

République de Guinée

Travail – Justice - Solidarité



MINISTRE DE LA SANTE

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

**POLITIQUE NATIONALE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE**

Juillet 2017

Table des matières

Préface	3
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
DEFINITION DES CONCEPTS CLES.....	6
INTRODUCTION	9
I. PROFIL DU PAYS.....	11
II. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN GUINEE	13
2.1 Expérience de la Guinée en santé communautaire	13
2.2 Problèmes Prioritaires.....	13
2.3 Principaux Défis	14
III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	16
3.1 Fondement	16
3.2 Vision	16
3.3 Principes	16
3.4 But	16
3.5 Objectifs	16
3.5.1 Objectif général	16
3.5.2 Objectifs stratégiques	17
3.6 Orientations stratégiques	17
IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	17
4.1 Niveau National.....	18
4.2 Niveau Régional et District	18
4.3 Niveau Communautaire.....	18
V. DEVELOPPEMENT D’UN PAQUET DE SERVICES INTEGRES VERS LA CSU.....	19
VI. MOTIVATION DE L’AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	20
VII. MECANISME DE FINANCEMENT	21
VIII. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION	22
CONCLUSION	23
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	Erreur ! Signet non défini.

Préface

La Guinée a une longue expérience des soins de santé primaires. Dans ce cadre, diverses initiatives en santé communautaire ont été mises en œuvre à travers des projets et programmes qui ont donné des résultats significatifs dont l'émergence d'un élan de participation communautaire, l'amélioration de la couverture vaccinale et des interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant en général.

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

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). L'arrêt de l'évolution de l'épidémie à virus Ebola, l'augmentation de la couverture vaccinale lors des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, la couverture nationale en MILDA, le succès dans la lutte contre l'onchocercose prouvent à suffisance que la participation effective de la communauté constitue une condition essentielle à la réussite de diverses interventions techniques.

Ce document de « Politique Nationale de Santé Communautaire » qui définit les orientations stratégiques servira désormais de fondement aux initiatives et interventions des acteurs et partenaires de la santé communautaire. La mise en œuvre de cette politique nécessite des réformes pour réaligner le leadership et la gouvernance locale, le financement, la rétribution, la formation, le recrutement et la fidélisation des agents de santé communautaire.

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

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

Dr Abdourahmane DIALLO
Ministre de la Santé

Sigles et Abréviations

ADRA	: Agence Adventice de Développement
AGBEF	: Association Guinéenne pour Bien-Etre Familial
ANAFIC	: Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATS	: Agent Technique de Santé
BASICS	: Soutien de Base pour l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant
CCSS	: Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CMC	: Centre Médical Communal
CoSaH	: Comité de Santé et d'Hygiène
CR	: Commune Rurale
CS	: Centre de Santé
CTC	: Comité Technique de Coordination
CTRS	: Comité Technique Régional de Santé
CU	: Commune Urbaine
DHIS	: Système d'Information Sanitaire de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ELEP	: Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté
FDL	: Fonds de Développement Local
GTZ	: Coopération Technique Allemande
HKI	: Helen Keller International
HP	: Hôpital Préfectoral
HR	: Hôpital Régional
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC/CCC	: Information, Education, Communication /Communication pour le Changement de Comportement
Jhpiego	: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
MCHIP	: Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MURIGA	: Mutuelle pour la prise en charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement
ODD	: Objectif pour le Développement Durable

OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PDL	: Plan de développement local
PCG	: Pharmacie Centrale de Guinée
PEV/SSP/ME	: Programme Elargi de Vaccination, Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels
PF	: Planification Familiale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDES	: Plan National de Développement Economique et Social
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
PRISM	: Pour le Renforcement des Interventions en Santé Maternelle et Infantile
PS	: Poste de Santé
RHS	: Ressources Humaines en Santé
SBC	: Service à Base Communautaire
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRMNIA	: Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescent
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Définition des concepts

- **Acteur Communautaire**

Toute personne qui s'engage à prendre part à la réalisation des activités du développement intégré de sa communauté.

- **Agent de Santé Communautaire**

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

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

- **Approche de Santé Communautaire**

Ensemble de stratégies utilisées pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations. Ainsi, 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 mains leurs problèmes sociaux et de santé.

- **Chargé de Santé Communautaire du District**

Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans le district.

- **Chargé de Santé Communautaire au Niveau Régional**

Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans la région.

