est passé de 78,3% en 2009/2010 à 81% en 2012 pour atteindre 90% en 2016, et celui des filles de 73,5% à 86 %⁶, le taux brut pour la fréquentation secondaire est de 42 % au niveau national et 34 % pour les filles. Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% avec une disparité remarquable entre les hommes (49,9%) et les femmes (21,5%)⁷.

II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

2.1 Organisation du système de santé

L'organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé sont régis par le Décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011.

Le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux avec des services centraux et des services déconcentrés.

- Le niveau central, est constitué par le cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat Général de la Santé, les directions centrales, et les structures sous tutelle. C'est le niveau stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.
- Le niveau intermédiaire ou régional, représenté par les 8 régions sanitaires, relevant du Secrétariat Général de la Santé, administrées chacune par un Directeur régional de la santé et son équipe cadre, joue un rôle d'appui technique aux districts sanitaires dans la transmission des informations, l'adaptation des normes nationales, aux conditions locales et la supervision.
- Le niveau périphérique, représenté par les 38 districts sanitaires, unités opérationnelles de planification et de mise en œuvre des plans, administrés chacun par un Directeur préfectoral/communal de la santé et son équipe cadre de district. Il coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires de la zone de responsabilité en application des directives régionales et nationales.

L'organisation fonctionnelle du système de santé ou l'offre des soins, repose sur les structures opérationnelles que constituent les formations sanitaires, réparties selon leur statut juridique en 4 sous-secteurs (public, parapublic, privé et communautaire), ainsi que selon leur paquet d'activités par niveau et par type.

- Le sous-secteur public, dispose de :
 - Au niveau central : 3 hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen et Kipé) dont les 2 premiers constituent le CHU de Conakry ;
 - Au niveau intermédiaire : 7 hôpitaux régionaux ;
 - Au niveau périphérique ou opérationnel : 26 hôpitaux préfectoraux, 7 centres médicaux de commune (CMC) dont 5 à Conakry, 410 centres de santé et 925 postes de santé.

3Ministère du Plan, 'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP), 2012

4PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain 2014,

5DSRP III Guinée, 2012

6Enquête MICS Palu 2016

7Ministère du Plan, Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP), 2008

- Le sous-secteur parapublic dispose de trois hôpitaux d'entreprises minières (CBG, Friguia, SAG, huit dispensaires (SMD, CBK, Rio Tinto, CBG Conakry, CBG Sangarédi, Kiniéro, GAC et Débélé) et agricole (SOGUIPAH).
- Le sous-secteur privé, est constitué du privé lucratif et du privé non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le secteur privé médical compte 10 polycliniques, 25 cliniques, 3 hôpitaux d'entreprise, 254 cabinets de consultation, 18 cabinets dentaires, 15 cabinets de sage-femme, 148 cabinets de soins infirmiers et 5 centres de santé associatifs ou confessionnels⁸.
- Le sous-secteur communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

2.2 Situation des principaux indicateurs de santé

Les données sont tirées de l'Enquête par grappes à indicateurs multiples avec volet renforcé sur le paludisme (MICS-Palu, 2016)

Indicateurs			Valeur (en %)
Indice synthétique de fécondité			4,8
Taux de fécondité des adolescentes (ODD 3.7.2)			13,2
Grossesse précoce			36,9
Accouchements attendus			36,9
Taux de mortalité infanto-juvénile			88
Taux brut de mortalité néonatale (ODD 3.2.2)			20
Taux de mortalité post néonatale			24
Taux de mortalité infantile (ODD 3.2.1)			44
Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans			95
Taux de mortalité maternelle (ODD 3.1.1)			550
Prévalence retard croissance (ODD 2.2.1)	Modéré et grave		32,4
	Sévère		14,6
Prévalence surpoids (ODD 2.2.2)			4
Allaitement exclusive des moins de 6 mois			35,2
Couverture vaccinale complète			26,3
Protection néonatale contre le tétanos			70,8
Couverture des soins prénatals			50,6
Accouchement en institution			57,2
Prévalence du VIH (fin 2016, chez les 15-49 ans)			1,5
Connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes			15,2
Utilisation de préservatif lors des derniers rapports sexuels avec des partenaires multiples			18,4
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant			38,7
Personnes s'étant fait dépister pour le VIH et connaissant les résultats			8,4
Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois			30,1
Prévalence contraceptive			8,7
Besoins non satisfaits en PF			27,6
Enfants présentant des symptômes d'IRA			2,2
Enfants souffrant de fièvre			19,4
Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII			67,9
Femmes enceintes ayant dormi sous une MII			69,6
Population ayant dormi sous une MII			63,8
Traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse			29,9
Utilisation d'installations sanitaires améliorées			28,8
Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les femmes			96,8
Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles			45,3

2.3 Principaux défis du système de santé

Les réformes engagées dans le secteur de la santé et les initiatives du Gouvernement soutenues par les partenaires techniques et financiers ont produit des résultats probants sur le système de santé. L'environnement institutionnel est devenu robuste, mieux cohérent et décentralisé. En dépit de ces efforts, le système de santé rencontre quelques difficultés et présente des insuffisances structurelles, organisationnelles et fonctionnelles.

Aussi, assiste-t-on à :

- ⇒ Une décentralisation avancée mais insuffisante pour réduire la barrière géographique à l'accès aux services de santé : 71% (27 sur 38 des districts) ont une accessibilité géographique inférieure à 50% ;
- ⇒ Une densification des plateformes de santé mais insuffisance pour garantir une fonctionnalité totale des entités. Ainsi, le niveau de fonctionnalité des districts sanitaires est de 51,6% au niveau national. 26,3% (10 sur 38) des districts sanitaires ont un niveau de fonctionnalité inférieure à 50% (Télémélé, Dubréka, Kindia, Lola, Boffa, Koundara, Forécariah, Macenta, Dixinn et Pita) ;
- ⇒ Un système d'information sanitaire modernisé et qui s'appuie sur le DHIS2, ce qui offre une opportunité de prendre en compte de nouveaux indicateurs notamment ceux liés à la santé communautaire ;
- ⇒ Des ressources humaines qui augmentent mais restent globalement insuffisantes et inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. En effet, l'effectif des agents de santé s'élève à 11.527 personnes, dont 51 % de femmes et 49% d'hommes. Ce personnel, inégalement réparti sur le territoire national avec 55,2 % à Conakry, souffre d'un vieillissement avec plus de la moitié (65%) âgé au moins de 45 ans, posant un problème de renouvellement. Notons que 4700 personnels de la santé ont été recrutés courant 2016-2017.

Tableau 3 : Situation des ressources humaines de la santé en 2014

Catégories de personnel	Année	Valeur	Sources et commentaires
ATS	2014	4/10000	Rapport du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé de 2014 a dénombré 11 527 - ATS = 4265 (37%) - Infirmiers d'État= 1499 (13%) - Sages-femmes = 461 (4%) - Techniciens de laboratoire=173 (1,5%) - Médecins généralistes= 1384 (12%) - Médecins spécialistes= 460 (4%) - Autres personnels = 3286 (28,5%)
Sages- femmes	2014	1,4/10000	
Infirmiers d'État	2014	1,4/10000	
Techniciens de laboratoire	2014	0,5/10000	
Médecins généralistes	2014	1,3/10000	
Médecins (spécialistes et généralistes)	2014	1,8/10000	

- ⇒ Le financement de la santé dépend en grande partie des ressources extérieures.
- ⇒ Une participation communautaire souhaitée, mais insuffisante pour garantir une meilleure redevabilité et une responsabilité des communautés.

III. SITUATION ACTUELLE ET ANALYSE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

3.1 Rappel historique et situation actuelle de la santé communautaire

3.1.1 Environnement international de la santé communautaire et institutionnalisation en Guinée

La Déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978), Santé pour tous en l'an 2000 va donner un contenu aux Soins de santé primaires (SSP) et insistera sur le rôle prépondérant des communautés, quant à la recherche de solutions à leurs problèmes de santé. Tous les pays seront alors invités à fonder leur Politique nationale de santé (PNS) sur les SSP. Par la suite en 1987, les Ministres africains de la santé vont approuver l'Initiative de Bamako (IB), en tant que stratégie de développement sanitaire, fondée sur la participation communautaire, en vue d'améliorer le financement, la gestion et la qualité des soins. En octobre 2018 à Astana, lors de la Conférence internationale sur

les soins de santé primaires intitulé « d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable » les États ont opté de renforcer les soins de santé primaires en faisant des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs et en construisant des soins de santé primaires durables. Le succès des soins de santé primaires s'appuiera sur : i) les connaissances et le renforcement des capacités, ii) les ressources humaines pour la santé, iii) les technologies, iv) le financement, v) l'appui aux individus et aux communautés pour leur donner les moyens d'agir et vi) le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux.

Dans le domaine du financement, la Conférence a mis l'accent sur investissement dans les soins de santé primaires pour améliorer les résultats sanitaires. Aussi, il est prévu de s'attaquer aux inefficacités et aux inégalités qui exposent les populations aux difficultés financières du fait de l'utilisation des services de santé par une meilleure attribution des ressources pour la santé, un financement approprié des soins de santé primaires, et des systèmes de remboursement adaptés afin d'améliorer l'accès et de parvenir à des résultats sanitaires plus satisfaisants. La viabilité financière, l'efficacité et la résilience des systèmes de santé nationaux en attribuant les ressources de manière judicieuse aux soins de santé primaires, en fonction de la situation nationale est aussi un axe important de la Déclaration d'Astana.

Pour leur matérialisation, la Guinée a engagé des réformes dans le système de santé parmi lesquelles on peut citer le développement de projets pilotes avec la médicalisation des soins ruraux et la réorientation de l'enseignement médical vers la prise en compte des soins de santé primaires. Ainsi, en juillet 1985, la Conférence nationale de la santé a mis un accent sur la prééminence de la prévention et de la médecine de masse sur les soins curatifs et individuels. A cela, il faut ajouter la politique de la Décentralisation prônée par le gouvernement, le développement de partenariat et les réformes institutionnelles notamment la réforme hospitalière qui visait une meilleure articulation des districts sanitaires dans leur environnement.

Le PNDS 2003-2012, élaboré et mis en œuvre dans ce contexte, n'a pas produit les résultats escomptés. Les États généraux de la santé ont permis de réviser la politique de santé et l'élaboration du plan national de développement sanitaire 2015-2024.

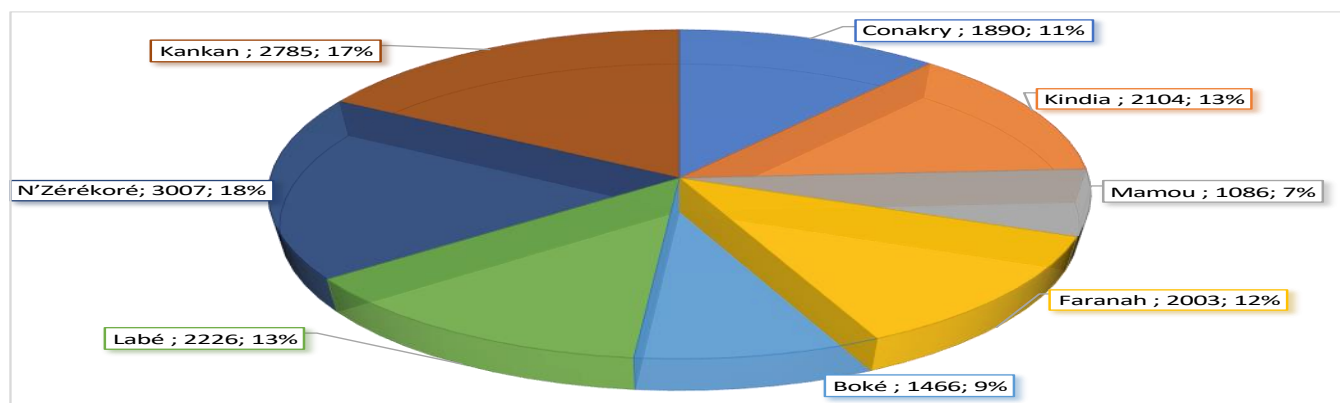
Dans la conjoncture Ebola, ce plan a été décliné en plan triennal dont le premier est le plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017. Dans ces différents plans, un accent est mis sur la lutte contre la maladie, le renforcement du district et l'amélioration de la gouvernance. La santé communautaire y compris la médecine traditionnelle occupe une place de choix dans ces différents plans.

3.1.2 Expériences de la santé communautaire en Guinée

En Guinée, le développement de la santé communautaire commence par le centre de santé, le poste de santé et se poursuit dans les communautés et familles à travers les agents de santé communautaire et relais communautaires. Au niveau du centre de santé et poste de santé, l'offre concerne les services préventifs, curatifs et promotionnels ainsi que le suivi des activités à base communautaires, la médecine traditionnelle et l'approvisionnement en médicaments et autres intrants.

Au niveau communautaire, les Comités de santé et d'hygiène des communes, appuyés par le personnel de santé et les autorités des collectivités locales et les PTF, veillent à l'implication effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification, de la mise en œuvre des activités communautaires et du suivi de l'exécution des programmes de santé au niveau communautaire. Les agents de santé communautaires mènent les activités promotionnelles, préventives et de soins selon le paquet intégré. Ils assurent également les rôles de relais et de référence au niveau des CS/PS immédiatement supérieurs. En 2017, les DPS ont dénombré 16567 agents communautaires et agents de santé communautaires répartis comme suit :

Graphique 1 : Situation des Agents communautaires et agents de santé communautaire en 2017



Dans le cadre de la mise en œuvre de la santé communautaire, plusieurs acteurs interviennent dans les régions et les districts du pays (Cf. l'annexe 8). Ces initiatives portent entre autres sur : (a) la faisabilité de l'utilisation des Agents techniques de santé (ATS) pour l'offre des services à base communautaire, (b) l'amélioration de la gouvernance des institutions locales de santé, (c) le développement d'un système de financement basé sur les résultats (FBR), (d) la mise à place d'un logiciel de gestion des produits et intrants de santé, (e) le renforcement du système de santé (RSS) au niveau communautaire (f) le développement de l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire dans la mise en œuvre des interventions communautaires à travers les communes de convergence, (g) la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire (SBC), (h) le renforcement/Engagement communautaire pour la santé (Article 29 Code de collectivités locales), (i) le développement de la Plateforme (One Health) portant sur Santé-Environnement –Élevage, (j) la mise en œuvre de la stratégie mobile-health en santé, (k) le renforcement de la gestion des ressources humaines pour la santé (logiciel IRHIS), (l) le renforcement du SNIS à travers DHIS2 et (m) la mise en place du pipeline rural.

3.1.3 Leadership, coordination et partenariat dans la santé communautaire

Le dispositif actuel du Ministère fait que le rôle central de la planification stratégique pour la santé communautaire repose sur la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle.

Tableau 2 : Coordination des initiatives actuelles en santé communautaire

Niveau	Organe	Responsables	Principaux rôles
Central	Direction nationale de santé communautaire et médecine traditionnelle	Directeur National	Coordination/harmonisation
			Régulation/normes
			Plaidoyer/Mobilisation des ressources
			Supervision, suivi évaluation
			L'organisation des instances
Régional	Comité Régional de coordination du secteur de la santé (CRCSS)	Gouverneur	Dialogue social
			Veille sur la multisectorialité
			Supervision, suivi évaluation
Préfectoral	Comité Préfectoral de coordination du secteur de la santé (CPCSS)	Préfet/Maire (valable pour Conakry)	Coordination
			Mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières
Commune	Comité communal de coordination du secteur de la santé (CCCSS)	Maire	Désignation d'un point focal
			Suivi de la mise en œuvre
			Supervision des interventions

En plus de ces structures, on notera la présence d'ONG nationales et internationales et des organisations de la société civile qui inscrivent leurs actions dans le financement et le renforcement des capacités ainsi que la mise en œuvre d'interventions de santé communautaire ciblant les communautés.

