

République de Guinée

Travail-Justice-Solidarité



MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

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

POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Conakry, Décembre 2012

PRÉFACE

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

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

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

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

Je voudrais saluer les efforts louables des cadres des départements ministériels et ceux des Partenaires Techniques et Financiers qui ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce document.

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

Dr Edouard Niankoye LAMA

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Sigles et abréviations

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

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

Sommaire

1	CONTEXTE GÉNÉRAL	9
1.1	Données Physiques	9
1.2	Données géographiques	9
1.3	Données démographiques	9
1.4	Education	10
1.5	Organisation administrative	10
1.6	Situation économique	10
1.7	Structure générale du Système de Soins	12
1.8	Ressources du secteur	12
1.8.1	Infrastructures sanitaires	12
1.8.2	Ressources humaines	13
1.8.3	Ressources financières et financement du secteur	14
1.9	Médecine traditionnelle	14
2	Analyse de la situation de la Santé Communautaire	15
2.1	Historique.....	15
2.2	Points forts	19
2.3	Points à améliorer	19
2.4	Menaces	20
2.5	Opportunités.....	20
3	Orientations stratégiques	21
3.1	Vision	21
3.2	Principes	21
4	Objectifs	22
4.1	Objectif général :	22
4.2	Objectifs spécifiques.....	22
5	Axes stratégiques	23

5.1	Responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de la population en général, et de la mère et de l'enfant en particulier.	23
5.1.1	Diagnostic participatif communautaire	23
5.1.2	La communication pour le changement de comportement impliquant le partage d'informations, d'expériences, et de vécus entre professionnels de santé et population.	23
5.1.3	La mise en place d'un système de gouvernance locale de la santé.	23
5.1.4	Le renforcement des compétences des différents acteurs et responsables à tous les niveaux. 24	
5.1.5	L'appropriation de la politique et des stratégies globales de santé communautaire par la communauté.....	24
5.1.6	La mobilisation de ressources humaines, financières et matérielles.	24
5.2	Augmenter l'accès et l'utilisation des prestations de santé au niveau de la communauté -----	24
5.2.1	La définition des domaines d'intervention de la santé communautaire : la promotion, la prévention, le curatif, et les références/urgences.	24
5.2.2	Le développement des paquets d'activités communautaires	25
5.2.3	L'organisation des services de santé communautaire	25
5.2.4	Mécanisme d'approvisionnement et de réapprovisionnement en produits de santé	26
5.2.5	Amélioration de la qualité de services.	26
5.2.6	Evaluation des actions sanitaires.	26
5.3	Harmoniser les interventions sanitaires au niveau de la communauté.....	26
5.3.1	La coordination des interventions	26
5.3.2	La standardisation	27
5.3.3	L'intégration des données communautaires dans le Système National d'Information et de Gestion sanitaire(SNIGS)	27
5.3.4	Le suivi, la supervision et l'évaluation des activités communautaires :.....	27
5.3.5.1	Agent de Santé Communautaire (ASC)	28
5.3.5.2	Agent Technique de Santé (ATS) ou Agent de Santé Communautaire	28
5.3.7.1	Motivation/Rémunération	29
5.3.7.2	Motivation/rémunération par l'Etat	29
5.3.7.3	Motivation/Rémunération par la communauté	29

5.3.7.4 Motivation/Rémunération à l'acte	29
5.3.7.5 Autres formes de motivation complémentaires	29
5.4 Développement de la Recherche et la Vulgarisation des Bonnes Pratiques	30
6 Cadre de Mise en œuvre de la Politique de Santé Communautaire.....	30
6.1 Gestion et coordination.....	30
6.2 Niveau National :.....	30
6.3 Niveau Régional et District.....	30
6.4 Niveau Communautaire :	30
6.5 Collaboration Intra et Intersectorielle	31
6.6 Mécanisme de concertation et de partage d'information	31
7. Processus de sélection de l'Agent de Santé Communautaire	31
7.1 Critères de choix d'un agent communautaire de santé.....	31
7.2 Choix d'un Agent de Santé Communautaire	31
7.3 Tâches de l'Agent de Santé Communautaire.....	32
7.4 Outils et Kit de travail	32
7.5 Lieu de prestation des ASC	33
7.6 Formation de l'Agent de Santé Communautaire (ASC).....	33
8. Suivi/ Evaluation	33
Annexe N°1 : Définition des termes.....	34
Référence bibliographique.....	42

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

1 CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1 Données Physiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre le 7° et 12° latitude nord et le 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

1.2 Données géographiques

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

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

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

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

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

1.3 Données démographiques

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

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

Tableau N° 1: Quelques indicateurs sociodémographiques

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

Source : EDS 2005

1.4 Education

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

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

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

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

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

1.5 Organisation administrative

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

1.6 Situation économique

La Guinée fait face à une situation socio-économique très difficile. L’indice du développement humain n’a pas positivement évolué ces deux dernières années et classe le pays 160ème rang sur 177 pays en 2008, reflétant ainsi la stagnation et la faible performance socioéconomique du pays. La population de la Guinée est estimée à 10.000.000 habitants en 2009 avec un taux d’accroissement annuel de 3,1%. Le pays est fortement marqué par

l'augmentation de la pauvreté de sa population dont 54 % vivent en dessous du seuil de 1.2 \$US par jour. Le Pays s'est doté d'une Stratégie de réduction de la Pauvreté (DSRP) dont les 3 principaux axes stratégiques sont en adéquation avec les 5 axes prioritaires de l'UNDAF 2007 - 2011 : (1) Amélioration de la Gouvernance et renforcement des capacités institutionnelles et humaines ; (2) Accélération de la croissance économique et élargissement des opportunités d'emplois décents et de revenus pour tous ; (3) Amélioration de l'accès et de la qualité des services sociaux de base.