- **Collectivité Locale**

Le code de collectivités de la République de Guinée, en son article 2, stipule que « Les collectivités locales sont les Communes urbaines et les Communes rurales et les Régions. Elles sont dotées de la personnalité morale, d'autorité propre et de ressources. Chaque collectivité locale est constituée de l'ensemble des citoyens qui ont leur domicile sur son territoire. Les collectivités locales possèdent un patrimoine, des biens matériels et des ressources financières propres qu'elles gèrent au moyen de programmes et de budgets ; elles sont sujettes de droits et d'obligations. Tous ces éléments sont distincts des biens, ressources, programmes, budgets, droits et obligations de l'État. Elles s'administrent librement par des Conseils élus qui règlent en leur nom, par les décisions issues de leurs délibérations, les affaires de la compétence de la collectivité locale. Elles concourent avec l'État à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique, ainsi qu'à la protection de l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie ».

- **Comité de Santé et d'Hygiène (CoSaH)**

Organe de gestion du centre de santé qui assure la liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations¹. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires.

- **Commune Urbaine et Commune Rurale**

Le même code des Collectivités précise, en son article 3, que : « Les Communes urbaines et les Communes rurales constituent le cadre institutionnel de la participation des citoyens à la vie démocratique locale et garantissent l'expression de la diversité. Les quartiers et les districts sont des sections des Communes urbaines (CU) et des Communes Rurales (CR) ».

- **Décentralisation**

Le code des collectivités de la République de Guinée, en son article premier, définit la décentralisation comme « un système d'administration consistant à permettre à des groupements humains géographiquement localisés sur une portion déterminée du territoire national auxquels il est conféré la personnalité juridique et de pouvoir s'administrer, sous le contrôle de l'État, par des autorités élues ».

- **Engagement Communautaire**

Processus dans lequel s'instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la planification, l'exécution et l'exploitation des activités sanitaires en vue de tirer parti de l'accroissement de l'auto-responsabilisé et d'assurer le contrôle social. Il exprime l'idée d'intervention des communautés locales dans une activité de développement.

- **Matrone**

Personne ayant reçu une formation sur le tas et chargée d'assister l'agent de santé pendant les consultations prénatales, l'accouchement et les suites de couches.

- **Médecine Traditionnelle**

Dans le contexte de la Guinée, la médecine traditionnelle est définie comme un ensemble de savoirs, connaissances, pratiques, techniques et l'utilisation de préparations ou de substances basés sur des fondements socioculturels, religieux et/ou empiriques des communautés. La médecine traditionnelle s'appuie sur des expériences vécues et des observations transmises de génération à génération pour prévenir, diagnostiquer ou soigner un déséquilibre physique, mental ou social.

- **Participation Communautaire**

Processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l'identification des besoins et la définition des priorités jusqu'au suivi et à l'évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l'amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté.

- **Praticien de Médecine Traditionnelle**

¹ Insertion de la définition du COSAH de 2008

Une personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, traditionnels, des techniques manuelles et exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale ou minérale.

- **Relai Communautaire**

Personne formée, chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités de surveillance, de prévention et des soins primaires selon le paquet de services défini.

- **Santé Communautaire**

Approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé promotionnels, de surveillance, de prévention et des soins curatifs et ré-adaptatifs destinés aux communautés et organisés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les prestations sanitaires près des communautés, dans leur milieu de vie et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé. Sa couverture s'étend du centre de santé jusqu'aux activités de santé dans la communauté (famille, ménage, individu).

INTRODUCTION

La Constitution de la République de Guinée, en son article 15, stipule : « Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'État a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux ».

La politique nationale de la santé retient comme vision : « *Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité, avec leur pleine participation.* ».

Les problèmes prioritaires du système de santé mis en évidence en 2015 suite aux Etats généraux de la santé sont : (i) une mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée, (ii) la prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique émergentes et des maladies non transmissibles, (iii) la faible performance du système de santé. La même analyse a montré que pour les années à venir, le défi majeur du système de santé serait d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

En vue de relever ces défis, le PNDS 2015-2024 a fait du renforcement du système de santé communautaire une priorité par la mise à échelle d'un ensemble d'interventions à haut impact avec une implication importante des populations.

La mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée a débuté depuis l'adoption de la charte de Alma-Ata en 1978, mise à l'échelle à partir de 1988 à travers le Programme Elargi de Vaccination, Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME). Ce programme était axé sur l'accès à la vaccination de la mère et de l'enfant, aux soins de base et aux médicaments essentiels à travers des investissements dans les infrastructures de base (Centre de santé, Poste de santé) et la formation des agents de santé au programme de santé publique et en gestion des soins de santé primaires. Ces initiatives étaient appuyées par les réformes intervenues en faveur de la décentralisation (discours programme du 22 décembre 1985). La participation communautaire et le renforcement de l'administration sanitaire locale à travers l'approche district sanitaire étaient également au cœur de ces réformes. Ainsi, la mise en œuvre du programme de soins de santé primaires renforcée par la réforme hospitalière au début des années 1990 a permis l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé de base à travers l'extension de la couverture sanitaire par le développement des programmes de santé publique.

Eu égard aux enseignements tirés de la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola 2014-2016, il s'avère nécessaire de bâtir un système de santé pérenne avec la pleine responsabilisation des communautés. Ainsi, le Ministère de la santé a décidé de se doter d'une politique de santé communautaire pour répondre au besoin de la population en vue d'aller vers la Couverture Sanitaire Universelle. Pour y arriver, un changement de paradigme au niveau des différents acteurs de la santé est indispensable.

Cette politique nationale de santé communautaire est un outil de régulation des initiatives communautaires. Elle offre un cadre de référence pour l'impulsion, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs et vise à assurer à la communauté un accès au service de santé de base quel que soit le niveau socio-économique. Les collectivités locales devront

jouer pleinement leur rôle dans le financement, la planification et le suivi des activités de santé. Les réformes envisagées par le code des collectivités locales en matière de décentralisation constituent des opportunités majeures.

L'objectif de la présente politique de santé communautaire s'inscrit en droite ligne avec l'objectif général de la Politique nationale de santé, celui « **d'améliorer l'état de santé de la population guinéenne** ».

I. PROFIL DU PAYS

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Sa superficie totale est de 245 857 km² avec une population totale estimée à 11 319 320 habitants en 2016 selon RGPH 2014. Les femmes représentent 51,62%. La majorité de la population réside en milieu rural (64.7%)². En 2012, le taux brut de mortalité est de 10,19‰ et le taux brut de natalité de 34‰, soit un taux d'accroissement naturel de 2,38% avec un indice synthétique de fécondité de 5,1³. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans⁴.

Le pays a engagé depuis 2010, un vaste programme de décentralisation. Cette initiative aboutira au développement de la fonction publique locale qui intègre l'appropriation par les collectivités des questions de développement local des services essentiels.

L'état de santé de la population guinéenne est caractérisé par la forte mortalité et morbidité liées à des maladies évitables : de 2012 à 2016, la mortalité maternelle est passée de 724 à 550 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 123 à 88‰, la mortalité infantile de 67 à 44‰ et la mortalité néonatale est de 20‰ en 2016. On note également la récurrence des épidémies dont Ebola en 2013 (3811 cas et 2543 décès), la poliomyélite au poliovirus sauvage en 2015 et la rougeole en 2016. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

Le faible niveau d'instruction (33% des femmes et 60% des hommes) et le faible niveau de revenu (55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté dont les 2/3 en milieu rural) ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations. La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.

Le système de santé est confronté à de nombreux problèmes dont : (i) la faible accessibilité géographique aux soins pour la majorité de la population, (ii) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité ; (iii) l'inégale répartition des ressources humaines entre zones urbaines et zones rurales ; (iv) la faible accessibilité de la population aux médicaments de qualité (une officine pour 10.000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100.000 habitants à l'intérieur du pays); (v) le développement du marché illicite de médicaments et produits médicaux ; (iii) la faible application du cadre réglementaire ; (vi) la faible capacité financière et logistique de la PCG et (vii) la faible disponibilité en produits sanguins.

2 MICS, 2016. Ministère du Plan

3 EDS IV, 2012, Ministère du Plan

4 RMDH, 2010, PNUD.

Le Ministère de la santé a bénéficié d'une augmentation du budget de la santé de 1,75% en 2013 à 8,20% en 2017. Cependant, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2%⁵, suivi du financement extérieur qui est de 20%.

En termes de perspectives, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et la Recherche en Santé, en cours d'informatisation pour la gestion des données à travers la plateforme automatisée du District sanitaire (DHIS2-Système d'information de District sanitaire), intégrera la surveillance des maladies prioritaires, les services à base communautaire et l'enregistrement des naissances et des décès. De même, la professionnalisation des agents de santé communautaire et la médicalisation des structures de santé de base permettront une meilleure qualification des soins et services de santé.