3.1.4 Financement de la santé communautaire

Les comptes nationaux de santé de 2016-2017 montrent que la principale méthode de financement de la santé repose essentiellement sur le paiement direct par les ménages (62,2%). La part des dépenses de santé de l'État dans les dépenses totales continue d'augmenter pour couvrir les besoins. La loi de finances de 2018 contient des provisions dans les « nouvelles mesures » pour couvrir la prise en charge d'un certain nombre d'agents de santé communautaire.

Les soins de santé primaires étant une compétence transférée aux collectivités locales, le transfert des ressources liées à l'exercice de cette compétence se fera progressivement. Aussi, l'État a accordé 15% des recettes minières aux collectivités à travers l'Agence nationale de financement des collectivités (ANAFIC). Ces fonds constituent une opportunité pour accroître les capacités des communes à participer au financement des dépenses liées à la santé communautaire.

Le ministère de la santé s'alignera sur les procédures de gestion financière à travers des structures communautaires décentralisées en vigueur pour garantir une rémunération adéquate aux agents de santé communautaire. Les collectivités locales auront un niveau d'engagement significatif dans le financement de la santé. Les Ministères en charge de la santé et de la Décentralisation veilleront à une intégration des interventions des partenaires pour rationaliser l'utilisation des ressources, particulièrement dans la rémunération des agents de santé communautaire.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPN/DDL), un fond national de développement local a été mis en place par la loi des finances initiale 2016. En 2017, l'agence chargée de la gestion de ce fonds a été créée par le décret D/2017/298/PRG/SGG du 11 novembre 2017. Ce fonds servira à financer les actions de développement des collectivités locales à travers l'investissement et l'accompagnement technique. Le fonds constitue un panier commun qui sera abondé par l'État, les sociétés minières, les collectivités locales et les partenaires techniques et financiers. Les ressources du fonds seront allouées aux collectivités sur la base d'un système de péréquation. En plus de ce fonds, au cours de cette même année 2017, en application des dispositions de l'article 165 du code minier, il est créé un Fonds pour la promotion du développement économique local (FODEL). Il est alimenté par les redevances que les sociétés minières payent aux collectivités locales abritant les mines sur la base de leurs chiffres d'affaire annuels. En attendant l'opérationnalisation de ces instruments financiers, le financement du personnel de santé communautaire (ASC, Relais communautaires) sera fait par l'État, les PTF et les initiatives locales.

3.2 Analyse critique et défis de la mise en œuvre de la santé communautaire

Les réformes engagés dans le système de santé depuis la Conférence d'Alma Ata et l'initiative de Bamako se sont traduits par l'augmentation de la couverture vaccinale, l'extension de la couverture géographique en structures de santé de base (centres de santé, postes de santé), l'amélioration de la disponibilité en médicaments essentiels, la mise en place d'un dispositif de mobilisation de ressources financières, la qualification d'une masse critique de professionnels de santé et une meilleure participation des communautés à travers les comités de gestion des centres de santé au sein du district sanitaire. Cependant, ces résultats se sont vite estompés sous la conjonction de plusieurs facteurs comme la verticalité et la multiplicité de programmes de santé liés aux initiatives mondiales, la détérioration de la gouvernance dans un contexte d'ajustement structurel pas nécessairement favorable.

L'historique de la mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée montre une grande variabilité des initiatives sous forme de programmes nationaux et projets soutenus par les partenaires. Entre 1993 et 2004, le pays a vu se succéder environ 30 projets et interventions de santé communautaire. Elles ont concerné plusieurs domaines comme : la distribution à base communautaire des intrants de planification familiale, des interventions

de santé de la reproduction, de SMNI, de SONU, de PCIMNE, de sécurité alimentaire couplée à des interventions de santé, de nutrition, de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, les filarioses lymphatiques et l'onchocercose. Toutes ces interventions avaient pour caractéristique leur verticalité et ce n'est qu'en 2013 que l'expérience de paquet intégré a été mise en œuvre avec l'Introduction de la PF, CPN, VIH et VBG dans le paquet intégré des SBC avec une ambition de couverture nationale. La surveillance à base communautaire a été prise en compte à partir de l'année 2014. Toutes ces initiatives n'ont pas évolué dans un cadre réglementaire adéquat de santé communautaire et ne prenaient pas en compte l'approche de paquet intégré au niveau communautaire.

Le système de santé reste faiblement performant au niveau communautaire, marqué par :

- Des services de santé de base de qualité qui restent peu accessibles, peu équitables et avec un paquet de services par niveau de soins ;
- Des prestataires communautaires qui, outre leur variabilité, ne sont pas en nombre suffisant et leur fidélisation et motivation restent posées en l'absence de mécanisme harmonisé. S'agissant de leur formation, il ressort que les institutions de formation sont peu performantes et les modules enseignés ne couvrent pas les besoins en capacité pour la santé communautaire ;
- Des insuffisances au niveau des équipements, des infrastructures et des difficultés dans l'approvisionnement en médicaments et autres intrants de santé

Au niveau des populations, celles en particulier les plus vulnérables sont limitées par la barrière financière, ce qui restreint leur accès au paquet de services à base communautaire. Par ailleurs, les dépenses de santé dont les ménages assurent 62,2%⁹ éprouvent l'économie des ménages notamment ruraux.

Concernant l'implication et la participation communautaire, on note une gestion peu satisfaisante de la couverture sanitaire universelle (CSU) au niveau communautaire, une faible implication des collectivités territoriales dans la gestion des services de santé. Les informations sanitaires actualisées ne sont pas toutes disponibles en temps réel, ce qui se traduit par une faible capitalisation des interventions à base communautaire. Dans les textes de la décentralisation, il est prévu que les collectivités territoriales consacrent annuellement 15% de leur budget à la santé. Cependant, bien que les informations ne soient pas disponibles, les montants accordés restent encore en deçà des attentes.

Tableau 4 : Synthèse de l'analyse FFOM de la santé communautaire

Forces	✓ Volonté politique affichée pour le développement de la santé communautaire; ✓ Existence d'un code de collectivité avec 14 compétences dédiées aux collectivités locales dont celle de la santé communautaire ✓ Décentralisation du système de santé ✓ Disponibilité d'une politique nationale de santé communautaire et du PND 2015-2024
Faiblesses	✓ Faiblesse de la couverture géographique en ASC, ce qui occasionne une insuffisance des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire ✓ Faiblesse du niveau de base des ASC et des insuffisances dans le contenu de formation des ASC ✓ Esprit continu de bénévolat et les difficultés de fidélisation des agents de santé ✓ Faible articulation avec la médecine traditionnelle ✓ Faible appropriation du rôle des communautés dans la gestion des services déconcentrés de l'État ✓ Faible responsabilisation des femmes et des jeunes dans la mise en œuvre des activités à base communautaire, à laquelle s'ajoutent les barrières financières pour l'accès aux soins ✓ Faiblesse du suivi et évaluation et faible capitalisation des activités des services à base communautaire ✓ Gouvernance des institutions du système de santé communautaire et la coordination des activités à base communautaire restent insuffisantes, marquées entre autres par des difficultés dans la disponibilité en médicaments, équipements, infrastructures et autres technologies de santé ✓ Faible niveau d'instruction dans les communautés
Opportunités	✓ Plusieurs partenaires engagés dans les interventions de santé communautaires ✓ Mise en place du fond national de développement local ✓ Adoption des statuts de la fonction publique locale

⁹ Réf. Comptes nationaux de la santé, 2013

	✓ Création de l'Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC) et du Fonds de développement local (FODEL) ✓ Dotation de l'ANAFIC à hauteur de 15% des revenus miniers pour financer les compétences transférées aux collectivités ✓ Bonne disponibilité de la communauté à accueillir les activités communautaires ✓ Existence d'associations locales, ONG et de ressortissants ✓ Existence de besoins réels de services à base communautaire
Menaces	✓ Instabilité et trouble socio-politique ✓ Épidémies et catastrophes naturelles ✓ Inaccessibilité de certaines zones rurales

3.3 Orientations stratégiques de la santé communautaire

La Santé est vue comme un investissement stratégique qui doit être financé par l'État et ses partenaires. La décision du gouvernement d'intégrer le dividende démographique en recrutant les jeunes et les femmes dans la mise en œuvre de la stratégie de formation des agents de santé communautaires rentre dans le cadre des recommandations de la commission de Haut niveau des Nations Unies sur les ressources humaines et la croissance économique.

Malgré les efforts du gouvernement et des PTF pour renforcer et améliorer la résilience du système de santé, la mortalité générale est encore élevée, et en particulier la mortalité maternelle et infanto-juvénile liée aux maladies prioritaires de santé communautaire, à la faiblesse du système de santé communautaire, des institutions communautaires décentralisées et à la faible autonomisation de la population active surtout chez les populations vulnérables comme les jeunes et les femmes.

Les initiatives d'intervention de santé communautaire ou d'interventions à base communautaire de par leurs orientations et grandes diversités constituent un sujet de préoccupation. Aussi, à la lumière de la politique nationale de santé communautaire, les interventions à base communautaire relatives à la santé devraient être harmonisées, alignées et mises en synergie afin d'éviter une santé communautaire à plusieurs contenus et à plusieurs vitesses. Cela va demander la mise en place et l'harmonisation ou l'élargissement des compétences de certaines entités ou structures afin d'accroître le leadership local à travers un dispositif adéquat et une gouvernance adaptée, dans le sens de la volonté du Gouvernement de transférer certaines compétences au niveau local. L'amélioration du dispositif devrait prendre en compte les mécanismes et les outils nécessaires.

S'agissant du personnel impliqué dans la santé communautaire, de nombreuses études montrent des taux élevés de déperdition d'agents communautaires bénévoles. Ceci entraîne également un gap dans le continuum des services de soins entre ASC et communautés et des coûts supplémentaires pour reprendre le processus de nouvelles formations en vue de maintenir la fourniture de services à un niveau acceptable. L'idée de garantir une rémunération motivante pour l'agent de santé communautaire constitue une garantie de la pérennité des actions. La politique de santé communautaire est claire dans le sens qu'elle soutient une compensation financière pour l'agent de santé communautaire. L'enrichissement des curricula (mise à niveau des modules de formation) apparaissent essentiels pour la construction d'un réseau de ressources humaines compétentes pour la mise en œuvre d'une santé communautaire de qualité.

Toutefois, le financement de la santé communautaire dépend en grande partie du financement extérieur qui demeure également insuffisant et non pérenne. Au regard de la situation actuelle, le financement de la santé communautaire devrait être renforcé à travers l'accroissement de l'apport des partenaires et une ligne budgétaire conséquente de l'État et des collectivités.

Le développement de la santé communautaire va accroître les besoins et le recours aux services et soins de santé chez les populations couvertes. Certaines maladies qui évoluaient en sourdine seront détectées et des références faites. Cela viendra en appui aux groupes de population les plus vulnérables afin de faciliter à la fois leur accès physique et financier aux soins et services. Par ailleurs, la réussite de la santé communautaire dépendra du niveau d'acceptation et de responsabilisation des communautés d'une part et d'autre part de la disponibilité des intrants et produits de santé.

Le passage à l'échelle de la santé communautaire va requérir de renforcer les dispositifs, les mécanismes et les outils de suivi évaluation et de capitalisation. Cela permettra de disposer des données et informations factuelles afin de suivre les performances de la santé communautaire. Le processus de passage à l'échelle devrait s'appuyer sur les initiatives de santé communautaire en tirant les leçons des premières avancées.

Les orientations pour le développement et le passage à l'échelle de la santé communautaire devrait s'appuyer sur les 5 axes stratégiques suivants : i) le renforcement du dispositif de santé communautaire, ii) le renforcement des prestations de santé communautaire, iii) le renforcement de l'accès des groupes vulnérables (femmes, jeunes, indigents) aux soins de santé y compris santé communautaire, iv) le renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire et v) le renforcement du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire.

IV. DESCRIPTION DU CONTENU DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

4.1 Fondements, Vision, objectifs stratégiques et résultats attendus

4.1.1 Fondements de la santé communautaire

Au plan national, le plan stratégique de santé communautaire tire ses fondements des sources suivantes :

- Le plan national de développement sanitaire 2015-2024 qui définit les grandes priorités et orientations dans le domaine de la santé pour cette période. Dans ce plan, l'accent est mis sur le développement de l'offre des services de proximité pour les populations et la couverture sanitaire universelle
- La politique nationale de santé communautaire adoptée en Juillet 2017
- Les plans stratégiques des maladies prioritaires comme le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme
- La loi L/2008/028/AN du 31 décembre 2008, portant Statut Général des Fonctionnaires qui définit et classe les emplois de la fonction publique (A, B, C), les qualifications et fonctions correspondantes (cadre, assistant et exécutant) et les conditions et modalités d'ouverture des postes et d'accès aux emplois
- Les Ordonnances fixant le régime général de travail de même que le régime spécifique propre à certains métiers comme les travailleurs en mer et les apprentis^{10, 11}.
- Le code des collectivités territoriales qui prévoit le transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales dont notamment les services de santé de premier niveau
- L'adoption des statuts de la fonction publique locale
- Les leçons tirées de la mise en œuvre des interventions à base communautaire mises en œuvre depuis 1993.

Au plan international, le Plan stratégique de santé communautaire s'appuie sur la Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978, la charte d'Ottawa (1986), l'Initiative de Bamako (1988), les conférences de Kinshasa en 1990 (financement de la santé communautaire), la Conférence de Brazzaville en 1992 (promotion du développement de la santé communautaire), le Sommet d'Abuja en 2001 (promesses d'allocation de 15% des budgets nationaux à la santé), la Décision des Chefs d'États de l'Union africaine en 2004 (accélération des initiatives sur la survie de l'enfant), la Déclaration d'Addis-Abeba en 2006 sur la santé communautaire, les orientations et recommandations de l'OMS en matière de couverture sanitaire universelle, de ressources humaines pour la santé et plus récemment sur la note d'orientation sur les « programmes d'agents de santé communautaires dans la région africaine de l'OMS¹² ». Dans ce programme, l'OMS insiste sur la professionnalisation des agents de santé communautaire et la nécessité de s'appuyer sur la constitution d'un « Pipeline rural » afin de fidéliser les acteurs majeurs locaux de la santé communautaire. Plus récemment, on note la Déclaration d'Astana en 2018 sur la couverture sanitaire universelle et ODD.

10 Ordonnance N° 003/PRG/SGG/88 du 28 janvier 1988, portant institution du code du travail

11 Ordonnance N° 91/002/PRG/SGG du 8 janvier 1991

12 Réf. Note d'orientation sur les programmes des agents de santé communautaire dans la région africaine de l'OMS ; Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2017

4.1.2 Vision du Plan stratégique 2018-2022

Conformément à la politique nationale de santé, la vision est d'avoir « **les populations des collectivités locales sont en bonne santé et aptes à être économiquement et socialement productives, grâce à l'accès universel à des services de santé de proximité et de qualité couvrant les aspects promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs avec leur pleine responsabilisation** ».

