

REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTERE DE LA SANTE

Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine
Traditionnelle

Plan Stratégique de Santé Communautaire

Décembre 2017

Contents

I-	INTRODUCTION.....	12
1.1-	Profil pays	14
1.1.1-	Situation géographique et sociodémographique de la Guinée	14
1.1.2-	Situation démographique.....	14
1.1.3-	Situation socio-économique.....	15
1.1.4-	Organisation administrative de la Guinée et l'organisation du système de santé	16
1.1.5-	Ressources Humaines de santé	18
1.1.6-	Cadre législatif et réglementaire spécifique	19
1.1.6.1-	Dans le secteur public	19
1.1.6.2-	Dans le secteur privé.....	20
1.2-	Approche pour le changement.....	20
II-	ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN GUINEE	22
2.1-	Expérience de la Guinée en santé communautaire	22
2.2-	Problèmes Prioritaires	23
2.3-	Principaux Défis	24
2.4-	Des expériences pertinentes en cours	25
2.5-	Organisation actuelle de la santé communautaire en Guinée	26
2.6-	Système de financement	26
2.7-	Cartographie des intervenants et interventions	27
2.8-	Cartographie de la distribution des agents de santé et relais communautaires.....	27
2.9-	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	28
III-	Vision et Principes	29
3.1-	Principes	30
3.2-	But	30
3.3-	Objectifs.....	30
3.3.1-	Objectif général	30
3.3.2-	Objectifs stratégiques	30
3.4-	Orientations stratégiques	31
IV-	STRATEGIE DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	32
4.1-	Axe Stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance des institutions locales de sante	32
4.1.1-	Leadership, partenariat et gouvernance locale.....	33

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

4.1.2- Système de financement pérenne et local.....	36
4.1.2.1- Étape transitoire	37
4.1.2.2- Budget des collectivités locales.....	38
4.1.3- Renforcement des capacités des acteurs communautaires.....	38
4.1.3.1- Les acteurs, rôles et responsabilités	38
4.1.3.2- Management communautaire	42
4.1.4. Résultats de l’Axe Strategique Gouvernance	44
4.2. Axe Stratégique 2 : Amélioration de la Performance du système de santé communautaire.....	46
4.2.1- Renforcement des services de santé communautaire	46
4.2.1.1- Fondation du système communautaire	46
4.2.1.2- Paquets intégrés d’interventions en santé communautaire	50
4.2.1.3- Développement des Ressources humaines communautaires.....	54
4.2.2- Renforcement des dispositifs de promotion de la santé et de protection sociale	56
4.2.2.1- promotion de la santé.....	56
4.2.2.2 protection sociale.....	56
4.2.3- Mobilisation et de fidélisation des prestataires communautaires.....	56
4.2.3.1- Mobilisation de ressources humaines communautaires.....	57
4.2.3.2- Rémunération	57
4.2.4- Médicaments, produits de santé, outils et technologies médicales	58
4.2.4.1- La chaine d’approvisionnement.....	58
4.2.4.2- Matériels et outils de travail	60
4.2.4.3- Matériels et outils de gestion.....	60
4.2.4.4- Produits de Santé.....	61
4.2.4.5- Moyens roulants pour l’ASC.....	62
4.2.5- Système d’information sanitaire et de recherche-action.....	62
4.2.5.1- Monitoring des activités et Gestion de l’information.....	62
4.2.5.2- Cadre de surveillance communautaire.....	63
4.2.5.3- Recherche - Action	63
4.2.6. Résultats de l’Axe Strategique Performance	65
4.3. Axe Stratégique 3 : Autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes	68
4.3.1- Soutien à l’autonomisation des Femmes et des Jeunes.....	68
4.3.2- Activités génératrices de revenus	68

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

4.3.3- Promotion de la participation citoyenne aux activités de santé	69
4.3.3.1- Stratégie de mobilisation communautaire.....	69
4.3.3.2- Du processus de recrutement des agents de santé communautaire et relais communautaires	70
4.3.4- Dialogue social en santé au niveau communautaire.....	71
4.3.5- La Médecine Traditionnelle.	71
4.3.6. Résultats de l’Axe Stratégique : L’autonomisation des groupes vulnérables	74
V- MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE	76
5.1- Couverture Territoriale	76
5.2- Base de données électroniques pour les agents de santé communautaires et relais communautaires.....	77
5.3- Engagement des partenaires dans le plan de déploiement des agents de santé communautaires et relais communautaires	77
5.4- Gestion de risques et Pédagogie du Changement	78
5.5-Programmation physique des interventions.....	79
VI- SUIVI ET EVALUATION	83
VII- MECANISMES DE FINANCEMENT.....	85
7.1- Cout de la mise en œuvre	87
VIII- CONCLUSION	90
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	91
ANNEXES.....	94