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

1.7 Situation Sanitaire de la Guinée

Etat de santé de la population :

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

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

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

Selon l'analyse de la situation des enfants et des femmes réalisée en 2011 par l'UNICEF, depuis 1999, la couverture vaccinale continue de s'améliorer. La proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV est passée de 32 % en 1999 à 38 % en 2008. Cette analyse montre qu'un enfant de moins de cinq ans sur trois (33,4%) souffre d'une infection respiratoire aiguë. Sur 1000 naissances vivantes, 91 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (39 pp mille entre 0 et 1 mois et 52 pp mille entre 1 et 12 mois) ; tandis 163 décèdent avant leur 5^{ème} anniversaire.

Les accouchements dans les Centres de santé sont encore minimes (40%) contre 60 % des naissances à domicile. Cette proportion a toutefois légèrement diminué depuis 2005 en passant de 69% à 60%. La mortalité maternelle reste très élevée à 980 décès pour cent mille naissances vivantes.

Tableau N°2 : Tableau comparatif des couvertures vaccinales chez les enfants de 12-23 mois

Régions	BCG 2007	BCG 2011	Polio3 2007	Polio3 2011	Penta3 2007	Penta 3 2011	Rougeole 2007	Rougeole 2011	F.Jaune 2007	F.jaune 2011
Boké	72,2	79	40,7	40	46,5	41	37,4	32	28,6	42
Conakry	97,9	84	61,5	46	64,7	46	62,2	36	47,9	44
Farannah	89,3	78	44	28	58,8	29	62,5	22	43,3	31
Kankan	68,3	54	31,4	19	34,4	20	41,9	14	25,9	14
Kindia	83,6	69	50,9	33	61,7	34	63,9	21	55,2	26
Labé	76,5	69	26,5	33	33,1	34	30,4	26	20,2	46
Mamou	85,4	54	44,4	25	59,1	26	56,6	22	39,9	26
N'Zérék	84,1	75	49	33	56,3	35	61,7	25	51,3	32
Guinée	82,1	62	43,5	32	51,9	33	52,5	25	39	33

Source : données de l'enquête de couverture 2011

1.7 Structure générale du Système de Soins

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

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

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

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

1.8 Ressources du secteur

1.8.1 Infrastructures sanitaires

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

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

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

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

Le secteur pharmaceutique et biomédical est composé de 408 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires.

Tableau N° 3 : Typologie du Système de Santé

N°	Désignation	Nombre de structures
1	Postes de santé	936
2	Centres de santé	406
3	Hôpitaux préfectoraux/CMC	41
4	Hôpitaux Régionaux	7
5	Hôpital spécialisé	1
6	Hôpitaux Nationaux	2
7	Cliniques Privées	19
8	Cabinets de soins	246
9	Officines	408
10	Points de vente	40
11	Laboratoires	10

Source : *Rapports statistique BSD/PEV/SSP/ME*

1.8.2 Ressources humaines

L'ensemble des structures sanitaires du pays emploie 13384 travailleurs dont 11529 professionnels de la santé correspondant à 86% des travailleurs (MSHP, 2009).

La répartition selon le genre respecte celle de la population générale (51% des femmes contre 49% d'hommes. Ces proportions ne varient pratiquement pas lorsque seuls les professionnels de la santé sont pris en compte (52% et 48%). L'âge moyen est de 45,3ans. Le secteur public renferme l'essentiel de ces ressources humaines,

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

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

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

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

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

Tableau N°4 : Situation des Ressources Humaines de santé par catégorie et par Région

N°	Lieux	Catégories		Total
		Professionnels	Non professionnels	
1	Boké	660	187	847
2	Conakry	6364	1040	7404
3	Faranah	689	92	781
4	Kankan	644	6	650
5	Kindia	1030	188	1218
6	Labé	779	208	1007
7	Mamou	522	123	645
8	N'Zérékoré	841	19	860
Total		11529	1855	13384

Source : Recensement du personnel de la santé 2009

1.8.3 Ressources financières et financement du secteur

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

Selon les estimations, en 2009, la dépense totale de santé/habitant représenterait en 2009 150.000 GNF environ, soit une somme entre 15 et 18 €, et plus 200.000 GNF en 2010 soit près de 20 €. Le ratio des dépenses totales de santé/PIB serait d'environ 4%. Ce chiffre qui semble être sous évalué dû à une sous-estimation des dépenses de ménages en produits de santé, est légèrement inférieur à celui du Burkina 5,8, du Mali 5,9%, et du Sénégal 5,3% ; il est presque le 1/3 du ratio dépenses totales/PIB du Ghana (13,9). Cependant, une revue des dépenses du secteur de la santé de la Guinée faite en 2003 et portant sur l'année 2001 estimait déjà les dépenses de santé à 34 USD (25 €) par tête d'habitant.

Les données des dépenses de santé par tête d'habitant de certains pays de la sous-région sont de 22 € pour le Bénin, 23 € pour le Burkina, 24 € pour le Mali, 17 € pour le Niger, et 28 € pour le Sénégal [Analyse situationnelle du secteur de la santé, 2011].