Cette vision est sous-tendue par la participation effective des individus et des communautés, l'implication forte et la coresponsabilité des ministères en charge de la santé, de l'environnement, de l'élevage et de l'administration du territoire dans le processus gestionnaire (planification, mise en œuvre, coordination, suivi et évaluation) et l'utilisation optimale des services holistiques de santé communautaire.

La mise en œuvre de cette politique de santé communautaire repose sur les principes qui sont entre autres i) le leadership/Gouvernance locale, ii) la responsabilisation communautaire, iii) la multisectorialité, iv) l'équité, v) la qualité des soins et services, vi) la pluridisciplinarité et vii) la redevabilité.

Les valeurs défendues sont l'éthique, la transparence et la responsabilité.

4.1.3 But, objectifs et résultats attendus du Plan stratégique

Le Plan stratégique de santé communautaire 2018 – 2022 vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité en Guinée, avec la participation effective des populations, des collectivités territoriales et des structures centrales/déconcentrées des ministères impliqués dans le One-health.

Le plan vise à opérationnaliser la Politique nationale de santé communautaire adoptée en Juillet 2017 et propose de manière structurée le processus de passage à l'échelle des services de santé communautaire. Aussi, il donne des précisions visant à orienter la planification, la mise en œuvre, la coordination et le suivi-évaluation de ces services.

Les principaux objectifs poursuivis par le Plan stratégique 2018-2022 sont les suivants :

- Accroître la disponibilité, l'utilisation et la performance de l'offre de services de santé communautaire de qualité d'ici fin 2022
- Renforcer la participation des communautés locales et des collectivités territoriales au développement de la santé communautaire
- Développer la gouvernance, le leadership et les capacités de gestion de la santé communautaire à tous les niveaux d'ici 2022

Les résultats attendus de ce Plan stratégique sont les suivants :

Résultat-1	D'ici à fin 2022, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sont offerts dans 90% des communes
Résultat-2	D'ici à fin 2022, 90% des collectivités territoriales et des communautés s'impliquent et contribuent efficacement à la résolution des problèmes de santé de leur zone respective
Résultat-3	D'ici à fin 2022, 80% des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique de santé communautaire sont mobilisées
Résultat-4	D'ici à fin 2022, la gouvernance, le leadership et les capacités de coordination de la santé communautaire sont mis en place et renforcés à tous les niveaux (80% des réunions de coordination sont tenues)

Le plan stratégique est bâti autour des 4 axes stratégiques suivants :

Axe stratégique-1	Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré
Axe stratégique -2	Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris santé communautaire
Axe stratégique -3	Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire
Axe stratégique -4	Renforcement du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire

Ces axes stratégiques s'alignent avec ceux de la politique sanitaire nationale, dont le Plan stratégique vise l'opérationnalisation.

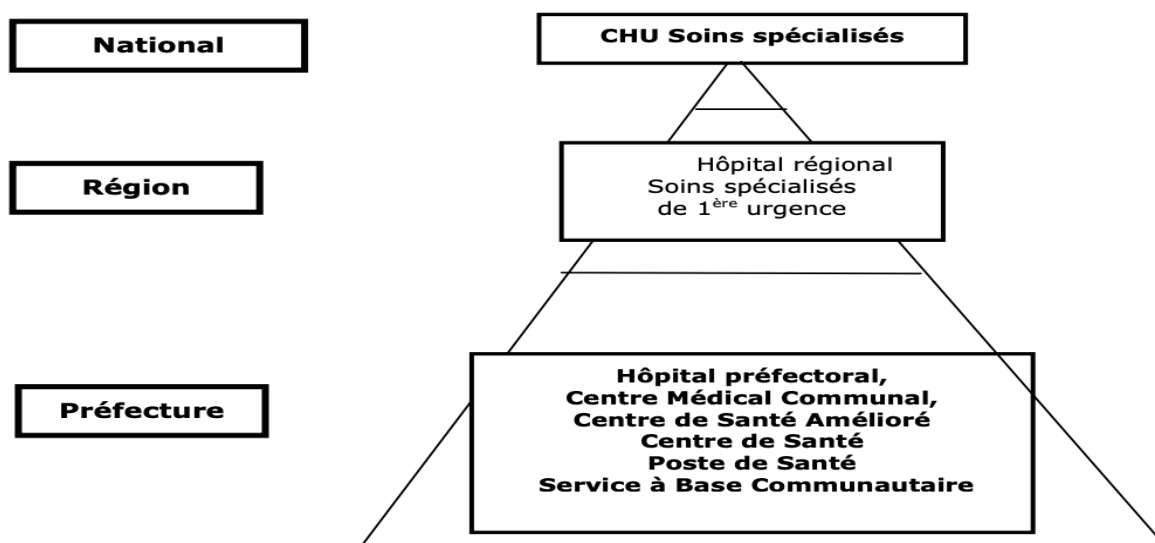
Axes de la politique nationale de santé communautaire	Axes du Plan stratégique de santé communautaire
Renforcement de la gouvernance des institutions locales de santé	Axe-3 : Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire
Amélioration de la performance du système de santé communautaire	Axe-1 : Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré Axe-4 : Renforcement du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire
Autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes	Axe-2 : Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris la santé communautaire

4.2 Description des axes stratégiques

4.2.1 Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré

La mise en œuvre de la santé communautaire va faire intervenir des structures à plusieurs niveaux, allant du niveau central jusqu'au niveau des populations bénéficiaires. Au niveau central, régional et district, le Ministère de la santé dispose de structures en charge de la santé publique. Il s'agit respectivement de la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle, des Directions régionales de la santé (DRS), des Directions préfectorales de la santé (DPS). Au niveau des communautés, les centres de santé (incluant les postes de santé) constituent le maillon de base de l'opérationnalisation de la santé communautaire.

SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS



Au niveau communautaire, les acteurs de la santé sont les prestataires communautaires composés des Médecins, Infirmiers, Sages-femmes, Agents de santé communautaire (ASC), les Relais communautaires et les COSAH. Ils contribuent à pallier aux inégalités d'accès aux soins et aux iniquités en offrant des services de santé de base. Le dispositif en milieu rural se présente comme suit :



En dépit des efforts accomplis dans la formation des agents de santé en vue d'une approche intégrée, de nombreux agents de santé communautaires sont utilisés par des programmes spécifiques (tels que le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, la nutrition, la planification familiale...) pour réaliser des activités au niveau communautaire. Au regard des résultats probants constatés dans des expériences vécues ailleurs et en Guinée, le Ministère de la santé s'éloigne progressivement des approches thématiques pour privilégier un paquet intégré d'interventions capable d'apporter à la communauté la continuité des soins selon son cycle de vie et tous les éléments de service de base nécessaire à une vie productive.

Dans le processus de développement des ressources humaines en Guinée, le Ministère de la Santé, dans la politique de Santé communautaire a pris l'option de professionnaliser graduellement les agents de santé communautaires. La mise en œuvre de cet objectif tient compte des orientations définies par l'OMS dans son document : « *Programme d'Agents de Santé communautaires*¹³ dans la région Africaine de l'OMS, données factuelles et Options », qui suggère aux pays de la région une option se basant sur le niveau économique et essentiellement sur le profil actuel du système de santé.

Le recrutement des ASC vise à pallier l'insuffisance de personnel au niveau périphérique, en raison d'un ASC pour 10 relais communautaires. La mise en place de ce personnel devrait tirer leçon de la mobilisation et de la perte du personnel de santé au niveau local qui dégarrit les centres de santé au profit des zones urbaines qui deviennent des points d'hyperconcentration du personnel de santé. Les ASC sont des agents de santé tandis que les RECO sont du personnel communautaire identifié par les communautés elles-mêmes. Leurs tâches et profil sont présentés en annexes 2. Ils assureront des paquets de services intégrés couvrant les aspects préventifs, promotionnels, curatifs et réadaptatifs (Cf. Annexe 6)

En milieu urbain et semi-urbain, les problématiques de santé communautaire et d'approches communautaires ont d'autres exigences qui nécessitent l'intervention d'acteurs communautaires expérimentés comme les associations, les groupements divers qui possèdent en leur sein des animateurs formés et aguerris. Les interventions pour ces deux milieux vont s'appuyer sur les associations/ONG/groupements qui disposent d'animateurs et qui mènent déjà des interventions sur le terrain. L'ingénierie d'intervention va s'appuyer sur des approches de proximité adaptées comme l'utilisation des TIC, la conception et distribution de supports informatifs et la mise à contribution des leaders d'opinion et autres agents de changement.

En vue de soutenir les activités de santé communautaire, il est essentiel que non seulement l'ASC soit doté et dispose en permanence des produits de santé retenus, mais aussi que l'approvisionnement des centres/postes de santé en produits essentiels soit optimal afin de permettre la prise en charge des cas qui seront détectés sur place ou détectés au sein de la communauté et référés. Par ailleurs, les équipements et le plateau technique des centres/postes de santé devraient être améliorés et/ou mis à niveau et maintenus fonctionnels. Dans cette perspective, pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, les actions concerneront entre autres la gestion des stocks des centres de santé et postes de santé, la dotation des structures de santé en produits de santé, en équipements et en matériels, la maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux, la bonne gestion du Centre de santé, la subvention des centres de santé pour le rachat des produits de santé (Médicaments, Consommables et Dispositifs médicaux).

Le Ministère de la santé favorisera les mesures suivantes pour garantir le travail dans les structures de santé communautaires (Centres de santé et postes de santé) :

- Garantir le fonctionnement optimum des centres de santé de manière à couvrir au maximum les besoins identifiés au niveau des communautés par les relais communautaires et les agents de santé communautaires

¹³Programmes d'agents de santé communautaires dans la région africaine de l'OMS : données factuelles et options — note d'orientation
© bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2017

- Mettre en œuvre les PMA révisés ainsi que les outils de gestion nécessaires à leur application effective
- Renforcer les supervisions, y compris les supervisions formatives, à tous les niveaux
- Ré-instituer effectivement les monitorages semestriels par une mise à échelle du monitoring amélioré
- Renforcer le système et la chaîne d'approvisionnement ainsi que la prescription rationnelle des produits de santé sur la base d'arbres de décision (ordinogrammes ou protocoles thérapeutiques)
- Réintégrer les communautés dans leur rôle d'acteurs majeurs dans le fonctionnement des centres de santé de leur ressort, notamment pour leur implication pour la résolution des problèmes de santé et la gestion des recettes financière et matérielles mais aussi dans la facilitation de la mise en œuvre des activités de santé au sein des communautés
- Accroître progressivement le plateau technique des centres de santé sur la base des PMA révisés afin de répondre aux besoins en soins générés par les activités de santé communautaires
- Mettre à la disposition des ASC une dotation de base en intrants et médicaments pour le démarrage de ses activités. Le réapprovisionnement se fera au niveau de la formation sanitaire sur la base des besoins estimés et des rapports d'activités par l'ASC en collaboration avec les agents de santé du centre ou du poste de santé. Certains médicaments non gratuits fournis par la structure de tutelle seront cédés aux populations par l'ASC aux prix homologués ou fixés par l'État. Les fonds recouverts par la vente des médicaments doivent être reversés aux centres ou postes de santé.

Il faudra noter que le centre de santé devra, dans cette perspective être en mesure d'accroître progressivement son plateau technique. Ainsi, certains centres de santé, compte tenu de l'importance démographique de la population desservie, pourront bénéficier d'un personnel médical à compétence élevée (médecin, chirurgien ou gynécologue) de manière à prendre en charge certaines références obstétricales et chirurgicales. Ces centres de santé à plateau amélioré pourront également être utilisés comme terrain de stage des étudiants en fin de formation universitaire de manière à représenter une occasion idéale d'immersion en vue de leur exercice futur en zone rurale.

La médecine traditionnelle constitue un enjeu important en matière de santé publique pour la Guinée. En effet, elle reste toujours un recours significatif pour les populations, particulièrement en zone rurale. Depuis l'indépendance, des efforts importants sont déployés en vue de son institutionnalisation et de sa prise en compte effective dans le système national de santé¹⁴. Cette volonté politique vise à a) optimiser l'utilisation des ressources de la médecine traditionnelle, b) promouvoir les pratiques utiles, en éliminant celles qui sont nuisibles et c) préserver le savoir médical traditionnel en l'insérant dans le système éducatif. En droite ligne avec ces orientations, il s'agira de renforcer le lien, la contribution et la synergie avec les acteurs clés de la médecine traditionnelle avec la santé communautaire à différents niveaux du système de santé.

Les interventions et actions prioritaires envisagées sont entre autres :

Résultat attendu	Interventions	Actions/activités prioritaires
D'ici à fin 2022, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sont offerts dans 90% des communes	Renforcement du dispositif de l'offre de santé communautaire	• Recrutement et contractualisation complémentaire de 1320 ASC et 17000 RECO • Établissement et mise à jour du répertoire des ASC et RECO en collaboration avec les DPS • Acquisition des kits fonctionnels adaptés pour les ASC et les RECO • Équipement des ASC et des RECO en matériel roulant • Développement des mécanismes alternatifs de motivation des ASC, avec les différentes parties prenantes de la santé communautaire • Inventaire des besoins en matériels et équipements des centres de santé pour les soins de santé primaires • Équipement des centres de santé selon les besoins identifiés • Dotation de la DNSCMT en matériels informatiques et logistique pour les supervisions • Appui technique à la DNSCMT pour la mise en œuvre du Plan stratégique • Renforcement du pool national des compétences en santé communautaire et en santé publique
	Développement des outils de gestion de la santé communautaire	• Élaboration et validation des outils de gestion des données et des intrants, de suivi des activités et de supervision (guide national de supervision, grilles de supervision, canevas de rapports, canevas de plan d'actions, y compris pour les activités d'appui/soutien comme la supervision/contrôle) • Reproduction et distribution des outils de gestion des données et des intrants, de suivi des activités et de supervision des acteurs,

¹⁴ (1) Déclaration de politique nationale de médecine traditionnelle suivant le Décret N°94/127/PRG/SGG du 3 novembre 1994 ; (2) Adoption en 1996 d'un Plan Directeur de la médecine traditionnelle 1996-2001, (3) loi N°L/027/AN du 19 juin 1997 portant code de santé publique qui régit l'exercice de la médecine traditionnelle en Guinée