Liste des Tableaux

Tableau 1: Situation Actuelle des ASC par Région en 2017..... 27
Tableau 2: Forces Faiblesses, Opportunités et Menaces 28
Tableau 3: Répartition des missions et rôles selon les acteurs 38
Tableau 4: Programmation physique des interventions 79
Tableau 5: Cout de la mise en œuvre..... 87
Tableau 6: Tableau d'historique de la santé communautaire en Guinée..... 94
Tableau 7: Répartition des AC et ASC par préfecture 96
Tableau 8: Tableau des Programmes et leur localisation géographique..... 100
Tableau 9: Tableau d'enrôlement des Agents de Santé Communautaire Professionnels..... 106
Tableau 10: Tableau d'Évolution des Relais, ATS et ASC professionnels sur les 5 prochaines années 108

Liste des figures

Figure 1: La République de Guinée et ses 4 régions naturelles 14
Figure 2: Distribution du personnel de santé par région en Guinée 18

Liste des Abréviations

AAH :	Appropriation, Alignement, Harmonisation
ADRA :	Agence Adventiste de Développement
AGBEF :	Association Guinéenne pour le Bien Être Familial
AGR :	Activités Génératrices de Revenus
ANAFIC :	Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales
ANSS :	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
ASC :	Agent de Santé Communautaire
ATPC :	Assainissement Total Pilote par le Centre de Sante
ATS :	Agent Technique de Sante
CAC :	Cycle d'Action Communautaire
COSAH	Comité de Sante et d'hygiène
CPN :	Consultation Périnatale
CTPS :	Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS :	Comité Technique Régional de la Santé
DPS :	Direction Préfectorale de la Santé
DRS :	Direction Régionale de la Santé
CS :	Centre de Santé
ECD :	Équipe Cadre de district
EMC :	Équipe de Mobilisation Communautaire
FAF :	Fer Acide Folique
FDL :	Fonds de Développement local
HKI :	Helen Keller International
IST:	Infections sexuellement transmissibles
JHPIEGO:	John Hopkins Program for International Education on Gynecology and Obstetrics
MGF :	Mutilation Génitale Féminine
MILDA:	Moustiquaires imprégnées d'Insecticides à Longue durée d'Action
MURIGA :	Mutuelle pour la prise en charge des risques liés à la Grossesse et a l'Accouchement

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

N-Né :	Nouveau-Né
ONG :	Organisation non Gouvernementale
PAO :	Plan d'Action Opérationnel
PCG :	Pharmacie Centrale de Guinée
PDL :	Plan de Développement local
PF :	Planification Familiale
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
PTME :	Prévention de la transmission mère- enfant
SBC :	Service à Base Communautaire
SRO :	Solution de Réhydratation Orale
TDR :	Test de Dépistage Rapide
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
VBG :	Violence basée sur le genre

Préface

La République de Guinée reconnaît dans sa Constitution la santé comme un droit. Les actions du gouvernement dans le domaine visent à réduire fondamentalement les charges de morbidité et de mortalité pour la population.

La Politique Nationale de Santé et le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 sont articulés pour charrier les principes et les stratégies clés devant conduire à la réduction des phénomènes morbides au sein de la population guinéenne.

Pour ce faire, le Ministère de la santé se basant sur les grands principes de la Déclaration de Paris : tels que l'Alignement, l'Appropriation, l'Harmonisation (AAH), développe en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers la santé communautaire.

En Juillet 2017, la politique nationale de la santé communautaire est validée. Le présent plan stratégique est un instrument qui va permettre de fédérer les efforts pour mettre en synergie l'ensemble des ressources disponibles afin de conduire vers une couverture sanitaire universelle.

Pour atteindre ce but, le développement de la santé communautaire constitue une étape indispensable pour le système de santé.

En remerciant toutes les parties prenantes qui ont contribué à l'élaboration de ce plan, j'exhorte tous les acteurs intervenant au niveau communautaire à mettre leurs efforts ensemble pour appliquer le contenu du présent plan au service de la communauté.

Le Gouvernement compte sur la participation de tous, 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 au développement de la santé communautaire en Guinée.