1.9 Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle en Guinée constitue une branche non négligeable de la santé qui attire une majorité de la population pour les soins. Elle constitue un premier recours pour la plupart des catégories socioculturelles du pays. La médecine et la pharmacopée traditionnelles restent très peu organisées en Guinée. Le nombre des tradithérapeutes augmente de façon continue et les chiffres disponibles ne sont pas fiables. Pour améliorer cette situation, le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique a mis en place une division médecine traditionnelle pour organiser et coordonner leurs interventions. Plusieurs démarches scientifiques sont en cours pour l'introduction progressive des acquis de la médecine et la pharmacopée traditionnelle dans le système de santé. IL est à noter que malgré ces capacités d'attraction, ce secteur mérite une plus grande attention pour son développement.

2 Analyse de la situation de la Santé Communautaire

2.1 Historique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le but de développer ces interventions communautaires, le Ministère de la Santé en collaboration avec les partenaires a élaboré des documents et mis en œuvre des approches dont entre autres :

- En 1995, le Ministère de la Santé en collaboration avec l'AGBEF sous financement de l'USAID, a lancé le premier projet pilote de distribution communautaire des préservatifs avec 50 agents communautaires en Haute Guinée.
- En 1996, l'AGBEF sous le financement de l'USAID par le canal de PSI/Guinée en collaboration avec le Ministère de la Santé, a élaboré un premier document de stratégie Nationale des services à base communautaire (SBC).
- En 1997, après l'évaluation de la phase pilote du projet « FAMPOP », il ya eu extension du projet dans les régions de la Haute et de la Guinée Forestière avec 1200 agents communautaires.
- De 1997 à 2003, l'initiative pour la sécurité alimentaire a été mise en œuvre dans les préfectures de Dinguiraye et l'initiative pour la santé maternelle et infantile dans la préfecture de Dabola par les agents communautaires sous financement de l'USAID exécuté par AFRICARE
- De 1997 à 2003, le projet vision 2000 pour le développement des services de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Fouta Djallon a été mis en œuvre par l'AGBEF sous financement de l'IPPF.
- De 2000 à 2007, mise en œuvre de la stratégie SONU MURIGA dans les districts sanitaires de Dabola, Madiana et Siguiri.
- De 2000 à 2012, mise en œuvre de la PCIMNE au niveau national avec l'appui technique et financier de l'OMS, l'UNICEF, USAID/BASICS, PRISM, SAVE THE CHILDREN, Plan Guinée, JHPIEGO/MCHIP, Faisons Ensemble, Banque Mondiale, UNFPA.
- 2003-2008, Mise en œuvre du Programme National de Santé Bucco-dentaire dans le volet communautaire pour la prévention des maladies orales.
- En 2003, mis en œuvre du projet d'Education Sexuelle (ESI) sur les IST/VIH/SIDA dans les quatre régions naturelles par le Programme Multisectoriel (PMS) de la Banque Mondiale.
- De 2000 - 2005, l'initiative pour la santé maternelle et infantile, a été mise en œuvre dans la préfecture de Siguiri par ADRA avec les agents communautaires sous financement de l'USAID.
- De 1998 - 2006, le projet pour le renforcement des interventions en Santé Maternelle et infantile (PRISM) a été mis en œuvre avec les agents communautaires et les pairs éducateurs dans les régions de la Guinée Forestière et de la Haute Guinée sous le financement de l'USAID.

- De 1998 - 2007, « Save the Children » a mis en œuvre un projet de santé de la reproduction par les agents communautaires dans les préfectures de Mandiana et de Kouroussa sous financement de l'USAID.
- De 2001 - 2007, l'initiative pour la sécurité alimentaire de Guinée, a été mise en œuvre dans les préfectures de Dinguiraye et Dabola avec les agents communautaires sous financement de l'USAID par AFRICARE.
- De 2004 - 2008, mise en œuvre de programmes de renforcement nutritionnel des femmes enceintes (FARNG) par HKI sous financement de l'USAID dans les régions administratives de Kankan et de Faranah avec l'appui des agents communautaires.
- De 2005 - 2009, mise en œuvre de projet de sécurité alimentaire dans les préfectures de Pita et de Téliélé par OIC/HKI sous financement de l'USAID.
- De 2001 - 2006, mise en œuvre du projet de nutrition dans la ville de Conakry par ADRA avec l'appui des agents communautaires urbains.
- De 2001 - 2009, le programme Santé et lutte contre le VIH/SIDA a été mis en œuvre en partenariat avec la GTZ dans les régions administratives de Faranah, Labé et Mamou.
- 2009 - 2012, mise en œuvre du programme santé de la reproduction et droit de la femme avec la GIZ dans les régions administratives de Faranah, Labé, Mamou et dans les sites miniers de la Guinée.
- En 2006, mise en œuvre du projet de santé reproductive et sexuelle communautaire durable en région forestière de la Guinée sous le financement de plan Guinée
- 2009 - 2011, le Développement des Services de PF à Base Communautaire dans 43 Sous / Préfectures et 04 Communes urbaines SONU/MURIGA en Basse et en Moyenne Guinée sous le financement de l'UNFPA.
- De 2006 - 2012, mise en œuvre du projet Onchocercose – Santé de la Reproduction dans les zones du programme Onchocercose en Guinée avec 4300 agents communautaires ou distributeurs communautaires par AGBEF/HKI.
- En 2012, mise en œuvre du projet pilote d'introduction du Depo-Provera dans le paquet d'activités des agents communautaires de santé dans la préfecture de Mandiana exécuté par MCHIP/JHpiego sous financement de l'USAID.

Toutefois, les résultats obtenus de ces interventions communautaires n'ont pas permis d'influencer plus efficacement la santé des populations, surtout celle des enfants et des femmes.