		• Révision des guides de planification des plans d'action annuels des structures de santé (DPS, DSR, directions centrales) et de la société civile, pour prendre en compte les interventions de santé communautaires
	Renforcement du pipeline rural	• Vulgarisation des textes (décrets, lois, directives) régissant la fonction publique locale • Renforcement des capacités des acteurs communaux sur le pipeline rural (concept, diagnostic, planification des besoins et mobilisation des ressources) • Allocation des fonds aux collectivités territoriales (communes) pour la formation de leur personnel de santé recruté • Mise en place d'un mécanisme de suivi/ contrôle de la présence effective du personnel sur le terrain
	Renforcement des liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle	• Élaboration de la politique nationale de la médecine traditionnelle • Identification et établissement d'une base de données pour la cartographie des acteurs de la médecine traditionnelle travaillant dans l'ère de chaque commune • Conception du contenu des messages de plaidoyer et de formation/ information /sensibilisation des acteurs de la médecine traditionnelle sur la santé communautaire • Élaboration d'un Plan directeur de la médecine traditionnelle • Organisation des ateliers de formation, d'information et de sensibilisation des acteurs de la médecine traditionnelle dans chaque DPS • Établissement des conventions/ententes entre la commune et les acteurs de la médecine traditionnelle pour la référence des cas et la collaboration • Réseautage des acteurs de la médecine traditionnelle au niveau national, régional et préfectoral • Organisation d'un forum national sur le développement de la médecine traditionnelle • Diffusion des outils d'orientation et de cadrage de la médecine traditionnelle • Orienter les prestataires de santé sur la médecine traditionnelle
	Renforcement et mise à niveau des écoles de formation en matière de santé communautaire	• Révision des curricula de formation de ces écoles et y inclure les volets manquant de la santé communautaire • Renforcement des capacités du personnel enseignant sur les nouvelles spécificités liées à la santé communautaire • Supervision des écoles de formation des ASC • Mise en place un diplôme harmonisé pour les ASC sur la base d'un test unique de certification en fin de formation
	Renforcement des outils promotionnels et de l'offre de services intégrés et de qualité	• Révision/ adaptation des supports intégrés de formation (modules SSP, manuel du participant, guide du formateur, Agenda de formation) des ASC et des RECO • Développement de boîtes à images intégrées sur les SBC pour soutenir les activités éducatives des ASC et RECO • Renforcement des capacités des formateurs des ASC et des RECO
	Amélioration de l'approvisionnement en produits et intrants de santé	• Définition de la composition du kit de médicaments pour les ASC, circuit/mécanismes d'approvisionnement et des modalités de gestion financières • Dotation de base des ASC en intrants et produits de santé • Inventaire périodique de la disponibilité des intrants chez les ASC et RECO
	Renforcement des interventions à base communautaire en milieu urbain et semi-urbain	• Mise en œuvre d'un projet d'intervention à base adapté en milieu urbain et semi-urbain • Mise en place d'un cadre contractuel avec les organisations/associations et groupements pour les interventions de santé communautaire en milieu urbain • Renforcement de la mobilisation sociale et de la participation dans les zones urbaines et semi-urbaines

4.2.2 Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris la santé communautaire

Le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP III) indique que 55% de la population guinéenne vit dans la pauvreté avec une tendance à l'aggravation et des disparités entre zone urbaine et zone rurale (en milieu rural, ce taux est estimé à 64,7%). Par ailleurs, les comptes nationaux de la santé ont démontré que les dépenses de santé sont fortement supportées par les familles à hauteur de 62,5%. Cette situation entraîne des dépenses importantes avec des conséquences entraînant des décès pour des causes évitables.

La mise en œuvre des activités de santé communautaire va augmenter la demande de services et de soins de santé, subséquemment l'accès des populations aux informations. De plus, les besoins nouveaux de soins de santé seront mis en exergue soit par les individus même parce qu'ils ont pris conscience ou par les ASC et les RECO. Ces besoins peuvent parfois

nécessiter des références ou des soins complémentaires (y compris des médicaments) qui n'entrent pas dans le cadre de la gratuité.

Pour les personnes démunies, indigentes ou économiquement fragiles, la barrière financière va limiter leur recours aux soins. Aussi, la stratégie visant à cibler et favoriser l'accès aux services et de soins de santé constitue une composante importante de la santé communautaire. Pour les autres groupes économiquement vulnérables comme les femmes et les jeunes, il s'agira de faire le plaidoyer auprès des autres ministères, des PTF et des communes afin que des initiatives de soutien à l'autonomisation puissent voir le jour et prospérer. Il s'agira entre autres d'activités génératrices de revenus et de microprojets communautaires. En soutien à ces initiatives, les acteurs clés de la santé communautaire seront formés au plaidoyer et au soutien/accompagnement de ces initiatives. En complément à ce dispositif, le plaidoyer visera à convaincre les communes rurales et les COSAH afin qu'elles affectent une part des ressources financières collectées localement à la mise en place d'un fonds de soutien à l'accès à la santé communautaire des personnes démunies, indigentes ou économiquement fragiles.

Les interventions et actions prioritaires envisagées sont entre autres :

Résultat attendu	Interventions	Actions/activités prioritaires
D'ici à fin 2022, 90% des collectivités territoriales et des communautés s'impliquent et contribuent efficacement à la gestion des problèmes de santé de leur zone respective	Mise en place de dispositif de protection et d'aide à l'accès aux services et de soins de santé communautaire pour les personnes démunies et indigentes	• Renforcement des dispositifs des mutuelles de santé ou mécanisme d'amélioration de l'accès financiers aux soins de santé • Identification des cartes d'indigence pour les personnes démunies et indigentes • Plaidoyer pour la mise en place d'un fonds de soutien à l'accès à la santé des personnes démunies, indigentes ou économiquement fragiles au niveau des communes
	Soutien à l'autonomisation des femmes, jeunes	• Renforcement des capacités des acteurs au montage et gestion des AGR • Mobilisation des ressources financières pour les AGR et projets d'intérêts communautaires
	Mobilisation sociale et veille citoyenne	• Renforcer les capacités des points focaux de communication/promotion de la santé pour coordonner les activités de mobilisation sociale • Renforcer le mécanisme de veille citoyenne au niveau des communes • Faire participer les communautés aux prises de décision par des foras communautaires • Intéresser les médias locaux aux questions de santé des communautés • Renforcer le partenariat entre le secteur de la santé et la société civile • Promouvoir l'action individuelle sur les déterminants de la santé

4.2.3 Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire

La réussite de la mise en œuvre de la santé communautaire dépend de la qualité de la coordination à tous les niveaux et de la disponibilité des financements pour une soutenabilité des activités.

Les instances habituelles de coordination (CTC, CTRS, CTPS, Synthèses sous préfectorales, les réunions, les conseils communautaires) seront mises à profit pour faciliter le suivi de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire. La coordination avec le secteur sanitaire privé via des stratégies d'intégration est souhaitée particulièrement en zone urbaine.

Au niveau village, sous la responsabilité du comité villageois de santé, des forums seront tenus pour le suivi des activités socio-sanitaires. Participeront à ces rencontres, les acteurs communautaires (groupements et associations communautaires, les ASC, les relais communautaires, prestataires, les leaders communautaires, ...). Ces rencontres permettront de responsabiliser les communautés dans la prise en charge de leurs propres problèmes de santé. A ces occasions, les problèmes de santé des communautés seront identifiés, présentés et discutés ainsi que les résultats obtenus en santé communautaire afin de mobiliser les ressources nécessaires et impliquer davantage les différentes parties prenantes.

Au niveau communal, des réunions mensuelles techniques sont organisées dans les centres de santé pour collecter et analyser les différentes informations des interventions de santé communautaire. Participeront à cette rencontre les ASC, les relais communautaires, les agents de santé des postes de santé, les membres du COSAH, les ONG locales et les PTF. Lors des conseils communaux qui se tiennent trimestriellement, les informations sur les interventions de santé communautaires seront partagées avec l'ensemble des acteurs. A ces conseils participeront les COSAH, les représentants des comités villageois de santé, les représentants des organisations de la société civile, les différentes

plateformes communautaires, les PTF. Cette occasion est mise à profit pour identifier les problèmes, les interventions mais aussi pour la mobilisation des ressources.

Au niveau sous-préfectoral, une synthèse sous-préfectorale de monitoring sera réalisée une fois par semestre sous la responsabilité du conseil communal. Cette instance permettra de présenter les résultats des activités de santé, de discuter des plans de résolution des problèmes identifiés au niveau communautaire. Participeront à cette synthèse les COSAH, les agents de santé, les représentants des ASC et relais communautaires, les représentants des comités villageois de santé, les représentants des organisations de la société civile, les différentes plateformes communautaires, et les PTF.

Les soins de santé primaires étant une compétence transférée aux collectivités locales, le transfert des ressources liées à l'exercice de cette compétence se fera progressivement. Le ministère de la santé s'alignera sur les procédures de gestion financière à travers les structures communautaires décentralisées en vigueur pour garantir une rémunération adéquate aux agents de santé communautaire/relais communautaires. Les collectivités locales auront un niveau d'engagement significatif dans le financement de la santé. Depuis la loi de finance 2019 (Article 20), il est institué un appui direct au budget local de l'ensemble des collectivités locales du pays à hauteur de 15% des recettes minières de l'État (ANAFIC).

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPN/DDL), un fond national de développement local a été mis en place par la loi des finances initiale 2016. En 2017, l'agence chargée de la gestion de ce fonds a été créée par le décret D/2017/298/PRG/SGG du 11 novembre 2017. Ce fonds servira à financer les actions de développement des collectivités locales à travers l'investissement et l'accompagnement technique. Le fonds constitue un panier commun qui sera abondé par l'État, les sociétés minières, les collectivités locales et les partenaires techniques et financiers. Les ressources du fonds seront allouées aux collectivités sur la base d'un système de péréquation. En plus de ce fonds, au cours de cette même année 2017, en application des dispositions de l'article 165 du code minier, il est créé un fonds pour la promotion du développement économique local. Il est alimenté par les redevances que les sociétés minières payent aux collectivités locales abritant les mines sur la base de leurs chiffres d'affaire annuels.

En plus des dotations de l'État aux collectivités et des budgets locaux, les services de santé communautaire bénéficient : (i) des ressources extérieures mises à disposition par les Partenaires Techniques et Financiers sur la base de conventions entre ces derniers et l'État, (ii) des appuis communautaires à types de dons et de legs par les ressortissants locaux, diaspora et autres bonnes volontés, (iii) des financements de la coopération décentralisée, (iv) des financements innovants (téléphonie, sociétés, carbone, tabac, alcool, etc.), (v) des subventions directes de l'État aux services communautaires de santé (centres, postes de santé, agents de santé communautaire et relais communautaires, etc.) et (vi) le recouvrement des coûts de prestations de santé au niveau des formations sanitaires de base et des communautés, vii) Assurance maladie obligatoire.

Les procédures de gestion financière et budgétaire seront alignées sur celles des collectivités (PDL, PAI, FODEL, ANAFIC).

Les interventions et actions prioritaires envisagées sont entre autres :

Résultat attendu	Interventions	Actions/activités prioritaires
D'ici à fin 2022, 80% des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique de santé communautaire sont mobilisées	Renforcement de la communication institutionnelle et sociale autour de la santé communautaire	- Partage et diffusion des informations et orientations de la santé communautaire avec les différentes des parties prenantes - Mise en œuvre d'une campagne multimédia de communication sur la santé communautaire
	Renforcement de la mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire	- Mobilisation des ressources financières locales en faveur de la santé communautaire - Mobilisation des ressources financières internationales en faveur de la santé communautaire
D'ici à fin 2022, la gouvernance, le leadership et les capacités de gestion de la santé communautaire sont mis en place et renforcés à tous les niveaux du système de santé (80% des réunions de coordination sont tenues)	Renforcement du dispositif de coordination de la santé communautaire	- Finalisation et diffusion du document sur le Cadre d'organisation et de fonctionnement des COSAH - Renforcement des capacités des COSAH à la coordination et supervision des ASC et RECO - Organisation des réunions de coordination dans chaque commune avec la participation des COSAH

		• Organisation des réunions de coordination à tous les niveaux avec toutes les parties prenantes • Dynamisation de la Plateforme multisectorielle de la santé communautaire
--	--	--

4.2.4 Renforcement de la qualité, du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire

Les interventions de santé communautaires étant au début de leur mise en œuvre, il est important de s'assurer qu'elles sont de qualité et conformes aux standards requis par le Ministère de la santé. C'est pourquoi la supervision en cascade des acteurs sur la base d'outils adaptés et des compétences renforcées sera essentielle.

En ce qui concerne le suivi évaluation, le Ministère de la santé est en train d'unifier et d'harmoniser les différents circuits existants qui concernent la collecte, la validation et la transmission des données sanitaires. A ce titre le DHIS2 reste un maillon clé de ce dispositif. Aussi les efforts et des concertations seront engagés pour la prise en compte des données de santé communautaire dans les outils primaires et secondaires de collecte et de validation des données d'une part et d'autre dans les indicateurs du DHIS2.

En matière de capitalisation, il importe de produire des rapports et des analyses périodiques des données globales et spécifiques de santé communautaire de sorte à permettre l'appréciation des progrès et des performances ainsi que l'identification et la proposition de solutions aux éventuels goulots d'étranglement. En plus de cela, la recherche, notamment la recherche opérationnelle sera essentielle pour permettre d'améliorer la robustesse du dispositif et les performances de la mise en œuvre de la santé communautaire. Elle permettra aussi de générer périodiquement de l'information stratégique et des évidences pour soutenir les différentes activités de plaidoyer mais aussi pour orienter la prise de décision au niveau local, régional et national. Le tableau ci-dessous donne quelques pistes pour orienter l'élaboration de l'agenda de recherche opérationnelle concernant la santé communautaire.

Tableau : Orientations pour l'élaboration de l'agenda de recherche en santé communautaire

Questionnements	Quelques thématiques de recherche
• Comment passer d'un prototype de relais communautaires vers des agents de santé communautaires professionnels? • Comment doter l'ensemble du territoire de la Guinée en ASC professionnalisés • Comment remodeler l'approche d'agents monovalents (TB, VIH, Paludisme, Nutrition, PF) vers des agents de santé communautaires polyvalents? • Comment opérationnaliser des décisions complexes sur la rémunération des agents? • Comment démarrer et garantir la réussite avec le pipeline rural quand les autres éléments du système de développement ne sont pas encore en place? • Quel modèle de financement pour garantir une soutenabilité financière de la santé communautaire? • Comment accroître l'accès aux soins de santé primaire des indigents, démunis et populations économiquement fragiles? • Comment faire participer et responsabiliser les populations sur les interventions de santé communautaire ?	• Étude de faisabilité de l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre des services à base communautaire dans les districts sanitaires de Dabola et de Koubia, République de Guinée • Étude sur les déterminants de l'acceptabilité sociale de cette intervention par les Agents Techniques de Santé et par la communauté bénéficiaire des services • Exploration analytique des facteurs de succès et les facteurs limitant l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre de service à base communautaire en République de Guinée • Évaluation du coût de l'utilisation d'un Agent technique de santé conformément au paquet d'activités intégrées définis dans la politique nationale de santé communautaire • Étude sur la perception de cette intervention par les Agents Techniques de Santé et par la communauté bénéficiaire des services

Les interventions et actions prioritaires envisagées sont entre autres :

Résultat attendu	Interventions	Actions/activités prioritaires
D'ici à fin 2022, la gouvernance, le leadership et les capacités de gestion de la santé communautaire	Renforcement de la supervision et de la qualité des	• Élaboration ou révision des guides de supervision des ASC et RECO • Reproduction des guides de supervision des ASC et RECO

sont mis en place et renforcés à tous les niveaux du système de santé (80% des réunions de coordination sont tenues)	interventions de santé communautaire	• Renforcement des capacités des CCS et des DPS pour la supervision formative des ASC et RECO • Évaluation à mi-parcours de la qualité des prestations de santé communautaire
	Renforcement du dispositif de suivi évaluation de la santé communautaire	• Révision/ harmonisation du circuit de collecte, de validation et de transmission des données de santé communautaire • Révision/adaptation et reproduire les outils primaires de suivi des activités communautaires • Tenue d'échange avec le BSD, les PTF et le DNSCMT pour le choix et la prise en compte des indicateurs de santé communautaire dans le DHIS2 • Élaboration d'un plan de suivi- évaluation du plan stratégique de santé communautaire • Renforcement des capacités des ASC et des CCS sur la collecte, la vérification, validation et saisie des données de santé communautaire
	Capitalisation et évaluation des performances de la santé communautaire	• Analyse trimestrielle des données de santé communautaire pour évaluer les progrès et les performances • Production des rapports semestriels et annuels sur la mise en œuvre de la santé communautaire • Évaluation de la première phase d'opérationnalisation de la santé communautaire dans les 40 communes de convergence • Évaluation à mi-parcours du Plan stratégique de santé communautaire • Élaboration et validation du prochain plan stratégique de santé communautaire 2023-2027 • Voyages d'études pour une équipe en vue d'acquérir de meilleures pratiques améliorer la mise en œuvre de la santé communautaire • Participation à des rencontres scientifiques internationales sur la santé communautaire • Organisation de la revue annuelle de la sante communautaire • Organisation d'une journée nationale annuelle de réflexion sur la santé communautaire
	Développement de la recherche en santé communautaire	• Élaboration d'un Agenda de recherche en santé communautaire • Réalisation de recherches opérationnelles sur la santé communautaire • Production semestrielle de l'information stratégique et des évidences en santé communautaire

V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

5.1 Modalités de mise en œuvre

5.1.1 Rôles et responsabilités des principaux acteurs

Au niveau national, la santé communautaire est placée sous l'égide de la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT). A différents niveaux, des acteurs clés joueront des rôles importants dans la mise en œuvre de la santé communautaire.