⁵ Comptes nationaux de la Santé 2010, Ministère de la santé.

II. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN GUINEE

2.1 Expérience de la Guinée en santé communautaire

A la suite de l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, la Guinée a engagé des réformes dans le système de santé parmi lesquelles on peut citer le développement de projets pilotes avec la médicalisation des soins ruraux et la réorientation de l'enseignement médical vers la prise en compte des Soins de santé primaires. Ainsi, en juillet 1985, la Conférence nationale de la santé a mis un accent sur la prééminence de la prévention et de la médecine de masse sur les soins curatifs et individuels. On note que la couverture vaccinale n'était alors qu'autour de 5%.

La concrétisation de ces initiatives a abouti à la mise à l'échelle du Programme Elargi de Vaccination, Soins de Santé Primaires et Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME) à partir de 1988. Ceci a permis l'augmentation de la couverture vaccinale, l'extension de la couverture géographique en structures de santé de base (centres de santé, postes de santé), l'amélioration de la disponibilité en médicaments essentiels, la mise en place d'un dispositif de mobilisation de ressources financières, la qualification d'une masse critique de professionnels de santé et une meilleure participation des communautés à travers les comités de gestion des centres de santé au sein du district sanitaire. L'ensemble de ces interventions visait l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, la prise en charge des maladies endémiques, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, ...

Tout ceci a été rendu possible grâce à la politique de la Décentralisation prônée par le gouvernement, au développement de partenariat et aux réformes institutionnelles mises en place. Aussi, la réforme hospitalière a-t-elle permis, au début des années 1990, de développer la référence et une meilleure articulation du district sanitaire dans son environnement.

Cependant, ces résultats se sont vite estompés sous la conjonction de plusieurs facteurs dont entre autres : la verticalité et la multiplicité de programmes de santé liés aux initiatives mondiales, la détérioration de la gouvernance dans un contexte d'ajustement structurel pas nécessairement favorable.

Le PNDS 2003-2012, élaboré et mis en œuvre dans ce contexte, n'a pas produit les résultats escomptés.

A la faveur de l'avènement de la troisième République, le gouvernement, en collaboration avec toutes les parties prenantes, a organisé les Etats Généraux de la Santé qui ont permis de réviser la politique de santé et l'élaboration du plan national de développement sanitaire 2015-2024. Dans la conjoncture Ebola, ce plan a été décliné en plan triennal dont le premier est le plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017. Dans ces différents plans, un accent est mis sur les axes ci-après : la lutte contre la maladie, le renforcement du district et l'amélioration de la gouvernance. La santé communautaire y compris la médecine traditionnelle occupe une place de choix dans ces différents plans.

2.2 Problèmes Prioritaires

Malgré les efforts du gouvernement et des PTF pour renforcer et améliorer la résilience du système de santé, la mortalité générale est encore élevée, et en particulier la mortalité maternelle et infanto-juvénile liée aux maladies prioritaires de santé communautaire, à la faiblesse du

système de santé communautaire, des institutions communautaires décentralisées et à la faible autonomisation de la population active surtout chez les populations vulnérables comme les jeunes et les femmes.

- ✓ Faible performance du système de santé communautaire
 - Faible accessibilité des services de santé de base de qualité, équitable et centrés sur la personne avec un paquet de services par niveau de soins ;
 - Faible disponibilité en prestataires communautaires de qualité, non fidélisé et démotivé ;
 - Faible financement communautaire ;
 - Faible disponibilité en médicaments, équipements, infrastructures et autres technologies de santé dans les structures de santé communautaires ;
 - Information sanitaire et bases factuelles de qualité non encore disponibles en temps réel.

- ✓ Faible gouvernance des institutions du système de santé communautaire :
 - Faible couverture en institutions locales décentralisées ;
 - Faible accès financier au paquet de services à base communautaire avec comme conséquence des dépenses catastrophiques élevées des populations rurales ;
 - Absence de mécanisme de gestion de la CSU au niveau communautaire.

- ✓ Faible couverture en prestataires communautaires de santé de qualité en particulier les agents de santé communautaire:
 - Faible performance des institutions de formation ;
 - Absence de mécanisme de fidélisation des agents de santé communautaire.