L'analyse de la situation basée à partir de l'Enquête Démographique et de Santé montre que :

- la mortalité maternelle reste très élevée et les tendances observées depuis 1992 situent le pays en dessous de la moyenne de l'ensemble de l'Afrique de 980 pour 100 000 naissances vivantes.
- la mortalité infanto-juvénile reste élevée à 163 pour 1000 naissances vivantes soit un enfant sur six meurt avant son 5ème anniversaire,
- la prévalence contraceptive est de 9% pour toutes méthodes confondues et 6% pour les méthodes modernes,
- le taux d'accouchement assisté reste faible (38%) alors que le nombre de sages femmes en activité ne fait que baisser ;
- les pratiques néfastes persistent comme l'excision (96% des femmes excisées) et, seulement 27% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein. (EDS 2005)

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Points forts

Le soutien des activités des agents de santé communautaires à tous les niveaux du système est un gage de succès. En Guinée, la volonté politique exprimée par l'adoption et la relance des soins de santé primaires, la création d'une Direction Nationale de la Santé Communautaire constituent autant de paramètres de développement de la santé communautaire. On peut citer entre autres points forts :

- Engagement des partenaires à soutenir le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- Engagement de la communauté à prendre en charge ses problèmes de santé
- Existence et mise en œuvre d'un plan national de développement sanitaire
- Création d'une direction nationale de prévention et de la santé communautaire
- Existence des agents communautaires (AC)
- Existence des interventions communautaires mises en œuvre par des programmes, projets et ONGs nationales et internationales ;
- Existence des documents de formation pour la promotion de la santé
- Existence d'un partenariat multisectoriel en faveur de la santé
- Existence d'une politique pharmaceutique nationale
- Mise en place des structures communautaires (comité de santé et d'hygiène)
- Existence d'une stratégie nationale de santé de la reproduction
- Existence d'un service national de promotion de la santé
- Existence d'un document de déclaration de politique de médecine traditionnelle

2.3 Points à améliorer

Plusieurs approches communautaires ont été développées en Guinée pour réduire les déficits engendrés par le système de santé. Malgré cette tentative de résolution des problèmes d'accès et de qualité des prestations de soins, divers points restent à améliorer, ce sont entre autres :

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

- Résistance des professionnels de la santé à la responsabilisation communautaire ;
- Faible intégration de la médecine traditionnelle dans la santé communautaire

2.4 Menaces

En terme de menace, il cite l'instabilité politique, les conflits sociaux et le développement de la pratique illicite de la médecine et de la pharmacie (docteurs traditionnels, vendeurs ambulants de produits de santé).

2.5 Opportunités

Diverses conditions favorables sont réunies pour réaliser la politique nationale avec succès dans le pays, parmi lesquelles il peut citer :

- Adoption de la lettre de politique nationale de décentralisation et développement local ;
- Existence d'un code des collectivités locales
- Volonté des partenaires techniques et financiers à accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.

3 Orientations stratégiques

3.1 Vision

Notre vision est une société dans laquelle tous les Guinéens sont en bonne santé.

3.2 Principes

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

1. *La pérennisation des acquis:* Les acquis les plus importants du secteur depuis 1985, sont en rapport avec les soins de santé primaires, la réforme hospitalière et la politique pharmaceutique. Les actions entreprises dans ce cadre ont permis l'amélioration de la couverture sanitaire, la diversification des soins au niveau des structures, l'intégration des activités préventives, curatives et promotionnelles au niveau des services de santé de base, et la promotion des médicaments essentiels génériques. Ces stratégies seront renforcées au cours de la décennie à venir.

2. *L'accès universel aux soins et aux services pour tous:* Ce principe conduira à la réorganisation des services de soins et à faire en sorte que les nouveaux investissements en tiennent compte en vue d'une répartition équitable des ressources (structures de soins, ressources humaines, ressources financières).

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

3. *La lutte contre la pauvreté :* Les interventions pour les 10 ans à venir doivent s'inscrire dans la stratégie globale de réduction de la pauvreté, par le ciblage des populations les plus vulnérables (enfants, femmes, jeunes, population des zones réputées de forte pauvreté).

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

5. *La nécessité de la collaboration intersectorielle et de la participation des usagers et des communautés* dans un cadre de *partenariat* sera constamment prise en compte, en vue d'optimiser l'utilisation des ressources et maximiser les bénéfices tout en contrôlant les coûts.

6. *Représentation*

Il appartient à la communauté de choisir elle-même ses représentants auprès des services et/ou structures d'administration et de santé, à travers des élections libres et transparentes.

7. *Equité*

La communauté s'assure que tous ses membres y compris les plus vulnérables, pauvres ou marginalisés expriment librement leurs points de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient à toutes actions de développement sanitaires qui les concernent.

8. *Transparence*

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

9. *Ethique*

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

10. Intégrité

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

11. Dialogue

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

12. Participation de la communauté

La communauté prend une part active au bon déroulement et à la pérennité des interventions de santé menées pour le bien-être de ses membres à travers une implication sociale, technique et financière.

13. Appropriation

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

14. Décentralisation

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

15. L'intégration

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

16. Responsabilisation des autorités

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

4 Objectifs

4.1 Objectif général :

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la communauté.

4.2 Objectifs spécifiques

1. Développer des interventions à base communautaire
2. Améliorer la qualité des prestations de services de santé au niveau communautaire
3. Augmenter l'accès et l'utilisation des prestations au niveau communautaire
4. Renforcer le partenariat et la responsabilisation communautaire

5 Axes stratégiques

Les grandes orientations stratégiques au niveau communautaire :

1. La responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de la population en général, de la mère et de l'enfant en particulier ;
2. L'augmentation de l'accès et l'utilisation des services de santé;
3. L'harmonisation et la coordination des interventions socio-sanitaires ;
4. Le développement de la recherche opérationnelle et la vulgarisation de bonnes pratiques.