Acteurs	Rôles/ responsabilités
MATD, MS, Finances, Budget, Agriculture, METFP, Ministère de la Communication, Action sociale, Mines et MFPREMA	• Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la mise en œuvre de la politique ; • Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire; • Veiller aux transferts de ressources vers les collectivités locales à travers l'ANAFIC • Assurer le contrôle de légalité dans l'exercice de la maîtrise d'ouvrage par les collectivités locales • Assurer le contrôle de l'utilisation des ressources

MFPREMA, MATD, MS	• Veiller au respect des normes et procédures de gestion de la carrière des agents de la fonction publique locale • Assurer la mise en place de la fonction publique locale;
Élevage/Environnement, Santé	• Appuyer pour la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique à base communautaire selon l'approche une seule santé • Appuyer la promotion de l'ATPC, Hygiène du milieu, l'accès et l'utilisation de l'eau potable.
Autorités régionales	• Veiller à l'application des textes juridiques • Participer à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières en faveur de la santé communautaire • Faire la promotion de la santé communautaire • Assurer le suivi/évaluation des activités de santé communautaires
Autorités préfectorales	• Vulgariser les textes juridiques • Encadrer le recrutement et participer à l'installation officielle des ASC et RECO • Mobiliser les communautés autour de la santé • Appuyer les communautés dans l'élaboration des PDL et PAI en intégrant les aspects de santé y compris l'amélioration de la qualité des prestations • Faire la promotion des ASC et RECO • Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire
Autorités communales	• Mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières autour des activités de santé communautaire en inscrivant une ligne budgétaire dans son plan (PDL et PAI) • Promouvoir les activités génératrices de revenus • Participer à l'installation officielle des COSAH, ASC et des RECO • Mobiliser la communauté autour de la santé • Procéder au recrutement des ASC et des RECO • Évaluer la performance des COSAH, ASC et RECO • Assurer le suivi des activités des ASC dans le cadre de la promotion de la santé au niveau communautaire
Comités de Santé et d'hygiène	• Mobiliser les communautés autour de la santé • Contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des interventions à base communautaire et à la motivation des RECO • Participer au choix des RECO • Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des centres et postes de santé • Participer au suivi/évaluation des actions de santé • Participer à l'élaboration des plans communaux
Comités Villageois de santé	• Mobiliser les communautés autour de la santé • Mobiliser les ressources locales • Participer aux processus de sélection des RECO • Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des centres et postes de santé • Participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires
ONG Internationales/Nationales/Locales et Associations locales	• Mobiliser les communautés autour de la santé • Contribuer à la mobilisation des ressources • Appuyer le processus de sélection des RECO • Contribuer à l'organisation des missions conjointes de suivi et d'évaluation des activités de santé communautaire • Apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires et administratives • Appuyer le rapportage des activités communautaires • Participer aux réunions de coordination organisées par l'ECD • Intégrer leur Plan de travail dans la planification de ECD
Partenaires techniques et financiers	• Appui technique et financier • Participer au suivi/évaluation • Participer au développement du processus de la mise en œuvre • Participer aux réunions de coordination
Praticiens de la médecine traditionnelle	• Contribuer à la mobilisation des communautés, • Faire l'IEC/CCC • Référer/Orienter les cas • Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
Leaders d'opinion (Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux,	• Mobiliser les communautés autour de la santé • Participer à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières • Participer au processus de sélection des RECO

responsables d'associations ou de groupements)	• Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC et RECO, • Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
---	--

5.1.2 Dispositions transitoires et de passage à l'échelle de la santé communautaire

Le passage de la situation actuelle au futur désiré dans le document de politique de santé communautaire exige qu'on adopte des dispositions transitoires. Le Ministère prévoit l'accompagnement du plan Stratégique par la mise sur pied d'une Unité d'appui aux services communautaires de base qui s'occupera du lancement et du suivi des orientations stratégiques de ce plan sous le leadership de la Direction de la Santé Communautaire et la Médecine Traditionnelle. Le passage à l'échelle de la santé communautaire se fera progressivement, de manière concertée et rationnelle.

Pour la phase transitoire, la situation sera la suivante

- Les initiatives en cours actuellement comme celles liées à la subvention du paludisme se poursuivront telle avec une mise à niveau des agents de santé communautaire dont le profil correspond aux RECO dans la stratégie retenue par le Ministère de la santé
- Le Ministère de la santé dans son programme de développement des ressources humaines a décidé de faire un saut qualitatif pour produire des agents de santé communautaires polyvalents et professionnels. De ce fait, le Ministère de la santé en collaboration avec les partenaires, s'engage à réaliser la formation structurée et diplômante des Agents de santé communautaires dans les écoles de soins de santé communautaire du pays. En attendant d'observer les résultats issus de ce processus en moyen et long termes deux stratégies intermédiaires seront mises en application :
 - Une stratégie rapide d'optimisation des Agents Techniques de Santé (ATS). Cette stratégie se focalisera sur les ATS déjà formés prêts pour le marché du travail, ils bénéficieront d'une formation complémentaire pour être utilisés comme agents de santé communautaires mobilisables rapidement par le système de santé.
 - La formation ou recyclage coordonné des relais communautaires par des formateurs reconnus et accrédités, continuera pour soutenir les besoins en couverture du territoire national. Cette formation utilisera les Modules de formation validés par le Ministère de la santé afin de les rendre polyvalents
- Un projet pilote sera conduit dans un premier temps dans les 40 communes de convergence puis s'en suivront 60 autres communes pour atteindre 100 communes avant la fin de l'année 2019¹⁵.

Pour la suite du processus, il est prévu une harmonisation des approches tant dans les dénominations, les approches que de la mise en œuvre. La formation structurée et diplômante des ASC sera assurée en partenariat avec le Ministère de l'enseignement Technique, de la formation professionnelle, de l'Emploi et du Travail. L'accent de la formation est mis sur la promotion de la santé. Un plan de passage à l'échelle pour l'introduction de la santé communautaire sera élaboré et progressivement ajusté en fonction des progrès et de la disponibilité des ressources financières et humaines.

5.2 Dispositif et indicateurs de suivi évaluation de la santé communautaire

5.2.1 Mécanismes de suivi et évaluation

Les mécanismes de suivi-évaluation tels que définis dans le PNDS 2015-2024 et dans le document de politique de la santé communautaire permettront de suivre des indicateurs de performance de la santé communautaire. Les principales activités de suivi évaluation concernent la collecte, l'analyse, la validation, la transmission des données, la production du rapport et la diffusion.

La supervision : sera assurée par les professionnels du centre de santé (chef du centre de santé ou toute autre personne ressource capable de réaliser cette activité). Elle se fera en collaboration avec les PTF et autres acteurs. L'objectif est de renforcer leurs compétences afin de garantir la qualité des prestations de services et de soins. La supervision est régulière et adopte un rythme mensuel. Le rythme peut être plus fréquent voire hebdomadaire. Le superviseur utilise des grilles de supervision validées. Cette supervision permettra d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés entre les ASC et les communautés et d'assurer le suivi régulier des activités des ASC et RECO.

Le monitoring pour la qualité et la performance : est une activité qui consiste à collecter, analyser les informations, apprécier le niveau d'atteinte des résultats attendus, identifier les goulots d'étranglement et proposer des plans de résolution des problèmes prioritaires. Il se réalisera suivant un rythme mensuel, trimestriel et semestriel suivant les indicateurs définis.

¹⁵ Ces deux dynamiques sont soutenues par l'UNICEF à travers le programme national d'appui aux communes de convergence (PNACC) et par la subvention du Fonds mondial dédiée au renforcement du système de santé

Participeront à cette activité, les membres de l'ECD, les agents de santé, les membres du COSAH, ASC et relais communautaires, les membres des comités villageois de santé, les ONG et PTF. Cette activité doit être suivie de la rétro information des communautés.

La revue du programme : est une activité de suivi-évaluation qui s'effectue trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Elle permet de porter un regard critique et plus élargi sur la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire. Elle se fera tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. Les cadres de concertation et de planification existant seront mis à profit.

L'évaluation : est une activité d'appréciation du niveau de base (initial), le processus et les résultats à mi-parcours et en fin de période suivant les indicateurs. Elle permet d'apprécier l'évolution des indicateurs et les impacts de la mise en œuvre des interventions (indicateurs de processus, de résultat et d'impact).

5.2.2 Dispositif de suivi et évaluation

Les mécanismes de suivi-évaluation tels que définis dans le PNDS 2015-2024 permettront de suivre des indicateurs de performance de la santé communautaire. Les principales activités de suivi évaluation concerne la collecte et la validation des données, la transmission des données, la production de rapport.

Avec l'introduction de la santé communautaire, le système national d'information sanitaire, qui initialement se limitait au centre/poste de santé, s'enrichit d'une branche qui va jusqu'au sein des communautés. Tandis que le SGIS (système de gestion de l'information sanitaire) concerne les informations relatives aux services fournis par un centre référent (Centre/poste de santé), le SISC (système d'information sanitaire communautaire) porte sur les activités offertes aux membres d'une communauté, généralement par les RECO vivant au sein de cette communauté ou par des services mobiles fournis par les ASC à partir d'un centre de santé.

En effet, les ASC et les RECO effectueront des prestations relatives à la santé au sein des communautés qui vont générer des données pour permettre de calculer des indicateurs en vue d'apprécier les performances du dispositif de santé communautaire d'une part et d'autre alimenter et compléter les données nationales.

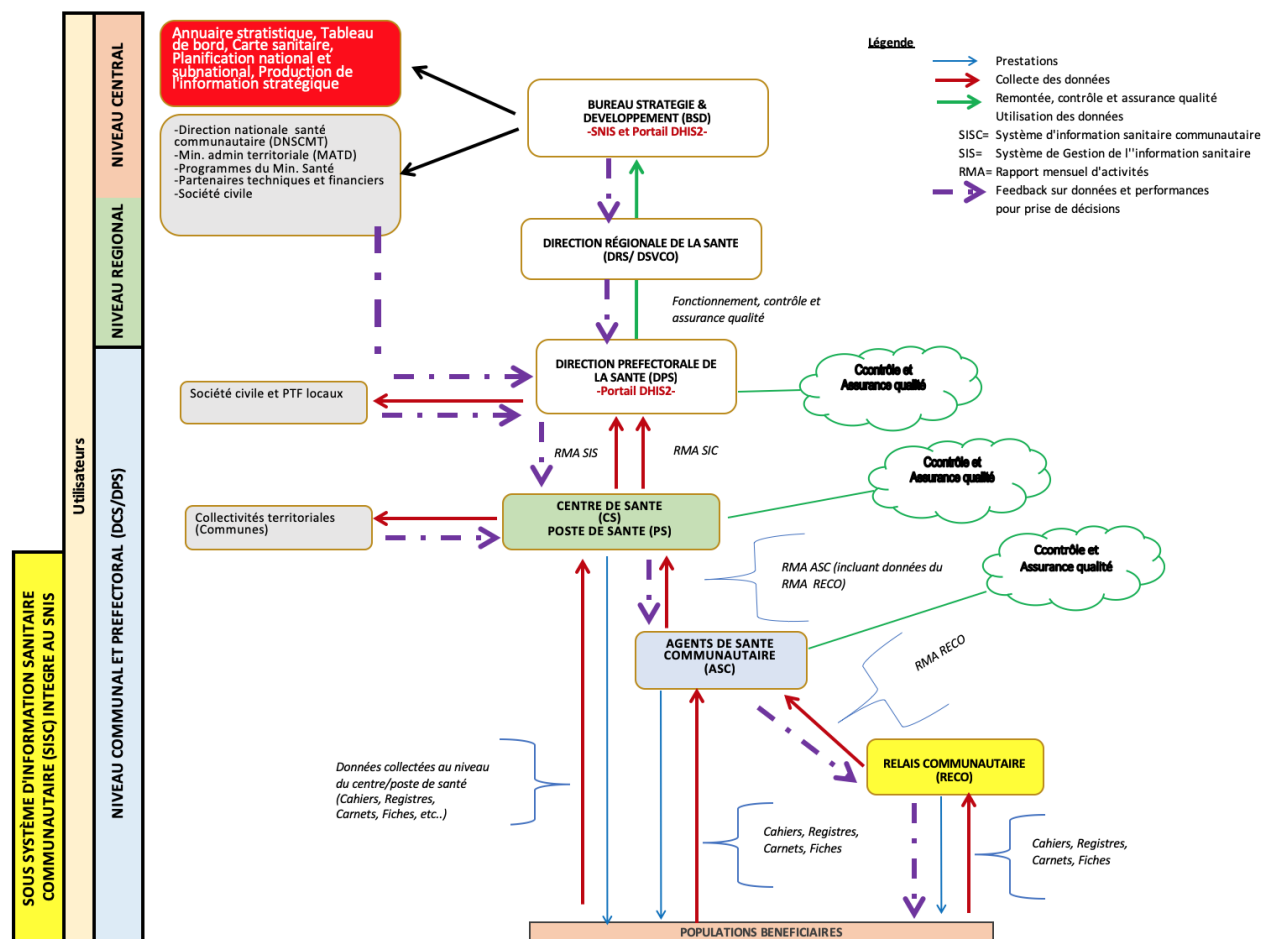
Conformément à la politique nationale, les données du SISC et SGIS seront étroitement liés pour éviter les duplications. Le RECO et l'ASC fournissent des services à des individus ou des groupes au sein d'un ménage et prend des notes à ce sujet dans ses outils (cahiers, registres, carnets, fiches, etc.).

- À la fin de la journée, le RECO et l'ASC transfèrent chacun en ce qui le concerne les données de ses carnets/fiches/cahiers vers ses registres.
- À la fin du mois, l'ASC compile les données des RECO sous sa responsabilité dans le RMA du RECO. Ensuite, l'ASC extrait les données de ses registres et compile avec les RMA des RECO pour élaborer son RMA qui est ensuite transmis au Centre/poste de santé.
- La qualité des rapports de santé communautaire est vérifiée par le Chef du Centre/Poste de santé, puis ils sont utilisés pour décider d'actions au niveau local. Les données des RMA des ASC sont compilées avec les données de prestation au niveau du Centre/poste de santé pour en faire le RAM du Centre/poste de santé. Ce RMA comportant à la fois les données du SGIS et du SISC est envoyé au niveau de la Direction préfectorale de santé (DPS) pour validation.
- Une fois validée, les données sont saisies dans le DHIS2 qui constitue le portail d'entrée et de stockage des données du Système national d'information sanitaire (SNIS).