Dr. Abdourahmane DIALLO

Résumé

La politique nationale de santé retient comme vision « Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productifs, bénéficiant d'un accès universel à des services promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs y compris des soins palliatifs de qualité avec leur pleine participation ».

En juillet 2017, la politique nationale de santé communautaire est validée. Elle comprend des axes majeurs comme :1) renforcer la gouvernance des institutions locales de santé ; 2) améliorer la performance du système de santé communautaire ; 3) contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables.

Ce plan stratégique de santé communautaire a été un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes et a connu les étapes suivantes : (i) une capitalisation des informations existantes, des données factuelles (ii) la production d'un embryon de plan pour faciliter la contribution de l'ensemble des acteurs ; (iii) la réalisation de séances de travail thématiques avec des acteurs concernés ; (iv) la tenue d'un atelier d'écriture pour la finalisation du plan. Ce présent document rassemble une large part de définitions, d'approches tactiques et de mode opérationnels sur des éléments tels que : 1) Le paquet intégré de soins et services à délivrer au niveau communautaire; 2) La professionnalisation de l'Agent de Santé Communautaire; 3) Le mécanisme de compensation financière des agents; 4) La capitalisation du dividende démographique en se concentrant sur les femmes et les jeune 5) Les mécanismes de suivi – évaluation.

Pour améliorer la gouvernance, le ministère et ses partenaires vont engager des efforts soutenus pour :

- Le renforcement du leadership et du partenariat
- La pérennisation du système de financement ;
- Le Renforcement des capacités des acteurs communautaires
- La Professionnalisation des agents de santé communautaire et la couverture intégrale du pays;
- La Réalisation de la couverture universelle sanitaire en vue de l'atteinte des objectifs de

développement durable d'ici 2030;

L'État Guinéen utilisera les ressources financières nécessaires pour l'engagement des agents de santé communautaires selon les nouvelles mesures de la loi des finances. Les concertations se poursuivront avec les partenaires au développement pour un apport financier orienté vers le déploiement graduel et massif des agents de santé au fur et à mesure que les écoles de santé communautaires produisent de nouveaux agents. Des travaux parallèles feront que les ressources nécessaires soient intégrées dans le budget communal conformément au Plan de Développement Local (PDL)

En attendant que les écoles de santé communautaire arrivent à produire les nouveaux agents de santé communautaire, le ministère avancera avec les stratégies suivantes :

- 1- L'optimisation des Agents Techniques de Santé (ATS). Cette stratégie se focalisera sur les ATS déjà formés prêts pour le marché du travail, ils bénéficieront d'une formation complémentaire pour être utilisés comme agents de santé communautaires mobilisables rapidement par le système de santé.
- 2- La formation ou recyclage coordonné des relais communautaires par des formateurs reconnus et accrédités pour soutenir les besoins en couverture du territoire national.

Le ministère a pris l'option d'utiliser l'approche « *pipeline rural* » pour la professionnalisation des agents de santé communautaires. Elle consiste à sélectionner, former et recruter des agents pour servir dans leurs localités d'origine. Pour une capitalisation du dividende démographique le Ministère focalisera ses actions sur les jeunes (garçons et filles) des communautés en périphérie.

Il y aura :

- ✓ En zone rurale : 1 ASC pour 650 habitants soit 93 ménages à couvrir
- ✓ En zone urbaine : 1 ASC pour 1000 habitants soit 143 ménages à couvrir

Avec la taille de la population actuelle de la Guinée, Le Ministère se propose de couvrir le territoire avec environ 18000 Agents de Santé communautaires et relais communautaires.

Le Ministère opte pour la rémunération permanente des agents de santé communautaires selon leur profil. Le relais communautaire sera rémunéré selon le SMIG (440 000 GNF par mois). Au fur et à mesure que les agents de santé communautaires professionnels continueront à sortir des

écoles secondaires communautaires leur salaire sera ajusté au minimum prévu dans la fonction publique soit de 1.5 Million GNF par mois. Il en est de même pour les ATS optimisés. Le ministère demandera aux partenaires techniques et financiers d'intégrer cette nouvelle composante dans leur planification et leurs opérations sur l'ensemble du territoire national.

Le Ministère de la santé continuera à renseigner la base de données sur les ASC et les relais communautaires pour la production de ressources humaines communautaires professionnelles. Il sera consigné dans cette base, le profil de l'ASC et du RC, la rémunération, la zone d'intervention et les activités. Chaque ASC et RC aura une identification unique quel que soit l'endroit du territoire où il se trouve. Ceci permettra en temps réel de comprendre les besoins des communautés et d'y remédier rapidement en termes de déficit.