- ✓ Faible autonomisation des populations vulnérables en particulier les jeunes et les femmes :
 - Faible emploi des jeunes et des femmes au niveau communautaire ;
 - Insuffisance de mécanisme local de gestion des activités génératrices de revenus.

2.3 Principaux Défis

De l'analyse de la situation sanitaire et du profil du pays, on note que le développement de la santé communautaire est confronté à de nombreux défis :

- Leadership et gouvernance locale
- Autonomisation des communautés pour la prise en charge de leurs problèmes de santé
- Accessibilité à des prestations de santé communautaire de qualité,
- Système de financement pérenne de la santé communautaire
- Disponibilité de prestataires communautaires de qualité, fidélisés et motivés
- Disponibilité de médicaments et autres produits de santé, outils de gestion et technologies médicales
- Disponibilité de données factuelles pour la prise de décision.

Pour relever ces défis, le système de santé communautaire doit faire face à l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le

renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.

III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

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

3.1 Fondement

La politique nationale de santé communautaire s'appuie sur plusieurs Déclarations et Initiatives internationales et régionales : (i) Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) ; (ii) Bamako sur la relance des SSP (1987) ; (iii) Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 ; (iv) Addis-Abeba sur le renforcement de la participation communautaire (2006), (v) Ouagadougou sur le renforcement des SSP et des systèmes de santé en Afrique (2008), (vi) Rio sur les déterminants sociaux en santé, la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région Africaine, avril 2011, (vii) stratégie globale des soins centrés sur les personnes et les services intégrés et (viii) Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2015.

Au plan national, il prend en compte le Code des Collectivités (2006), la Politique Nationale de Santé (PNS) 2015 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024.

3.2 Vision

Conformément à la politique nationale de santé, la vision est d'avoir une collectivité locale où les citoyens sont en bonne santé, économiquement et socialement productifs, bénéficiant d'un accès universel à des services promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine responsabilisation.

3.3 Principes

La mise en œuvre de cette politique de santé communautaire repose sur des principes et valeurs universels.

Les principes qui sous-tendent la vision de la politique nationale de santé communautaire en Guinée sont : (i) le leadership/Gouvernance locale, (ii) la responsabilisation communautaire, (iii) la multisectorialité, (iv) l'équité, (v) la qualité des soins et services, (vi) la pluridisciplinarité et (vii) la redevabilité.

Ces principes se fondent sur un certain nombre de **valeurs** dont entre autres : l'éthique, la transparence et la responsabilité.

3.4 But

Contribuer à l'amélioration du bien-être des populations guinéennes au sein des collectivités locales.

3.5 Objectifs

3.5.1 Objectif général

Améliorer l'état de santé des populations au sein des collectivités locales.

3.5.2 Objectifs stratégiques

- Renforcer la gouvernance des institutions locales de santé ;
- Améliorer la performance du système de santé communautaire ;
- Contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables en particulier les jeunes et les femmes.

3.6 Orientations stratégiques

Les grandes orientations stratégiques au niveau communautaire sont :

- Le renforcement de la gouvernance des institutions locales de santé.

Ce renforcement des institutions du système santé communautaire se fera à travers :

- le renforcement du leadership, du partenariat et de la gouvernance locale en matière de santé ;
- la promotion d'un système de financement sécurisé et pérenne de la santé communautaire pour minimiser les risques financiers ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires en planification, mise en œuvre et suivi évaluation des services de santé communautaire.

- L'amélioration de la performance du système de santé communautaire.

Le renforcement de la fondation du système communautaire se fera à travers :

- ✓ le renforcement des services de santé communautaire en vue d'accroître la disponibilité et l'accessibilité aux prestations de santé de qualité ;
 - ✓ le renforcement des dispositifs de promotion de la santé, de protection sociale contre les risques des maladies au sein des communautés ;
 - ✓ le développement des mécanismes de mobilisation et de fidélisation des prestataires communautaires ;
 - ✓ le renforcement de l'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé, outils de gestion et technologies médicales
 - ✓ le renforcement du système d'information sanitaire et de recherche-action au niveau communautaire
- La contribution à l'autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes

La transformation du Système de santé communautaire se fera à travers :

- ✓ le soutien à l'autonomisation des Femmes et des jeunes à travers des activités génératrices de revenus ;
- ✓ la promotion de la participation citoyenne aux activités de santé dans le cadre du développement communautaire ;
- ✓ le renforcement des capacités en dialogue social en santé au niveau communautaire.

IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la politique se fera à travers l'élaboration et l'exécution des instruments suivants : (i) le plan stratégique de santé communautaire du MS, (ii) les plans de développement des districts de santé, (iii) les plans de développement locaux des collectivités et (iv) les plans d'action opérationnels des structures sanitaires de base.

Elle intéressera tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.1 Niveau National

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

Des outils relatifs à la mise en œuvre de la Politique seront également élaborés : outils de gestion, manuels de formation, etc. Un document de référence sur les agents communautaires sera développé, spécifiant le profil des agents communautaires, leur mode de recrutement, le plan de carrière, etc.

4.2 Niveau Régional et District

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

Les comités régionaux et préfectoraux de coordination du secteur de la santé assureront la coordination de la mise en œuvre et du suivi du plan de développement sanitaire de la Région et du District.

4.3 Niveau Communautaire

Les Comités de santé et d'hygiène des communes, appuyés par le personnel de santé et les autorités des collectivités locales, veilleront à l'implication effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification, de la mise en œuvre des activités communautaires et du suivi de l'exécution des programmes de santé au niveau communautaire.

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. Le comité communal de coordination du secteur de la santé assurera la coordination des activités à base communautaire. Les fora communautaires seront régulièrement organisés avec l'implication des organisations de la société civile et leaders communautaires.

V. DEVELOPPEMENT D'UN PAQUET DE SERVICES INTEGRES VERS LA CSU

Les agents de santé communautaire représentent le chaînon manquant essentiel entre les grandes aspirations sociétales et les communautés, qui constituent les unes et les autres des vecteurs de progrès nécessitant un soutien massif.

La santé communautaire est mise en œuvre avec la contribution de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Elle englobe les domaines de la lutte contre la maladie (transmissibles et non transmissibles), la surveillance épidémiologique, la prévention et contrôle de l'infection, la Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Les activités en rapport avec les différents domaines sont structurées autour de paquets de services intégrés par catégorie de prestataires communautaires formalisés dans le cadre de normes et protocoles pour le niveau communautaire. Ces paquets de services comprennent des activités promotionnelles, préventives, curatives et ré-adaptatives.

Les activités promotionnelles mettront un accent particulier sur les bonnes pratiques reconnues au niveau national et international comme ayant un haut impact sur la santé des communautés notamment la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Elles nécessitent la contribution de tous les secteurs dont l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Des mécanismes intégrant la contractualisation pourront être utilisés par les collectivités locales pour une meilleure implication de ces acteurs dans la mise en œuvre des volets techniques.

Les activités préventives concernent tous les domaines de la santé ciblés par les programmes nationaux de santé dont la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction, la nutrition et la survie de l'enfant. Elles intègrent mais ne se limitent pas à la vaccination, le suivi de la croissance des enfants, le dépistage de la malnutrition, la supplémentation, la distribution de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action et les campagnes de masse contre les maladies tropicales négligées. Elles mettent également le focus sur la surveillance communautaire de certaines maladies transmissibles ou non transmissibles ainsi que sur les comportements individuels et collectifs qui ont un impact sur la santé communautaire.

Les activités curatives menées au niveau communautaire sont fixées par le Ministère de la santé en collaboration avec les prestataires communautaires et tenant compte des besoins exprimés par les communautés et les programmes ainsi que les expériences réussies dans ces domaines.

Les activités promotionnelles, préventives et curatives menées par les prestataires communautaires de santé sont regroupées en paquets de services périodiquement révisés sur la base des résultats de la recherche, des expériences réussies et des besoins nouveaux des communautés. Ces activités seront toutes intégrées et documentées périodiquement, au même titre que les autres données du système de santé, dans le système national d'information sanitaire.

VI. MOTIVATION DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE

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

Les modalités de rémunération ou de motivation de l'agent de santé communautaire sont définies et adoptées par les collectivités locales en collaboration avec les communautés et avec l'appui du Ministère de la Santé en matière de ressources allouées aux collectivités locales, aussi, sur la base des critères de performance préalablement établis par elles. Les facteurs incitatifs liés à la motivation des prestataires communautaires peuvent être financiers ou non financiers.

L'avènement de la fonction publique locale constitue une opportunité pour le renforcement des facteurs de motivation.