Les données du dénominateur sont utilisées pour convertir les données brutes en indicateurs clés de performance. Le contrôle et l'assurance qualité des données se font au niveau du Centre/poste de santé, au niveau de la DPS lors de la validation et au niveau du BDS.

Les données intégrées dans le DHIS2 seront extraites par les utilisateurs pour les besoins de calcul des indicateurs de leurs programmes ou pour suivre les performances de la santé communautaire. Il est prévu un feedback à tous les niveaux et une utilisation des données de santé communautaire pour la prise de décisions et aussi pour les activités de supervision.

Graphique 2 : Circuit harmonisé des données de santé communautaire¹⁶



Dans le cadre de la santé communautaire, des outils spécifiques ont été élaborés à l'intention des différents acteurs. Ils se composent d'outils primaires (registres, fiches, cahier) et d'outils secondaires (canevas de rapport mensuel).

Les principaux outils standardisés sont les suivants :

Nom de l'outil	Type	Utilité	Utilisateurs
Cahier journal	Primaire	Consigner l'ensemble des actes quotidiens posés par le RECO ou l'ASC	RECO ASC
Cahier de recensement de la population	Primaire	Consigner le recensement de la population	RECO
Fiches de suivi des stocks de produits de santé	Primaire	Consigner les commandes, réception, utilisation des produits de santé	RECO ASC
Carnet de reçu	Primaire		

¹⁶ Au niveau du circuit-2, les données seront introduites dans le DHIS2 ou transiteront par les DRS avant d'aboutir au niveau du SNIS au sein du BSD

Registre des femmes enceintes et enfants de 0-28 jours	Primaire	Consigner les prestations en faveur des personnes du groupe d'âge déterminé	
Registre des enfants 1-59 mois	Primaire		
Registre des 5 ans et plus (enfants et adultes)	Primaire		
Canevas de rapport mensuel RECO	Secondaire	Synthèse des données de prestation du RECO	ASC
Canevas de rapport mensuel ASC	Secondaire	Synthèse des données de prestation de l'ASC	ASC

5.2.3 Indicateurs de suivi et évaluation

Il sera mis en place un Comité technique multisectoriel de suivi des progrès par le ministère de santé. Ce comité utilisera les indicateurs usuels tirés du catalogue national des indicateurs de santé pour évaluer la progression dans la mise en œuvre des éléments du plan stratégique.

Un certain nombre d'indicateurs ont été sélectionnés, en raison de leur impact sur la santé (particulièrement celle de la mère, l'enfant et du nouveau-né). Les principaux indicateurs qui seront pris en compte sont les suivants :

Indicateurs d'effets	
Promotion de la santé et de l'hygiène	
- Proportion des ménages recevant des visites de routine au cours des 90 derniers jours - Proportion des néonataux recevant les premières visites des RECO/ ASC pendant 7 jours à compter de la naissance - Proportion des enfants âgés de moins de 5 ans recevant des visites de routine à temps au cours des 30 derniers jours - Proportion des Femmes enceinte recevant des visites de routine à temps au cours des 30 derniers jours - Proportion de ménages ayant reçu les conseils sur l'hygiène du milieu, corporelle, vestimentaire et alimentaire au cours des 30 derniers jours.	
Santé de la mère et de l'enfant	
- Proportion des accouchements assistés ayant eu lieu dans une structure de santé - Proportion des enfants dont les âges varient entre 6-59 mois avec dépérissement modéré ou sévère (MUAC < 125) à la dernière lecture du MUAC - Proportion des enfants âgés de moins d'un an qui sont à jour par rapport au calendrier vaccinal à la dernière visite - Proportion d'enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés	
Paludisme	
- Proportion des enfants âgés de moins de 5 ans se plaignant de la fièvre non compliquée ayant reçu un test diagnostic rapide ; - Proportion des enfants âgés de moins de 5 ans se plaignant de la fièvre non compliquée ayant reçu un test de diagnostic rapide dont le résultat s'est avéré positif - Proportion des enfants âgés de moins de 5 ans ayant reçu un TDR dont le résultat s'est avéré positif et qui ont reçu des médicaments antipaludéens	
Indicateurs de résultats	
Statistiques vitales	
- Nombre de naissances vivantes enregistrées au cours de la période - Nombre des décès néonataux - Nombre de décès infantiles - Nombre de décès des moins 5 ans - Nombre de décès maternel - Nombres de décès des enfants âgés de plus de 5 ans	
Activités des ASC et RECO	
- Nombre des femmes enceintes conscientes des risques référés vers le centre de santé pour un accouchement sans danger % des femmes enceintes sensibilisées ayant bénéficié de la CPN1 % des femmes enceintes sensibilisées ayant bénéficié de la CPN4	

- % des femmes enceintes sensibilisées ayant bénéficié de la CPoN
- Nombre des femmes en âge de procréer mises sous contraceptifs par les ASC.

Indicateurs relatifs à la santé infantile

- Nombre d'enfants malades avec des signes (paludisme, IRA, diarrhée,...) de danger référés vers les centres de santé pour des soins appropriés
- Nombre d'enfants ayant été pris en charge par les ASC (pathologies courantes)
- Nombre de mères allaitantes sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif
- Nombre d'enfants malnutris suivi à domicile
- Nombre d'enfants répondants à la définition des cas de malnutrition référés vers les centres de santé pour dépistage et prise en charge
- Nombre de MILDA distribuées par les ASC et RECO (aux ménages, enfants)
- Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu une dose de vitamine A
- Proportion d'enfants de 0 à 59 mois ayant eu une diarrhée et reçu du SRO+Zinc.
- Proportion d'enfants de 0 à 59 mois ayant présenté une toux et/ou des difficultés respiratoires traitées à l'amoxicilline dispersible.

Indicateurs relatifs au VIH/Sida et à la tuberculose

- Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié des visites à domicile
- Nombre de touseurs chroniques référés vers le centre de santé pour dépistage et instauration de traitement
- Proportion de tuberculeux perdus de vue et absents au traitement retrouvés

En plus de ces indicateurs, le Plan stratégique sera évalué sur la base des indicateurs suivants :

Résultats attendus		Indicateurs
Résultat-1	D'ici à fin 2022, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sont offerts dans 90% des communes	- % des ASC et des RECO recrutés et contractualisés - % des communes où est opérationnalisée la santé communautaire
Résultat-2	D'ici à fin 2022, 90% des collectivités territoriales et des communautés s'impliquent et contribuent efficacement à la gestion des problèmes de santé de leur zone respective	- % des collectivités territoriales ayant inscrit et libérant une ligne budgétaire pour les ASC - % des réunions de coordination tenues au niveau communal sur la santé communautaire
Résultat-3	D'ici à fin 2022, 80% des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique de santé communautaire sont mobilisées	- Taux de mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire - Taux d'exécution du budget du plan stratégique
Résultat-4	D'ici à fin 2022, la gouvernance, le leadership et les capacités de gestion de la santé communautaire sont mis en place et renforcés tous les niveaux du système de santé (80% des réunions de coordination sont tenues)	- % de tenue des réunions de coordination du niveau central - % de complétude et promptitude des rapports

VI. APPROCHES DE PERENNISATION ET DE PERFORMANCES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

6.1 Stratégies de pérennisation (technique et financière)

6.1.1 Stratégie de pérennisation technique

Il s'agira de mettre en synergie une série d'initiatives qui vont concourir au maintien de l'acceptation/appropriation des services de santé communautaire au sein des populations d'une part et d'autre part maintenir des acteurs clés avec des capacités adaptés aux exigences de la santé communautaire et à l'évolution de la science. Les principales initiatives et mesures seront les suivantes :

- ⇒ La mobilisation sociale et la promotion de la participation citoyenne : les parties prenantes de cette initiative sont entre autres, les associations, les leaders religieux et coutumiers, les acteurs du secteur privé, les élus locaux, les membres des COSAH, les mécènes et les ressortissants y compris la diaspora. Ces acteurs portent la voix de la

communauté partout où les intérêts de celles-ci sont en jeu et participent aux décisions et aux actions de développement de la santé dans leurs communautés. Le Ministère a élaboré un document de *Stratégie de Mobilisation Communautaire*¹⁷ et enjoint les partenaires de respecter les principes et les démarches proposés dans ce dernier. La stratégie clarifie les rôles des organisations communautaires, les prépare à jouer leur partition dans l'identification des obstacles pour l'amélioration de la santé. Les liens entre les organisations communautaires, les services de santé, les ONG sont indiqués en vue de définir des stratégies locales à la résolution de leurs problèmes.

- ⇒ Le Dialogue social en santé au niveau communautaire : il se fera conformément au cycle d'action communautaire (CAC) qui est un modèle de mobilisation pour l'engagement actif des communautés pour la santé. Ce modèle comprend sept phases : a) La préparation à la mobilisation des communautés, b) l'organisation des communautés pour l'action, c) l'identification des problèmes et d'établissement des priorités, d) la planification des interventions avec la communauté, e) la mise en œuvre du plan, f) l'évaluation de la mise en œuvre du plan et g) le passage à grande échelle les expériences réussies. Dans le cadre de ce plan stratégique le Ministère de la santé en collaboration avec des équipes de mobilisation communautaire (EMC) organisera des fora en vue de promouvoir le dialogue social pour la santé. Il développera des mécanismes appropriés pour le renforcement des capacités des acteurs (formation des acteurs sur le leadership et sur le paquet minimum de santé dévolu aux acteurs communautaires...)
- ⇒ L'implication des acteurs traditionnels de santé et autres acteurs clés de la médecine traditionnelle afin de garantir une meilleure référence et aussi pour éviter la rétention des patients hors du circuit sanitaire habituel
- ⇒ Le maintien des capacités techniques des acteurs clés de la santé communautaire à travers les supervisions formatives et le recyclage des ASC et RECO
- ⇒ La mise en route de réformes qui vont toucher la création de la fonction publique locale, le développement graduel et suffisant des ressources humaines à travers la formation diplômante et continue de qualité des Agents de Santé communautaires, la pérennisation des financements pour la rémunération des ASC et RECO, l'approvisionnement en intrants et produits de santé (personnels formés, équipements, supervision et régulation).

6.1.2 Stratégie de mobilisation pérenne des ressources financières

La mise en œuvre pérenne de la santé communautaire requière une mobilisation conséquente et durable de ressources financières pour faire face aux salaires du personnel clé mais aussi pour soutenir le renouvellement des équipements, les produits de santé et les autres intrants liés à la réalisation des prestations de santé communautaire.

La mobilisation des ressources se fera via :

- Le Fond National de développement local pour les collectivités avec des directives claires sur les procédures de transfert de fonds;
- L'Agence Nationale de financement des collectivités locales (ANAFIC). Les partenaires techniques et financiers travailleront avec l'Agence sur les modalités de transfert des ressources liées à la santé communautaire
- La prise en compte des ressources financières nécessaires pour l'engagement des agents de santé communautaires selon les nouvelles mesures de la loi des finances
- L'intégration des ressources nécessaires pour la santé communautaire dans le budget communal conformément au Plan de Développement Local (PDL). Dans ce sens, le Ministère en charge de la santé collaborera avec le Ministère en charge des collectivités pour s'assurer que les activités sanitaires sont prises en compte dans le plan de développement local et sont en harmonie avec les politiques sectorielles. Les experts des Ministères techniques apporteront aussi l'éclairage pour le développement des budgets locaux et garantiront les convergences programmatiques et opérationnelles
- Redynamisation/mise en place des mutuelles de santé et l'implication des sociétés publiques et privées d'assurance maladie
- Mise en place d'un système d'appui au paquet de services essentiels de santé intégrés de la santé communautaire à travers le plaidoyer auprès des ressortissants y compris la diaspora.
- La concertation avec les partenaires au développement pour un apport financier orienté vers le déploiement graduel et massif des agents de santé au fur et à mesure que les écoles de santé communautaires produisent de nouveaux agents, et que l'optimisation des Agents Techniques de Santé avance sur le terrain
- Le plaidoyer et la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers pour appuyer le paquet de service intégré essentiel de la santé communautaire.

¹⁷ Guide Mobilisation des communautés pour la santé – Direction Nationale de la Médecine Communautaire et de la Médecine Traditionnelle

- L'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan global de mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire permettront d'identifier les potentialités de synergie pour réduire et rationaliser les dépenses et les financements innovants qui peuvent être mis à contribution. Les réunions périodiques de coordination avec les partenaires constitueront des opportunités pour établir la situation des financements, tirer la sonnette d'alarme en cas de nécessité et soutenir le plaidoyer pour la mobilisation effective des ressources financières promises ou potentielles.

6.2 Stratégies de renforcement de la performance de la santé communautaire

Dans les actions de mise en œuvre de la santé communautaire les stratégies suivantes contribueront au renforcement et au maintien de la performance de la santé communautaire :

- Supervision formative régulière des ASC et RECO avec recyclage en cas de besoin
- Mobilisation sociale et communautaire à travers un plan intégré de communication (PIC) afin de créer l'environnement à la santé communautaire et à l'utilisation des services offerts
- Mise en place du pipeline rural à travers la fonction publique locale. De ce fait, le personnel de santé communautaire automatiquement relèvera de cette fonction publique locale relevant des collectivités territoriales, ce qui contribuera au maintien durable sur place des compétences de base indispensables à la santé communautaire
- Mobilisation des ressources locales (autres moyens de fidélisation)
- Le renforcement des capacités des prestataires sur la gestion des produits de santé et intrants et la gestion financière de leur budget.
- Responsabilisation et implication des collectivités et des communautés locales
- Évaluation de la qualité des prestations de santé communautaire
- Implication et mobilisation des tradipraticiens de santé et autres acteurs clés de la médecine traditionnelle
- Bilan périodique, analyse des indicateurs et production de l'information stratégique
- Mise en œuvre de recherches opérationnelles pour améliorer la performance et la qualité de mise en œuvre
- Voyages d'étude et échanges d'expérience afin de s'inspirer des meilleures pratiques.

L'ensemble de ces actions sont inscrites dans les différentes actions prioritaires de ce Plan stratégique.