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

La responsabilisation est un processus qui consiste à aider la communauté à s'organiser de façon à constituer une base viable pour la gestion, la protection et la promotion de sa propre santé en participant d'avantage au processus gestionnaire au niveau local [Document stratégie de relance des SSP, vision et postulat avril 2010].

5.1.1 Diagnostic participatif communautaire

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

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

Cette communication vise la promotion, l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé.

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

5.1.3 La mise en place d'un système de gouvernance locale de la santé.

Il est important de se référer au code des collectivités pour prendre en compte les directives d'organisation des collectivités dans le domaine de la santé. IL convient de noter que les collectivités doivent allouer 15% de leur budget à la résolution de leurs problèmes de santé. Par ailleurs, elles doivent également mettre en place et rendre fonctionnels les comités de santé et d'hygiène dans chaque centre de santé, les comités villageois de santé et d'hygiène dans les districts ou quartiers, les comités des usagers, les mutuelles de santé, les agents

communautaires. Il s'agira également de les mettre en réseau pour une plus grande efficacité des interventions tout en spécifiant les missions de chaque entité et acteurs concernés.

Ces comités peuvent se subdiviser entre autres en sous-comités de mobilisation sociale, financière, logistique et technique. Ainsi, l'organisation communautaire s'appuie sur un trépied de collaboration entre le centre de santé, la communauté dont les autorités locales, leaders d'opinion, les familles et les autres acteurs pour parvenir à une population en bonne santé et responsable.

5.1.4 Le renforcement des compétences des différents acteurs et responsables à tous les niveaux.

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

5.1.5 L'appropriation de la politique et des stratégies globales de santé communautaire par la communauté.

Cette appropriation se concrétise par l'élaboration d'un micro-plan local de développement sanitaire qui est le résultat d'un processus de consultation et d'un consensus allant de l'identification des besoins sanitaires de la communauté jusqu'à l'évaluation des résultats. Cette approche nécessite un partenariat entre les communautés et les autres acteurs.

5.1.6 La mobilisation de ressources humaines, financières et matérielles.

L'engagement de la communauté se poursuit jusqu'à ce volet de mobilisation de ressources à différents niveaux - local, régional, national et international. Dans le cadre du développement global de la localité, une prise en compte correcte des questions de santé permet de mobiliser les ressources appropriées à la réalisation du micro-plan de développement sanitaire. Les ressources doivent provenir de plusieurs sources dont entre autres les communautés elles-mêmes, le gouvernement, les partenaires au développement et du secteur privé.

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

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

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

- La prévention comprend toutes les mesures destinées à éviter des troubles psychologiques et physiques. Dans le cadre de la prévention, les agents communautaires développeront des activités suivantes : la distribution de produits de santé et de nutrition¹, le

dépistage des malades, la recherche active des clients perdus de vue, la mobilisation sociale pour l'utilisation des services et prestations de santé (planification familiale, prévention des maladies infantiles, vaccinations ...), et la surveillance épidémiologique.

- La promotion de la santé est le processus qui confère à la communauté les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur sa propre santé ainsi que son bien-être. Elle ne relève pas seulement du secteur socio-sanitaire mais dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être des familles. Il s'agit de sensibilisation à travers les causeries éducatives, des conseils individuels et collectifs sur les moustiquaires imprégnées, l'assainissement, l'hygiène individuelle et collective, l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation de complément, l'accouchement assisté, l'utilisation du sel iodé, le lavage des mains à l'eau et au savon aux moments critiques, le traitement de l'eau à domicile, la pratique du traitement de réhydratation orale (TRO), les IST, la planification familiale etc.
- Le traitement curatif consiste au traitement communautaire des formes simples de certaines maladies telles que : le paludisme après confirmation par le TDR, les maladies diarrhéiques, les pneumonies, la malnutrition, l'onchocercose, les géo-helminthiases, etc. Il est à noter que les formes graves de ces maladies doivent être référées vers les structures sanitaires.
- Et enfin, les volets relatifs aux urgences ont des paquets d'activités communautaires qui portent sur la préparation et la réponse aux urgences/catastrophes pour réduire la vulnérabilité des communautés. La surveillance épidémiologique et la notification des cas de maladies sous surveillance selon les directives nationales, constituent un élément important de ce volet.

5.2.2 Le développement des paquets d'activités communautaires

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

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

La zone d'intervention des AC est le districts/quartiers/secteurs et chacune de ces localités doit disposer des agents pour développer efficacement les interventions.

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

En plus des agents communautaires de santé, le recrutement des agents techniques de santé (ATS) pour les activités communautaires est indispensable.

5.2.3 L'organisation des services de santé communautaire

Dans le souci d'un accès facile à un continuum de soins à tous les membres de la communauté depuis le niveau communautaire jusqu'aux structures de soins. Des directives nationales sur le processus d'orientation recours seront amendées pour intégrer la dimension communautaire.

5.2.4 Mécanisme d’approvisionnement et de réapprovisionnement en produits de santé

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

5.2.5 Amélioration de la qualité de services.

Ce volet tient une place importante au niveau des prestations communautaires du point de vue de la sensibilisation, de la distribution de produits et de la prise en charge des maladies. Les exigences de la qualité des prestations devraient être de rigueur. Des normes et standards seront définis pour les domaines d’interventions prioritaires des ACS.