Les institutions et les ONG devront s'assurer que leurs projets correspondent aux orientations déclinées dans le plan stratégique et modifier éventuellement leur plan de travail pour harmoniser avec ces directives. Le Ministère de la santé veillera à ce que les plans révisés soient conformes à ses directives.

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

Le ministère s'octroiera le temps qu'il faut pour faire un plaidoyer rigoureux de la politique sanitaire et les axes d'implémentation contenus dans le plan stratégique.

I- INTRODUCTION

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

La politique nationale de santé retient comme vision « Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productifs, bénéficiant d'un accès universel à des services promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs y compris des soins palliatifs de qualité avec leur pleine participation ».

Le Plan National de Développement Sanitaire 2015 – 2024 a retenu les objectifs stratégiques suivants :

- **Objectif stratégique 1** : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences
- **Objectif stratégique 2** : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie
- **Objectif stratégique 3** : Améliorer la performance du système national de santé.

En juillet 2017, la politique nationale de santé communautaire est validée. Elle comprend des axes majeurs comme : 1) renforcer la gouvernance des institutions locales de santé ; 2) améliorer la performance du système de santé communautaire ; 3) contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables. Le tout étant de contribuer à l'amélioration du bien-être des populations guinéennes au sein des collectivités locales, elle repose sur un socle fondamental : Que chaque village puisse compter sur un agent de santé communautaire professionnellement formé, motivé et soutenu. Le Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, a conclu que les ASC « jouaient un rôle unique, qui pouvait se révéler essentiel pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Couverture Sanitaire Universelle ». Une formation structurée et diplômante d'une école secondaire de santé communautaire doit permettre à l'agent de mettre en œuvre un paquet d'activités intégrées au niveau communautaire. C'est dans cet ordre d'idées qu'un cadre réglementaire est définit, régissant la mise en œuvre des

interventions en santé communautaire où les déterminants majeurs de la santé sont pris en compte.

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

1.1- Profil pays

1.1.1- Situation géographique et sociodémographique de la Guinée

Figure 1: La République de Guinée et ses 4 régions naturelles

La République de Guinée, située en Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et 8°



et 15° de longitude ouest, bordée d'une façade maritime de 300 km sur l'Océan Atlantique, s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Elle est délimitée au nord-ouest par la Guinée Bissau, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par le Mali et la Côte d'Ivoire, au sud par le Libéria et la Sierra Leone, et à l'ouest par l'Océan Atlantique. Dotée d'un climat de type tropical avec alternance de saison sèche (de novembre à avril) et de saison

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

1.1.2- Situation démographique

La population guinéenne est estimée à **10.523.261** habitants¹ en 2014 dont 52% de femmes, avec une densité de 43 habitants au km². Ces chiffres cachent une inégale répartition de la population sur le territoire, avec 2/3 vivant en zone rurale contre 1/3 en zone urbaine, et plus de la moitié de la population urbaine dans la seule ville de Conakry. Il existe de fortes disparités régionales avec 20,4 % de la population totale en Basse Guinée, 22,9% en Moyenne Guinée, 19,7% en Haute Guinée, 21,7% en Guinée Forestière et 15,3% dans la zone spéciale de Conakry.²

¹3è RGPH 2014 Guinée

²Ministère du Plan, Bulletin de Population et Développement, 2012

Cette population est majoritairement jeune avec 46% âgés de moins de 15 ans³, le taux de fécondité des adolescentes de 15- 19 est de 133/1000. les 0- 5 ans 16 %, les moins de 18 ans 52, 1 %. Avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme, la Guinée est l'un des pays à croissance élevée de la région avec un taux d'accroissement naturel de 2,3 % par an. Un taux de fécondité élevé est observé chez les adolescents jeunes, adolescents 15- 19 ans ayant eu un enfant avant 15 ans, les adolescents de 15-19 ans enceintes 4, 1%, celles ayant commencé leur vie féconde 31%⁴. (MICS 2016).