6.3 Gestion des risques opérationnels liés à la santé communautaire

Nature du risque	Mesures préventives	Mesures d'atténuation
Faible acceptation/appropriation par les populations des SBC et fréquentation effrénée des tradipraticiens de santé par les populations	Mise en œuvre d'activités de communication sociale sur la base du Plan intégré de communication	Organisation de fora communautaires dans les zones de forte réticence
Faible coopération des tradipraticiens de santé	Plaidoyer auprès des tradipraticiens de santé en droite ligne de la politique de la médecine traditionnelle	Organisation de rencontres de plaidoyer et de cadrage avec les tradipraticiens de santé
Faible importance accordée à la santé communautaire au niveau régional et district	Intégration des aspects d'opérationnalisation et de passage à l'échelle de la santé communautaire dans la lettre de mission des DRS, DPS et CCS	Rappel de l'importance de la santé communautaire comme priorité nationale (lettre de relance du Ministre)
Faible disponibilité des ressources humaines au niveau local ou déperdition	Mise en place d'un répertoire associé au SIG avec mécanisme de surveillance	Identifier le personnel concerné et organiser une réunion de rappel, de cadrage et de sanctions
	Assurer le suivi de la présence effective des agents sur le terrain à travers un mécanisme adapté	
Faible mobilisation ou mobilisation irrégulière des ressources financières	Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation et suivi régulier du niveau de financement	Organisation des forums de mobilisation des fonds Diversification des ressources de financement
	Sécurisation des financements de l'État et des collectivités	
Non harmonisation et non alignement des différentes initiatives sur la vision du ministère de la santé	Faire le plaidoyer pour l'harmonisation et l'alignement des initiatives sur la vision du Gouvernement	Rappel des nécessités d'alignement et d'harmonisation
Instabilité institutionnelle au sein du ministère de la santé qui peut faire perdre	Faire le plaidoyer pour faire inscrire la santé communautaire comme une priorité dans les documents de passation de pouvoir	Faire le plaidoyer pour la stabilité des financements de la santé communautaire

à la santé communautaire son statut de programme prioritaire		
Instabilité sociopolitique	Poursuivre le plaidoyer pour la poursuite des activités de santé communautaire	Poursuivre le plaidoyer pour la poursuite des activités de santé communautaire

VII. FEUILLE DE ROUTE POUR L'OPERATIONNALISATION DU PLAN STRATEGIQUE

Il s'agit des activités essentielles pour le démarrage de la santé communautaire.

Principales activités de la feuille de route	Responsable	Année 2019									
		Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
1. Validation du Plan opérationnel de mise en œuvre du Plan stratégique	DNSCMT	X									
2. Lancement de l'initiative	DNSCMT et MATD		X								
3. Élaboration et finalisation des modules de formation des ASC et RECO	DNSCMT	X	X								
1. Formation des formateurs des ASC et RECO	DNSCMT		X	X							
2. Formation des ASC et RECO	DNSCMT		X	X							
3. Acquisition et dotation des ASC et RECO en matériels de travail	UNICEF	X									
4. Acquisition et dotation des ASC et RECO en matériels de travail	CRS		X	X	X	X	X				
5. Reproduction des guides et outils de gestion de la santé communautaire	DNSCMT		X	X							
6. Intégration des indicateurs de santé communautaire dans le DHIS2	BSD			X							
7. Recrutement des ASC pour les 40 communes de convergence	MATD (DNSCMT)										
8. Recrutement des RECO pour les 40 communes de convergence	MATD (DNSCMT)										
9. Établir la base de données (répertoire SIG) des ASC et RECO	DNSCMT					X	X				
10. Élaborer le plan d’action détaillé de la subvention RSS	DNSCMT et CRS	X									
11. Élaborer un plan de passage à l'échelle pour les 60 autres communes pour l’année 2019	DNSCMT	X									
12. Évaluation de la première phase de mise en œuvre de la santé communautaire	DNSCMT								X		
13. Finalisation des modules de formation pour les écoles de formation des agents de santé	Service formation et perfectionnement du MS		X								
14. Formation des enseignants des écoles de santé communautaire sur la base des modules	Service formation et perfectionnement du MS			X	X						

VIII. BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE

Le budget global du plan stratégique est de 74 954 278 US\$ pour la période 2018-2022, réparti comme suit :

AXES STRATEGIQUES	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total Global	%
1. Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré	6 961 514	9 808 456	12 292 302	15 026 547	17 801 207	61 890 024	82,57%
2. Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris santé communautaire	713 366	452 396	364 240	364 240	364 240	2 258 482	3,01%
3. Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire	1 047 308	1 332 433	1 583 220	1 861 228	2 148 364	7 972 551	10,64%
4. Renforcement de la qualité, du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire	503 668	532 567	586 966	589 972	620 048	2 833 221	3,78%
Total en USD	9 225 856	12 125 852	14 826 728	17 841 987	20 933 859	74 954 278	100%

Le budget se présente comme suit par axe stratégique et par interventions prioritaires :

AXE STRATEGIQUE / INTERVENTIONS	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total Global	%
1. Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré	6 969 894	9 816 837	12 300 682	15 034 928	17 809 588	61 931 927	82,63%
1.1 Renforcement de l'offre du dispositif de santé communautaire	4 073 747	7 478 061	10 233 630	12 983 997	15 742 535	50 511 970	67,39%
1.2 Développement des outils de gestion de la santé communautaire	34 837	0	5 501	0	5 501	45 839	0,06%
1.3 Renforcement du pipeline rural	2 822	158 800	0	0	0	161 623	0,22%
1.4 Renforcement des liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle	11 944	115 836	32 965	32 965	32 965	226 673	0,30%
1.5 Renforcement et mise à niveau des écoles de formation en santé pour la santé communautaire	186 010	6 794	6 794	6 794	6 794	213 187	0,28%
1.6 Renforcement de l'offre de services intégrés et de qualité	2 615 540	1 987 418	1 987 418	1 987 418	1 987 418	10 565 211	14,10%
1.7 Amélioration de l'approvisionnement en produits et intrants de santé	38 858	10 800	10 800	180	10 800	71 438	0,10%
1.8 Renforcement des interventions à base communautaire en milieu urbain et semi-urbain	6 137	59 127	23 575	23 575	23 575	135 986	0,18%
2. Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris santé communautaire	713 366	452 396	364 240	364 240	364 240	2 258 482	3,01%
2.1 Mise en place de dispositif de protection et d'aide à l'accès aux services et de soins de santé communautaire pour les personnes démunies et indigentes	692 158	347 382	342 000	342 000	342 000	2 065 540	2,76%
2.2 Soutien à l'autonomisation des femmes, jeunes	21 208	105 014	22 240	22 240	22 240	192 942	0,26%

3. Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire	1 042 332	1 324 052	1 574 840	1 852 847	2 139 983	7 934 052	10,59%
3.1 Renforcement de la communication institutionnelle et sociale autour de la santé communautaire	44 511	26 278	30 366	34 455	38 543	174 152	0,23%
3.2 Renforcement de la mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire	16 994	19 743	18 745	20 714	22 682	98 877	0,13%
3.3 Renforcement du dispositif de coordination de la santé communautaire	980 827	1 278 030	1 525 729	1 797 679	2 078 758	7 661 023	10,22%
4. Renforcement de la qualité, du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire	500 264	532 567	586 966	589 972	620 048	2 829 817	3,78%
4.1 Renforcement de la supervision et de la qualité des interventions de santé communautaire	415 500	460 894	498 684	536 023	581 418	2 492 518	3,33%
4.2 Renforcement du dispositif de suivi évaluation de la santé communautaire	59 781	0	0	0	0	59 781	0,08%
4.3 Capitalisation et évaluation des performances de la santé communautaire	18 905	52 346	69 550	35 216	37 788	213 806	0,29%
4.4 Développement de la recherche en santé communautaire	6 078	19 327	18 733	18 733	842	63 712	0,09%
Total	9 225 856	12 125 852	14 826 728	17 841 987	20 933 859	74 954 278	100%

Le financement du Plan stratégique sera assuré par les ressources propres de l'État, la contribution des partenaires techniques et financiers et les ressources propres des communes. Une mobilisation active, une coordination des financements et un suivi de la mobilisation des ressources seront mis en œuvre afin de s'assurer que les besoins en ressources financières sont acquises sécurisées et utilisées de manière rationnelle et appropriée.

CONCLUSIONS

Ce plan stratégique est un outil d'accompagnement de la politique de la santé communautaire. Il est structuré en 3 axes stratégiques essentiels : 1) renforcer la gouvernance des institutions locales de santé 2) améliorer la performance du système de santé communautaire 3) contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables.

Les points clés demeurent : la professionnalisation des agents de santé, la mise en branle d'un paquet intégré, la rémunération des agents de santé, le mécanisme de financement qui le sous-tend et la capitalisation du dividende démographique avec option préférentielle pour les femmes et les jeunes. Les concepts du plan stratégique ont été clarifiés, les démarches tactiques et les pistes opérationnelles élucidées. Il nous reste qu'à avancer dans les plans opérationnels décentralisés spécifiques pour porter les services plus proches des communautés.

Pour ce faire, le gouvernement s'engage au travers des mécanismes institutionnels en place à supporter ce processus. En attendant que la fonction publique locale prenne forme et s'installe graduellement, le gouvernement dans le cadre des nouvelles mesures des lois des finances a prévu des provisions budgétaires pour engager un certain nombre d'agents de santé communautaires professionnels chaque année.

Le Ministère de la santé en appelle aux partenaires techniques et financiers, aux membres du secteur privé et à la société civile en général de jouer leur partition en rentrant dans la logique de ce plan. Sachant que la situation future désirée prenne du temps et nécessitera des défis financiers importants, il est prévu des dispositions transitoires qui permettraient de couvrir l'ensemble du territoire avec une réorganisation de l'existant et l'application du nouveau schéma tactique.

Le gouvernement continuera à dégager des ressources pour cette approche sur le moyen et le long terme. Au fur et à mesure que le pays produise de la richesse, la redistribution continuera au travers du financement local des services et surtout l'engagement progressif dans le recrutement et la rémunération des agents de santé communautaires professionnels.

Annexe-1 : Profil des Agents de santé communautaire

Selon l'OIT, un agent de santé communautaire est une personne ayant une formation diplômante qui fait de l'éducation sanitaire, de la référence, le suivi, la gestion des cas, les soins de santé préventifs de base et les services de visites à domicile à des communautés spécifiques.

En Guinée, un agent de santé communautaire est une personne ayant reçu une formation requise, dans une école accréditée, en soins de santé primaires, et chargée de délivrer un paquet défini de services de promotion, de prévention, de surveillance et de soins curatifs et réadaptatifs.

A cet effet, l'ASC est doté de compétences requises pour réaliser les interventions de santé communautaire telles que définies dans le paquet de services essentiels de santé intégrés. Il aura le profil suivant :

- Niveau de formation académique de base : Brevet d'Étude
- Formation structurée et diplômante dans une école de santé communautaire
- Être disponible et accepté par la communauté
- Être d'une probité morale
- Maîtriser la langue du terroir
- Être capable d'assurer la responsabilité de l'ensemble des activités liées à ses fonctions.

Durant la période de transition, les relais communautaires continueront à jouer le rôle des ASC.

Les domaines d'intervention de la santé communautaire sont : la promotion, la prévention, les soins curatifs de base, les références, notification des urgences, événements de santé publique et le rapportage. Les tâches de l'agent de santé communautaire sont à priori déterminées par les responsables sanitaires en accord avec la communauté et comportent au moins les éléments suivants :

- Faire un recensement / diagnostic communautaire;
- Soutenir et encourager l'enregistrement des naissances et des décès au niveau communautaire;
- Faire l'Éducation pour la santé dans la communauté;
- Réaliser les visites à domicile;
- Prodiguer des conseils nutritionnels à la communauté;
- Faire la promotion de la consultation prénatale;
- Faire la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgences;
- Faire la promotion de la planification familiale et des méthodes contraceptives;
- Faire la promotion de l'allaitement maternel;
- Faire la promotion de la vaccination;
- Faire la promotion de l'hygiène à tous les niveaux;
- Participer au déparasitage de la population;
- Orienter les personnes présentant des signes et symptômes de danger vers les services de soins adaptés;
- Accompagner les patients porteurs de maladies chroniques dans leurs traitements dans le cadre de la continuité des soins;
- Participer à la prévention des IST-VIH/SIDA;
- Conseiller la communauté sur la conduite à tenir en cas d'accident et de catastrophes naturelles;
- Assister les victimes en cas d'accident ou de catastrophes naturelles;
- Conseiller et aider les victimes de violences basées sur le genre;
- Faire la PCIMNE communautaire;
- Faire la mobilisation sociale dans la communauté;
- Faire la recherche active;
- Faire la promotion de l'accès à l'eau, hygiène et assainissement;
- Faire la surveillance à base communautaire.

Les tâches spécifiques et la mise en œuvre des interventions et activités seront consignées dans les modules de formation et les guides spécifiques des activités des agents.

La stratégie prévoit un ASC pour 10 relais communautaires.

Annexe-2 : Profil et tâches des relais communautaires (RECO)

Un relai communautaire est une personne formée, chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités de surveillance et de prévention selon le paquet de services défini. Sa formation est de courte durée (4 semaines), suivie d'applications pratiques. Il doit avoir le profil suivant :

- Être volontaire et prêt à servir dans sa collectivité
- Être 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,
- Être âgé de 18 à 50 ans
- Savoir lire et écrire en français
- Savoir parler la langue du terroir

La stratégie a retenu en zone rurale : 1 RECO pour 650 habitants, ou 1 RECO par secteur tandis qu'en zone urbaine : 1 RECO pour 1000 habitants.

Annexe-3 : Liste des produits de santé utilisables par les ASC/RECO

L'identification des produits de santé utilisables par l'ASC tiendra compte de la liste nationale de produits approuvés

- Contraceptifs y compris les préservatifs
- Misoprostol
- Amoxicilline dispersible 250 mg
- SRO/Zinc
- Ivermectine
- TDR
- Mebendazole
- CTA adulte, adolescent, petit enfant et nourrisson
- Pommade tétracycline
- Chlorhexidine gel 4%
- Gants
- Boîte de sécurité
- Chlore
- Paracétamol comprimé

Cette liste n'est pas exhaustive et définitive

Annexe-4 : Liste des outils des ASC

L'ASC disposera des supports/outils simplifiés sous forme de registre ou cahier pour :

- Enregistrer les activités quotidiennes curatives, préventives et promotionnelles
- Rapporter la gestion quotidienne des médicaments essentiels, MILDA, contraceptifs, déparasitant, vitamine A, etc.
- Rapporter la gestion financière quotidienne (recettes et dépenses) pour les médicaments non gratuits
- Rapporter périodiquement les données de surveillance épidémiologique sur les maladies à potentiel épidémique ou événement inhabituels.
- Rapporter mensuellement le bilan de son paquet intégré d'activités.
- L'ASC participera aux réunions mensuelles du centre ou du poste de santé pour le partage des informations collectées. Il réalisera le monitoring des interventions communautaires et participera également au monitoring semestriel du Paquet Minimum d'Activités (PMA) du centre ou du poste de santé.

L'ASC donnera des informations aux collectivités et participera aux réunions organisées par les autorités publiques non-sanitaires. Afin de maintenir leur engagement dans le processus.

Les données collectées dans l'outil intégré (cahier de l'ASC) doivent être analysées et utilisées pour la prise de décisions aux différents niveaux du système sanitaire national. Le rapportage de ces données s'intègre dans le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS).

Annexe-5 : Kits de travail des ASC

Équipements	Outils de gestion
- Caisse communautaire ou armoire - Sac à dos - Badge - Gilet/Dossard, Torche - Imperméable - Botte - Casquette, - Kit SRO (gobelet gradué de 1 litre, tasse et cuillères, Sceau de 20 litres avec couvercle etc...) - Mégaphone - Kit de lavage des mains - Téléphone - Tablette	- 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 - Boîte à image intégrée - Toise - Culotte pèse enfant - Balance Salter - MUAC - TIMER - Gants - Boîte de sécurité - Guide des messages, affiches, dépliants, flyers etc.

En plus de cela, les ASC seront dotés si besoin en était de motos ou de vélos pour faciliter leur déplacement.