A l'instar de tous les pays africains, le maintien de ces professionnels sur plusieurs années dans les zones rurales où vivent 65% de la population guinéenne est un réel défi. C'est dans ce contexte que la Guinée souhaiterait mettre en œuvre l'approche du pipeline rural. Il s'agira de permettre aux jeunes et aux femmes d'accéder à des formations professionnelles dans les régions où ils habitent mais également leur offrir des emplois dans les communautés rurales de leur région de résidence afin qu'ils deviennent des acteurs actifs du développement et de la gouvernance locale. Ce personnel communautaire bénéficiera de possibilités de formation continue et d'évolution de carrière dans les régions où ils résident et exercent. De plus, la communauté pourra leur offrir des conditions de travail attrayantes (logement électrifié et équipé, eau, champs à cultiver, écoles de formation primaire et secondaire de qualité pour les enfants, etc.) grâce au financement local que l'Etat va impulser avec la décentralisation. Les collectivités locales avec l'appui des services techniques, seront responsables socialement de la qualité des services de santé qui seront offerts aux populations mais également de la qualité des écoles de formation sous leur autorité.

VII. MECANISME DE FINANCEMENT

Les services de soins de santé primaires de base constituent un domaine de compétence transféré aux collectivités. Le financement des services de santé communautaire doit être couvert essentiellement par le budget des collectivités locales alimenté par les dotations de l'Etat central ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Au titre de la dotation par l'Etat central, en application des dispositions de la **Loi N°2016/001/AN du 18 Janvier 2016** portant Loi de Finances initiale, il est institué un appui direct au budget local de l'ensemble des collectivités locales du pays à hauteur de 15% des recettes minières de l'Etat.

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

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

VIII. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

Le suivi-évaluation implique une approche critique à tous les niveaux aussi bien sur les résultats que sur le processus lui-même. Les progrès réalisés vers les résultats attendus des activités communautaires, seront mesurés grâce à la production de rapports périodiques par les ASC et des structures de santé (CS et PS) renseignant des indicateurs de performance du système de santé communautaire. Ces rapports seront analysés à tous les niveaux en vue de la prise de décision et de la rétro-informations.

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

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

Les activités de supervision, de monitoring et d'évaluation et de recherche seront réalisées périodiquement.

CONCLUSION

La politique nationale de la santé communautaire élaborée en collaboration avec les partenaires et les cadres des autres secteurs de développement est un précieux outil de référence pour l'ensemble des acteurs de la santé pour l'amélioration de l'état de santé des communautés.

Les communautés jouent un rôle essentiel dans l'augmentation et l'accès aux services de santé de base. La participation citoyenne et l'engagement communautaires doivent contribuer à la réduction de la discrimination et des autres formes d'exclusion afin de garantir à tous et de manière équitable un accès universel à la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé Guinée. Analyse de la situation du secteur santé, Ministère de la santé. 2014.
2. Ministère de la santé Guinée. Comptes nationaux de santé, Exercice 2010.
3. Enquête Démographique et de Santé (EDS IV 2012). 2012.
4. Statistique I de. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-2016). 2016.
5. Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté 2007-2008.
6. Ministère de la santé Guinée. Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017, Ministère de la santé. 2015.
7. Ministère de la santé Guinée. Plan national de développement sanitaire, Ministère de la santé, 2015-2024. 2015.
8. Ministère de la santé Guinée. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé.
9. Ministère de la santé Guinée. Politique nationale de santé, Ministère de la santé. 2015.
10. Rapport final de l'évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires en République de Guinée. 2014.
11. Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH). 2010.
12. Politique Nationale de la Santé. 2014.
13. Politique Nationale de la Promotion de la Santé. 2009.
14. Programme de prévention et contrôle de l'Infection. 2016.
15. Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la Couverture Sanitaire Universelle. 2014.
16. Evaluation Qualitative des Services liés à la SMNI et à Ebola par la communauté des agents de santé, au cours de l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en Guinée, Liberia et la Sierra Leone. 2014.
17. Politique Nationale de Santé Communautaire du Sénégal.
18. Politique Nationale de Santé Communautaire du Bénin.
19. Politique Nationale de Santé Communautaire du Tchad.
20. Politique Nationale de Santé Communautaire du Rwanda.
21. La distribution à base communautaire des contraceptifs injectables. p. 1-118.
22. le code des collectivités locales Guinée. 2006.
23. Livret des messages éducatifs pour la réduction de la mortalité maternelle, neonatale, et infantjuvénile. 2012. p. 1-66.