5.2.6 Evaluation des actions sanitaires.

Cela implique une approche critique à tous les niveaux aussi bien sur les résultats que sur le processus lui-même. Dans le cadre de l’amélioration de la qualité des prestations au niveau communautaire et des services de santé, l’évaluation des actions sanitaires requiert le renforcement du dialogue entre les prestataires et les communautés.

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

L’évaluation des actions sanitaires s’appuiera également sur la méthode SALT qui consiste à : **S**timuler les forces locales pour assurer les progrès réalisés par les communautés dans la prise en charge des problèmes de santé, **A**pprécier ces progrès en vue de leur consolidation et leur mise à l’échelle, **L**ier les communautés pour partager les bonnes pratiques, dans le **T**emps requis.

5.3 Harmoniser les interventions sanitaires au niveau de la communauté

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

5.3.1 La coordination des interventions

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

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

5.3.2 La standardisation

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

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

5.3.3 L'intégration des données communautaires dans le Système National d'Information et de Gestion sanitaire(SNIGS)

Les indicateurs communautaires pertinents seront identifiés et intégrés dans le SNIGS. La collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données seront réalisées au niveau du centre de santé qui remonte les informations au niveau hiérarchique. L'intégration des indicateurs communautaires dans le fascicule de monitoring.

5.3.4 Le suivi, la supervision et l'évaluation des activités communautaires :

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

- Le suivi

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

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

La supervision

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

L'évaluation

L'évaluation des activités communautaires se fera périodiquement entre 6 et 12 mois pour l'appréciation de la progression des indicateurs prédéfinis lors des monitorages ainsi que lors des enquêtes et études.

5.3.5 Profil de l'Agent de Santé Communautaire (ASC)

Dans cette rubrique on parlera des agents issus de la communautaire et recrutés par elle, et des agents de santé qualité recrutés par l'Etat ou par le Communauté.

5.3.5.1 Agent de Santé Communautaire (ASC)

Il s'agit d'une personne issue de la communauté, ayant reçu des formations de courte durée, pour la promotion de l'état complet de bien être de la population. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires et exerçant auprès de leur communauté.

Les principales fonctions de l'ASC sont les suivantes :

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

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

5.3.5.2 Agent Technique de Santé (ATS) ou Agent de Santé Communautaire

Il s'agit d'une personne sortie des écoles professionnelles communautaires, ayant reçu des formations de longue durée (3ans), pour la promotion de l'état complet de bien être de la population. Son rôle consiste à assurer la prise en charge des problèmes de santé d'une communauté avec la qualité requise. Il agit en complémentarité avec l'agent communautaire de santé pour offrir des prestations dans la communauté. Le recrutement de cette catégorie pourrait se fait par le concours d'intégration à la fonction publique. Le contrat de recrutement doit clairement définir les objectifs à atteindre dans leur fonction.

5.3.6 Principales fonctions de l'Agent de Santé Communautaire

Les principales fonctions de l'ASC sont les suivantes :

- améliorer les pratiques familiales en matière de santé, de nutrition, de planification familiale, d'hygiène à travers les sensibilisations de groupe, la communication interpersonnelle et le développement de la médecine de famille;
- Superviser la distribution des produits de base de santé et de nutrition aux familles dans les communautés;
- détecter et assurer le traitement de cas de certaines maladies, le traitement pré-référenciel et les références selon les directives des programmes existants;

- contribuer aux activités de surveillance épidémiologique des maladies endémiques et endémo-épidémiques, y compris l'accélération de la lutte contre les maladies et la recherche active des perdus de vue/abandons.
- Organiser la mobilisation sociale pour les activités de promotion et de prévention.
- Collecter et transmettre les données à la hiérarchie (CS/PS).

5.3.7 Mécanismes de motivation de l'Agent de Santé Communautaire

5.3.7.1 Motivation/Rémunération

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

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

5.3.7.2 Motivation/rémunération par l'Etat

Il s'agit d'une motivation et rémunération à prévoir dans les subventions de l'Etat accordées aux collectivités locales et au Ministère de la Santé, dans la mise en œuvre des activités des programmes et projets. Cette motivation/rémunération peut être payée à temps partiel ou à temps plein (par exemple lors des campagnes de vaccination, de distribution des médicaments, Moustiquaires Imprégnées et autres);

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

5.3.7.3 Motivation/Rémunération par la communauté

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

5.3.7.4 Motivation/Rémunération à l'acte

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

5.3.7.5 Autres formes de motivation complémentaires

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

5.4 Développement de la Recherche et la Vulgarisation des Bonnes Pratiques

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

6 Cadre de Mise en œuvre de la Politique de Santé Communautaire

6.1 Gestion et coordination

Le Ministère en charge de la santé doit assurer le leadership de la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.

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

6.2 Niveau National :

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

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

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

6.3 Niveau Régional et District

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

6.4 Niveau Communautaire :

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

Le comité assure la coordination de la mise en œuvre des activités au niveau communautaire et développe des mesures de pérennisation.