Annexe-6 : Paquet de services intégrés des ASC/RECO

Santé Maternelle Activités préventives ✓ Sensibiliser les femmes, les familles, les communautés sur l'importance de : ✓ Vaccination; ✓ Consultation prénatale (CPN) et post natale; ✓ Soins prénataux et postnataux ✓ Lavage des mains, traitement de l'eau de boisson avec du chlore; ✓ L'abandon des MGF et autres formes de VBG; ✓ Les causes, les conséquences et la prévention des fistules obstétricales; ✓ L'utilisation des structures de soins; ✓ Les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et après ✓ Déclaration et notification des décès maternels, néonataux et riposte; ✓ Prévention de l'hémorragie du Post partum par l'administration du misoprostol; ✓ Identification des femmes souffrant de fistules obstétricales et les référer; ✓ La prévention des maladies (IST/VIH/Sida, PTME/TB, ...); ✓ Recherche active des perdus de vue; ✓ Les maladies et l'alimentation pendant la grossesse et le Post Partum; ✓ Identification et soutien aux victimes de VBG; ✓ Mobilisation des communautés pour le dépistage du VIH. Activités promotionnelles ✓ Promouvoir : • L'utilisation de sel iodé dans les ménages; • L'utilisation des MILDA;	Santé néonatale Activités préventives ✓ Vacciner les N-nés dès la naissance; ✓ Reconnaître les signes de dangers chez le N-Né pour référence; ✓ Déclarer et suivre l'enregistrement des naissances; ✓ Notifier les décès des nouveaux nés. Activités Promotionnelles ✓ Promouvoir l'allaitement maternel immédiat et exclusif jusqu'à 6 mois et l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans; ✓ Promouvoir la diversification alimentaire à partir de 6 mois et le complément alimentaire après 6 mois ✓ Promouvoir les soins kangourou pour les prématurés et les faibles poids de naissance. Activités curatives ✓ Soins au nouveau-né (soins des yeux, soins de l'ombilic...) Santé infantile Activités préventives ✓ Vacciner ; ✓ Diversifier l'alimentation; ✓ Supplémenter en vit A; ✓ Déparasiter ; ✓ Rechercher activement des perdues de vues pour la vaccination. Activités promotionnelles
---	---

• La PF (l'espace idéal des grossesses, méthodes modernes de contraception à longue durée d'action...); • Lavage des mains et l'assainissement du milieu; • L'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. ✓ Distribuer des contraceptifs (oraux et injectables); ✓ Conseiller les organisations communautaires sur les activités génératrices de revenus (AGR);	✓ Promotion des comportements clés favorables à la survie et au développement de l'enfant (allaitement maternel exclusif, vaccination, utilisation des aliments locaux, utilisation des MILDA, lavage des mains, évacuation hygiénique des excréta...); ✓ Promotion de l'utilisation du SRO/Zinc; ✓ Respect du calendrier vaccinal; ✓ Traitement de l'eau à domicile avec du chlore; Activités curatives ✓ Prise en charge intégrée des cas simples de paludisme, pneumonie et de diarrhée. ✓ Dépister et référer les cas de Malnutrition; ✓ Reconnaître les signes de dangers chez l'enfant et référence des cas graves de paludisme, diarrhée et de pneumonie;
Santé des adolescents et des jeunes Activités préventives ✓ Distribution des contraceptifs; ✓ Mobilisation sociale sur les conséquences des mariages et grossesses précoces; ✓ Mobilisation sociale et orientation sur la fistule obstétricale. Activités promotionnelles ✓ Promotion des actes interdisant et sanctionnant les VBG; ✓ Promotion du dépistage volontaire du VIH/Sida, du diabète et du cancer ✓ Promotion de l'abstinence; ✓ Promotion de l'utilisation de la PF (des méthodes contraceptives à longue durée d'action etc...), et des préservatifs Activités curatives ✓ Prise en charge intégrée des cas simples de maladies; ✓ Identification et référence des cas de VBG.	Santé des adultes et personnes âgées Activités préventives ✓ Mobilisation sociale pour le dépistage des maladies non transmissibles (l'hypertension, diabète, cancers, etc); ✓ Mobilisation sociale pour le dépistage volontaire des IST/VIH; ✓ Conseil, suivi et orientation vers les structures de soins ; ✓ Identification et orientation des cas d'ulcère de Buruli, lèpre, TB, onchocercose etc... ✓ Recherche des perdus de vue. Activités promotionnelles ✓ La lutte contre les facteurs favorisant les maladies non transmissibles (tabac, alcool, sel, sucre et graisse, sédentarité...) ✓ Promotion des préservatifs ✓ Promotion de l'approche One health (santé humaine, animale et environnementale) et le changement climatique; ✓ Promotion de l'ATPC. Activités curatives ✓ Prise en charge intégrée des cas simples de maladies; ✓ Suivi des malades sous traitement.
Surveillance épidémiologique au niveau communautaire ✓ Surveillance des maladies à potentiel épidémique (identification, notification et communication); ✓ Enregistrement des décès communautaires; ✓ Notification des cas de mort inhabituelle d'hommes et d'animaux	Environnement ✓ Identification et notification des événements climatiques extrêmes (inondation, précipitation, chaleur ou froid extrême, éboulement, sécheresse); ✓ Promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC); ✓ Promotion de l'hygiène alimentaire, individuelle et collective; ✓ Promotion de l'assainissement du milieu.

Annexe-7 : Tableau d'historique de la santé communautaire en Guinée

Année	Institutions d'appui	Activités	Localisation
1993	OCP/OPC	Traitement à l'Ivermectine sous directive communautaire (TIDC)	Mandiana et Mamou
1995	AGBEF	Distribution communautaire des contraceptifs non prescriptibles	Haute Guinée
1996	AGBEF	Élaboration de document de Stratégie Nationale des Services à Base communautaire	-
1997	AFRICARE	Initiative pour la sécurité alimentaire / Initiative pour la santé maternelle	Dinguiraye / Dabola
1997	FAMPOP/USAID/AGBEF/PSI	Distribution communautaire des contraceptifs non prescriptibles	Haute Guinée / Guinée Forestière
1997	AGBEF	Développement des services de la santé sexuelle et reproductive	FoutaDjallon
1997	Save the Children	Survie et développement de l'enfant	Mandiana / Kouroussa

Année	Institutions d'appui	Activités	Localisation
1998	PRISM16 ¹⁸	Renforcement des interventions en Santé Maternelle et Infantile	Haute Guinée / Guinée Forestière
2000	ADRA	Initiative pour la Santé Maternelle et Infantile	Siguiri
2000	Programme MSR	Mise en œuvre de la Stratégie SONU MURIGA	Dabola, Mandiana et Siguiri
2000	Agences des Nations Unies / USAID, Banque mondiale	Mise en œuvre de la PCIMNE Clinique et communautaire	L'ensemble du territoire
2001	AFRICARE	Initiative pour la sécurité alimentaire	Dinguiraye / Dabola
2001	ADRA	Projet de Nutrition	Conakry
2001	GTZ	Lutte contre le VIH/SIDA	Faranah, Labé, Mamou
2003	OMS	Volet communautaire du Programme Bucco-dentaire	L'ensemble du territoire
2003	Banque Mondiale	Projet IST/VIH/SIDA	L'ensemble du territoire
2003	CNLS	Prévention des IST/VIH	L'ensemble du territoire
2003	MSFOCB	Projet IST/VIH	Conakry
2004	HKI	Renforcement Nutritionnel des Femmes enceintes	Kankan / Faranah
2005	HKI	Sécurité Alimentaire	Pita / Téliélé
2006	Plan Guinée/ AGBEF	Santé reproductive et sexuelle communautaire durable	Guinée Forestière
2006	AGBEF / HKI	Onchocercose / Santé de la Reproduction	L'ensemble du territoire
2006	Fonds Mondial	Prise en charge communautaire de la tuberculose	Forécariah
2009	GTZ Santé	Santé de la reproduction et droit de la femme	Faranah, Labé, Mamou
2009	UNFPA/ AGBEF	Service de Planification Familiale à base communautaire	Basse et Moyenne Guinée
2012	JHPIEGO	Introduction de Depo-Provera (Agents communautaires)	Mandiana
2012	MSF/OCG	Prise en charge communautaire du paludisme	Guéckedou
2012	USAID/HKI	Traitement de masse de Filariose et Onchocercose	L'ensemble du territoire
2013	UNFPA/UNICEF/AGBEF/GIZ	Introduction de la PF, CPN, VIH et VBG dans le paquet intégré des SBC	L'ensemble du territoire
2014	Ministère de la santé/PTF	Surveillance à base communautaire de la MVE	L'ensemble du territoire

Annexe-8 : Tableau des interventions de santé communautaire en cours

Agence de mise en œuvre	Partenaires	Activités	Zones d'intervention
CRS, PNLP, PNLAT, PNPCSPV/VIH, MS, FMG, AGBEF, Plan Guinée, PSI	FM	Prévention, promotion et prise en charge du Paludisme, VIH et Tuberculose et RSS	L'ensemble du territoire
RTI /StopPalu	USAID	Prévention, promotion et prise en charge du paludisme	Conakry, Kindia, Boké, Labé, Mamou et Dinguiraye
JHPIEGO/HSD	USAID	Mobilisation communautaire pour la PF et PCIMNE	Boké, Kankan, Labé, Kindia, Faranah, Conakry
PNLP	PMI	Prévention, promotion et prise en charge du paludisme	Conakry, Kindia, Boké, Labé, Mamou et Dinguiraye
DND/DNDL/PACV, Communes de Guinée	UNICEF	Engagement communautaire y compris la redevabilité en faveur de la santé maternelle et infantile	Couverture nationale avec accent sur les 40 communes de convergence
PASSP	BM	Approche intégrée de prise en charge des problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile	Régions Labé, Faranah
MSF	MSFOCB	VIH, Paludisme et malnutrition	Conakry, Kouroussa
IMC, OIM, RTI	ANSS	Surveillance à base communautaire	Ensemble du territoire
GIZ/ PSRF	GIZ	Santé Sexuelle et Reproductive	Région Mamou, Kindia, Labé et Faranah
PASA (MS, UNICEF Terre des Hommes)	UE	Santé maternelle, néonatale et infantile et la gouvernance en santé et Renforcement des collectivités locales	Conakry, Kindia et N'Zérékoré
AGBEF	UNFPA	SR/PF/ Genre	Conakry, Kindia, Mamou, Labé, Kankan, et N'Zérékoré
ANSS/DPS	OMS	Surveillance à Base Communautaire, PEV, PCIMNE, WHO-PEN, Communication de risque	L'ensemble du territoire
CNLS	ONUSIDA	Plaidoyer, Gouvernance et Mobilisation des ressources	L'ensemble du territoire

¹⁸Projet pour le renforcement en santé maternelle et infantile

Annexe-9 : Références bibliographiques

- 1- Ministère de la Santé en Guinée : Politique Nationale de la santé communautaire
- 2- Politique Nationale de Promotion de la Santé
- 3- Rapport de la Cartographie des Agents de Santé Communautaire et les structures de Sante en Guinée
- 4- Ministère de la santé, Cadre de mise en œuvre de la santé communautaire, Février 2017
- 5- Ministère de la Sante, Expérience de la santé communautaire enGuinée
- 6- Ministère de Santé, Direction nationale de la prévention et de la santé Communautaire, cadre de référence de l'organisation et du fonctionnement des comités d'hygiène
- 7- Ministère de Santé, Direction nationale de la prévention et de la santé Communautaire, Réunion de plateforme du 29 Septembre
- 8- Curriculum de formation des agents communautaires
- 9- Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la Couverture Sanitaire Universelle en Guinée
- 10- Formation et Insertion au Travail des Agents de Santé communautaire
- 11- Catalogue National des Indicateurs du Secteur de la Santé
- 12- Document de Politique Nationale, Recherche pour la sante
- 13- Rapport de l'Atelier d'intégration et d'harmonisation du programme de Formation structurante et diplômante
- 14- Projet Médicaments pour Tous
- 15- Ministère de la sante. Direction Nationale de la Sante Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Stratégie de mobilisation des communautés pour la santé
- 16- Qualitative assessment of MNH and Ebola-related services by Community Health workers during the 2014 - 2016 Ebola outbreak in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Findings from Guinea
- 17- République du Sénégal Plan Stratégique National de Santé Communautaire
- 18- Amélioration de l'accessibilité des populations à un système de santé à base communautaire de qualité intégrant l'approche de fidélisation du personnel de santé en zone rurale (« Pipeline Rural »). OMS
- 19- Améliorer les mécanismes de mobilisation des communautés pour la santé pour un changement de comportement durable
- 20- Termes de référence pour une réunion de coordination des partenaires impliqués dans la sante communautaire. : État des lieux et harmonisation des interventions a base communautaire. Structures de Dialogue.
- 21- Étude sur la conception et plan de décentralisation et de déconcentration et son application au secteur de la sante. FWC Bénéficiaires – Europe AID
- 22- A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low and middle-income countries. David Mc, Coy. Jenifer A. Hall
- 23- Intégration Sociale, Participation et autonomisation des communautés GIZ
- 24- Country Case Study, Ethiopia human Resources for Health Program
- 25- Health Extension workers in Ethiopia: Improved access and coverage for the rural poor. Nejmuudin Bilal, Christophher Herbst
- 26- Les Agents de santé communautaire : Effet des incitations et des dés incitations sur leur motivation, le maintien en poste et la durabilité. BASICS II
- 27- The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Dean B. Carson
- 28- The rural pipeline to longer-term rural practice: General practitioners and specialists. Marcella M. S Kwan.
- 29- Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives
- 30- Programme d'agents de sante communautaires dans la région africaine de l'OMS : Données factuelles et options – Note d'orientation. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. 2017
- 31- Grille de supervision par niveau
- 32- Manuel de référence simplifié, formation de l'Agent de sante communautaire
- 33- Modèle d'interventions de l'UNICEF en Guinée (One pager)
- 34- Guide de supervision formative : Schéma Directeur des approvisionnements et de la distribution des médicaments essentiels du mali; Niveau communautaire
- 35- Ressources Humaines pour la santé et mise en œuvre des conclusions de la Commission de Haut niveau des nations unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et de la croissance économique. World Health Assembly. 70ieme assemblée mondiale de la sante.
- 36- Republic of Rwanda, Ministry of Health. Home-based. Maternal and Child Care.
- 37- Étude de faisabilité de l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre des services à base communautaire dans les districts sanitaires de Dabola et de Koubia, République de Guinée
- 38- Ministère de la Sante. République de Guinée. Direction de la Sante Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Rapport Annuel 2016.
- 39- USAID Guinea. Country Development Cooperation strategy. 2015 – 2020
- 40- Estimation des couts de Sante familiale 2017
- 41- Ministère de la sante : Costing du plan stratégique pour la sante de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, Adolescents et Jeunes 2016 -2020.

- 42- République de Guinée. Ministère de la Sante. Cartographie des intervenants et des interventions du secteur de la sante. Septembre 2017.
- 43- Cartographie. Outils de collecte de données. Guinée.
- 44- République de Guinée. Ministère de la sante. Plan National de Développement Sanitaire. PNDS. 2015 – 2024
- 45- République de Guinée. Ministère de la Sante. Directives Nationales de Planification Sanitaire.
- 46- Guide d'orientation sur les couts unitaires des interventions et du calcul des indicateurs pour une planification et une budgétisation basée sur les résultats du secteur de la sante
- 47- Compte Rendu de l'atelier de mise en place d'une plateforme de pilotage du plan de décentralisation et de déconcentration (Plan 2D) dans le secteur de la sante.
- 48- Ministère de la Sante. Bureau Stratégie et Développement. Division Information Sanitaire et Recherche. Section Statistiques et Informations Sanitaires. Rapport mensuel de l'activité des Agents de santé communautaire