1.1.3- Situation socio-économique

La Guinée, avec un produit brut par habitant (PIB) de 410 US\$ en 2008 et 55,2% de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2012⁵, fait partie des pays à faible revenu. Son indice de développement humain (IDH) faible, est passé de 0,391 en 2012 à 0,392 en 2013, ce qui classe le pays au 179^e rang sur 188. L'espérance de vie est de 56,1 ans.⁶

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national, est en baisse depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012, pour atteindre 8, 5 % en 2016⁷. Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS), en hausse, est passé de 78,3% en 2009/2010 à 81% en 2012 pour atteindre 90% en 2016, et celui des filles de 73,5% à 86 %⁸, le taux brut pour la fréquentation secondaire est de 42 % au niveau national et 34 % pour les filles. Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% avec une disparité remarquable entre les hommes (49,9%) et les femmes (21,5%).⁹

³Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples en Guinée 2012

⁴Enquête MICS Palu 2016

⁵Ministère du Plan, Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP), 2012

⁶PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain 2014,

⁷DSRP III Guinée, 2012

⁸Enquête MICS Palu 2016

⁹Ministère du Plan, Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP), 2008

1.1.4- Organisation administrative de la Guinée et l'organisation du système de santé

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

Sur le plan sanitaire, le pays est structuré en 8 régions sanitaires et 38 districts sanitaires. L'organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé sont régis par le Décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011. Ce ministère compte parmi ses structures, la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) en charge de la SRMNIA.

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

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

L'organisation fonctionnelle du système de santé ou l'offre des soins, repose sur les structures opérationnelles que constituent les formations sanitaires, réparties selon leur statut juridique en

4 sous-secteurs (public, parapublic, privé et communautaire), ainsi que selon leur paquet d'activités par niveau et par type.

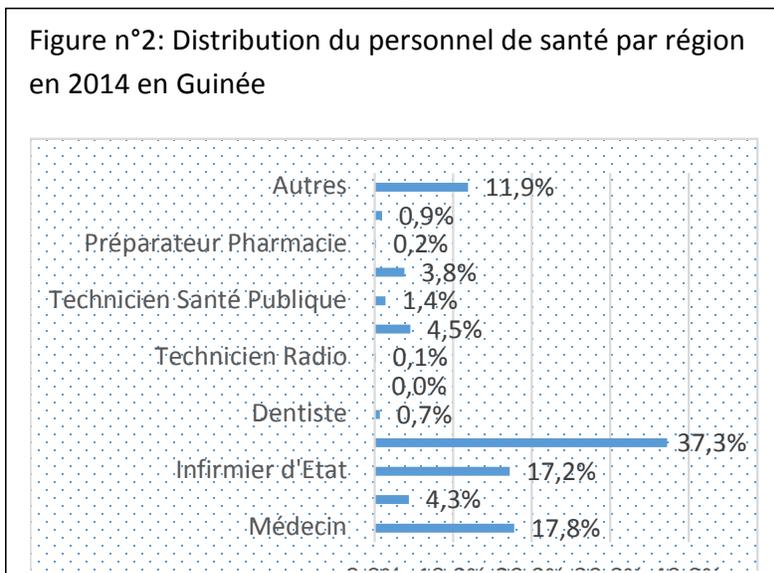
- Le sous-secteur public, dispose de :
 - Au niveau central : 3 hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen et Kipé) dont les 2 premiers constituent le CHU de Conakry ;
 - Au niveau intermédiaire : 7 hôpitaux régionaux ;
 - Au niveau périphérique ou opérationnel : 26 hôpitaux préfectoraux, 7 centres médicaux de commune (CMC) dont 5 à Conakry, 410 centres de santé et 925 postes de santé.
- Le sous-secteur parapublic dispose de trois hôpitaux d'entreprises minières (CBG, Friguia, SAG, huit dispensaires (SMD, CBK, Rio Tinto, CBG Conakry, CBG Sangarédi, Kiniéro, GAC et Délébé) et agricole (SOGUIPAH).
- Le sous-secteur privé, est constitué du privé lucratif et du privé non lucratif (ONG et confessions religieuses). Le secteur privé médical compte 10 polycliniques, 25 cliniques, 3 hôpitaux d'entreprise, 254 cabinets de consultation, 18 cabinets dentaires, 15 cabinets de sage-femme, 148 cabinets de soins infirmiers et 5 centres de santé associatifs ou confessionnels. ¹⁰
- Le sous-secteur communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

¹⁰Plan de développement des Ressources Humaines de santé, 2013

1.1.5- Ressources Humaines de santé

Figure 2: Distribution du personnel de santé par région en Guinée

Selon le recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé de 2014, l'effectif des



agents de santé s'élève à 11.527 personnes, dont 51 % de femmes et 49% d'hommes. Ce personnel, inégalement réparti sur le territoire national avec 55,2 % à Conakry, souffre d'un vieillissement alarmant avec plus de la moitié (65%) âgé au moins de 45 ans, posant un problème de renouvellement.