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

6.5 Collaboration Intra et Intersectorielle

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

6.6 Mécanisme de concertation et de partage d'information

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

7. Processus de sélection de l'Agent de Santé Communautaire

7.1 Critères de choix d'un agent communautaire de santé

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

- ✓ Membre résident de la communauté;
- ✓ Choix fait par la communauté de façon transparente ;
- ✓ Sachant lire et écrire le français ou alphabétisé;
- ✓ Communicatif ;
- ✓ Discret
- ✓ crédible
- ✓ Parlant la langue du milieu ;
- ✓ Disponible avec une bonne moralité ;
- ✓ Ayant une activité génératrice de revenu ;
- ✓ Marié de préférence ;
- ✓ Agé d'au moins 18 ans

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

7.2 Choix d'un Agent de Santé Communautaire

L'agent de santé communautaire non qualifié est choisi par la communauté avec l'appui du responsable du centre de santé de la localité. Le choix se fera en tenant compte du genre et des critères définis plus haut. Le nombre d'ASC à choisir dépendra de l'importance de la

population et de la charge de travail de l'agent. L'agent choisi sera officiellement investi par le chef de quartier, le président de district ou le chef de secteur.

L'agent de santé communautaire qualifié sera choisi par l'Etat comme fonctionnaire au même titre que les autres fonctionnaires ; cependant, il peut aussi être choisi et recruté par la communauté sous la base d'un contrat de prestation de service bien défini.

7.3 Tâches de l'Agent de Santé Communautaire

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

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

7.4 Outils et Kit de travail

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

- ✓ Badge d'identification et carte de l'ASC ;
- ✓ Trousse (sac pour les médicaments, outils et supports éducatifs, carte ELCO, algorithmes) ;
- ✓ Caisse ou armoire à médicaments ;
- ✓ Tenue de travail ;
- ✓ Bottes ;
- ✓ Torche
- ✓ Lampe-torche
- ✓ Moyens de transport appropriés (vélo, moto, barque etc.) ;
- ✓ Imperméable
- ✓ Téléphone mobile + flotte
- ✓ Outils de soins (toise, balances, ruban mètre, montre, chronomètre...) ;
- ✓ Outils de collecte des données;
- ✓ Outils d'IEC (boîtes à images, dépliant) ;

- ✓ Outils de gestion (fiches de stock, fiche de rapport, cahier de caisse, caisse à argent) ;
- ✓ Fiche de référence
- ✓ Liste de contrôle ;
- ✓ Registre de surveillance épidémiologique ;
- ✓ Fiche de surveillance de la croissance ;
- ✓ Vidéogramme ;
- ✓ Registre de l'ACS
- ✓ Cahier de suivi des clients.

7.5 Lieu de prestation des ASC

Les collectivités doivent mettre à la disposition de l'ACS un local pour ses activités.

7.6 Formation de l'Agent de Santé Communautaire (ASC)

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

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

8. Suivi/ Evaluation

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

Annexes

Annexe N°1 : Définition des termes

- Agent communautaire :

Il s'agit d'une personne issue de la communauté, ayant reçu des formations de courte durée, pour la promotion de l'état complet de bien être de la population. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires.

- Agent de santé :

Il s'agit d'une personne ayant suivi avec succès des formations initiales en médecine, en pharmacie, en para-médecine ou en parapharmacie. En outre, elle est titulaire d'une nomination signée par une autorité compétente de l'organisme employeur.

- Approche communautaire :

L'approche communautaire est une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues d'elles-mêmes pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé.

- Approche intégrée :

Une approche est dite intégrée lorsqu'elle regroupe les programmes de santé existants. Il peut s'agir aussi d'une approche élargie d'un programme à un autre programme. Le service de santé offre une prestation interactive au même endroit, au même moment pour l'amélioration de la santé.

- Bénévolat :

Situation d'une personne qui accomplit un travail gratuitement et sans y être obligée.

- Communauté :

Elle peut se définir comme étant un groupe d'individus vivant dans une aire géographique bien déterminée et ayant des aspirations et des intérêts communs (village, quartier, ...).

- Participation communautaire :

C'est l'implication des membres de la communauté à intervenir à tous les stades du programme de développement. En termes de santé, les individus et les familles assurent la responsabilité de leur bien-être et de celui de leur communauté. Ils vont développer leur capacité à contribuer à leur propre épanouissement et à celui de la communauté.

- Promotion de la santé :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé. Entre autres, l'élaboration de politique publique saine et la création de milieux favorables.

- Santé :

Selon l'OMS, c'est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité.

- Santé communautaire :

La santé communautaire permet une prise de décision par les membres de la communauté et les professionnels de la santé en sont les personnes ressources. Elle repose sur deux éléments essentiels qui sont à la base de la politique : le partenariat et la participation des habitants.

Cette santé communautaire est une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé.

- Santé publique :

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

- Services à base communautaire :

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

- Volontariat :

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

Annexe N°2 : Extrait de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires :

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

Les soins de santé primaires :

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

Annexe N°3 : Objectifs du Millénaire pour le Développement

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

Annexe N°4: Résumé des principaux programmes et activités selon les attributions de l'agent de santé et de l'AC (Lancet 2008)

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

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

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

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

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

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

Activités systèmes de santé

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

Annexe N°5 : Exemple de Paquet d'Activités Communautaires en matière de Survie et de Développement de la Mère et de l'Enfant

La « Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant » est une approche intégrée qui préconise des activités à base d'évidence scientifique à 3 niveaux : le niveau clinique, les stratégies avancées et les activités communautaires.

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

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

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

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

Santé Maternelle et Néonatale :

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

Santé de l'enfant et de la famille

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

Annexe N°7 : Exemple de termes de référence de l'agent communautaire

Les rôles des agents communautaires consistent à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge de la communauté bénéficiaire *Activités des Agents communautaires* :

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

Profil de l'Agent communautaire :

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

Mandat des agents communautaires

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

Annexe N°8 : Les 18 pratiques familiales clés regroupées dans 4 composantes

✓ La Promotion de la Croissance et du Développement

- AME et AM
- Alimentation complémentaire
- Micronutriments: Vitamine A et Fer
- Développement Mental et Social
- Suivi de la Croissance

✓ La Prévention des Maladies

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

✓ Les Soins à Domicile

- Continuer l'alimentation et donner plus de liquide en cas de maladie
- Traitement à Domicile approprié
- Prévention et PEC des Accidents et Blessures

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

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

Référence bibliographique

1. Pour Un Développement Sanitaire Durable dans la Région Africaine- Orientations Stratégiques pour l'OMS 2010-2015, Brazzaville 2010.
2. Analyse de Situation du Secteur de la Santé et Evaluation du PNDS dans le cadre d'une approche Sectorielle en République de Guinée ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme du Fond Européen de développement pour la Santé.
3. Politique Nationale des Services à Base Communautaire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique- Mars 2009.
4. Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire, Ministère de la Santé du Togo, septembre 2009.
5. Plan Stratégique National des Interventions à base Communautaire 2010-2013 ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ; Août 2010.
6. Promotion de la Santé, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Février 2009.
7. Directives Nationales pour la Promotion de la Santé au Niveau Communautaire-Direction Nationale de la Protection Sanitaire – Mars 2010.
8. Politique Nationale de Santé Communautaire à Madagascar- Ministère de la santé et du Planning familial-Janvier 2009.
9. Guide National pour la mise en œuvre d'un programme des services à base communautaire- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
10. Soins Essentiels dans la Communauté- Guide Nationale pour la mise en œuvre- Ministère de la Santé du Mali, Novembre 2010.

Liste des participants à l'Atelier d'élaboration et de Validation du document de la Politique Nationale de la Santé Communautaire en Guinée

N°	Prénoms et Nom	Institution
1	Dr. Younoussa Ballo	Secrétaire Général MSHP
2	Dr.Mohamed Lamine Yansané	Conseiller politique sanitaire
3	Dr.Pépé Bilivogui	DNHP
4	Dr.Sékou Condé	DNEHS
5	Dr.Souaré Kabinet	DNPL
6	Dr.Moussa Konaté	DGPCG
7	Dr Robert CAMARA	DNPSC
8	Dr.Hawa Touré	DNAPSC
9	Dr. Kabinet Souaré	DNPL
10	Dr.M'Ballou Diakhaby	Conseillère /Mission MSHP
11	Dr.Mamady Kourouma	DNSFN/MSHP
12	Dr. Camille Tafsir Soumah	PEV/SSP/ME
13	Dr.Mamadou Rafi Diallo	SNPS
14	Dr. Mohamed Faza Diallo	SS Formation
15	Dr.Tidiane Diallo	UNICEF
16	Dr. Almamy Amara Touré	PNTV
17	Dr. Théoro Prospère Pogba	Faisons ensemble
18	Dr.Aïssata Fofana	Faisons ensemble
19	Dr. Houleymatou Diallo	PNMSR
20	Dr. Austin Abraham	HKI
21	Gnama Grovogui	MSF- Suisse
22	Dr. Djènè Fadima Kaba	MCHIP
23	Dr.Appolinaire Delamou	UNFPA
24	Dr.Alhassane Bah	Rio tinto SIMFER
25	Dr. Dalok Delamou	MSF – Suisse
26	Dr. Marouf Baldé	USAID
27	Dr.Lanfia Touré	HKI
28	Dr. Salvador Mistanga	UNICEF
29	Annette Mansaré	MSF – Suisse
30	Dr.Daman Keita	PSI
31	Dr.Dramou Bernadette	Rio tinto
32	Dr.Saliou Dian Diallo	OMS
33	Dr.Manty Bamba	SMF/F
34	Serigne A. Diague	SIAPS/Guinée
35	Bakary Camara	MATD/DNDL
36	Dr.Aboubacar Conté	DNEHS

37	Dr. Idrissa Souaré	UNICEF Kankan
38	Dr. Jean Ali Kossaga Kourouma	AGBEF
39	Dr.Oumar Bantignel Barry	DPLM
40	Dr.Tambalou Robert Sara	AGBEF
41	Dr.Madina Rachid	DNSFN/DSF
42	Dr.Mara Karifa	PEV
43	Dr.Helal Antoinette	Coord.PCIMME
44	Dr.Binta Bah	DNPL
45	Dr.Kesso Bah	PNLUB
46	Dr. Abdoul Habib Bèavogui	Maférinya
47	Dr.Gamy Ernest Paquilé	C/ DMT
48	Dr.Abdoulaye Diaby	PNLTHA
49	Sékou Sylla	MATD
50	Dr.Idrissa Camara	PNLL
51	Dr.Diakité Nouman	PNLP
52	Olivier BYICAZA	CRS
53	Dr.Norbert Traoré	Division Bucco dentaire
54	Dr.Ousmane Sow	DSVCO
55	Lamine Koivogui	INSP
56	Dr.Véronique Sarr Keita	DCS Dixinn
57	Dr.Alphonse V. Sakouvogui	DNHP
58	Dr. Fodé Konaté	PNLAT
59	Fodé Djiba Kaba	Croix Rouge Guinéenne
60	Dr.Mariam Barry	PSM
61	Dr.M'Ballou S.Camara	SAJ
62	Thierno Sadio Diallo	DMT
63	Naby Soumah	CHS Kaloum
64	Mme Yarie Kaba	DNPSC
65	Tohanizé Goumou	DMT
66	Mme Hawa Camara	MSHP
67	Mr.Bah Oncho	PMTN