- Les Agents Techniques de Santé (ATS) représentaient 37% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2014
- Les Infirmiers d'Etat (IE) représentaient 13% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants en 2014,
- Les Sages-femmes (SF) représentaient 4% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 0,5 sages-femmes pour 10.000 habitants en 2014,
- Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 0,16 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2014,
- Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants,

- Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 12 % de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014.

Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent 30% de l'ensemble du personnel de santé (public et privé), soit un ratio de 3,2 soignants pour 10.000 habitants en 2014. Bien que les besoins en RHS soient avérés, certaines catégories professionnelles (médecins, ATS) sont produites en surnombre contrairement aux sages-femmes, infirmiers d'état, technicien de laboratoire et autres.

C'est dans ce cadre que 3800 agents de santé toutes catégories sont recrutés en 2016 et affectés pour couvrir les besoins.

1.1.6- Cadre législatif et réglementaire spécifique

1.1.6.1- Dans le secteur public

La loi L/2008/028/AN du 31 décembre 2008, portant Statut Général des Fonctionnaires, définit et classe les emplois de la fonction publique (A, B, C), les qualifications et fonctions correspondantes (cadre, assistant et exécutant) et les conditions et modalités d'ouverture des postes et d'accès aux emplois¹¹.

Cette loi préconise l'annuité des recrutements et les positions dominantes des Ministres en charge de la Fonction publique et des Finances dans ce processus. Elle précise les droits et obligations contractuels de l'Etat et du Fonctionnaire, notamment le droit du fonctionnaire à la protection sociale, à la formation et à la protection contre les menaces et risques du métier.

Elle fixe les positions administratives du fonctionnaire, les incompatibilités professionnelles, les sanctions, les avancements et le régime des rémunérations.

¹¹ Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des fonctionnaires

Ladite loi dispose que des décrets précisant les conditions particulières de son application seront pris¹².

En 2008, le décret d'application portant statut particulier du personnel de la santé a été pris, lui-même nécessitant des textes d'application.

Les arrêtés d'application prévus par ledit décret ont été pris au cours de l'année 2012 et la mise œuvre a commencé en 2014. Toutefois, les mesures proposées ne semblent pas suffisantes pour atteindre les résultats escomptés.

1.1.6.2- Dans le secteur privé

Des Ordonnances fixent le régime général de travail de même que le régime spécifique propre à certains métiers comme les travailleurs en mer et les apprentis^{13,14}. Contrairement au régime général des fonctionnaires, le code du travail est très libéral. Cependant, il encadre les conditions de contractualisation entre employé et employeur et assure une protection sociale, d'hygiène et de sécurité du travailleur.

1.2- Approche pour le changement

Le contexte général et épidémiologique du pays nous conduit à élaborer ce plan stratégique pour définir les approches tactiques et opérationnelles du gouvernement pour implémenter la politique sanitaire à travers un agenda national dans lequel l'ensemble des partenaires techniques et financiers et autres entités étatiques, harmonisent leurs actions en vue de rapprocher les services de santé de base de la communauté. Ce présent document rassemble une large part de définitions, d'approches tactiques et de mode opérationnels sur des éléments tels que :

1.1.1. 12 Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des fonctionnaires

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

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

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

- Le paquet intégré de soins et services à délivrer au niveau communautaire;
- L'Agent de Santé Communautaire;
- Le mécanisme de compensation financière des agents;
- La formation diplômante et continue des agents;
- Le processus de sélection des agents;
- Les mécanismes de suivi – évaluation.

D'autres éléments du système comme : l'organisation des services à base communautaire, la logistique des intrants, médicaments et produits de santé, la garantie de la qualité des services, la gestion des informations et la coordination des interventions des acteurs seront largement abordés.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement pour le développement de la santé communautaire, des réformes et changements importants doivent être opérés. Ceci passe par :

- ✓ L'engagement et la redevabilité communautaire ;
- ✓ La création, l'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre de la fonction publique locale ;
- ✓ Le développement graduel et suffisant des ressources humaines, à travers la **formation diplômante et continue des Agents de Santé communautaires** ;
- ✓ L'investissement progressif et suffisant dans les institutions de formation des ASC pour améliorer les connaissances et compétences ;
- ✓ L'investissement progressif et suffisant pour garantir la rémunération pérenne de l'Agent de Santé Communautaire (**espace fiscal adéquat**) ;
- ✓ L'investissement suffisant et de manière organisée dans les éléments comme les médicaments, produits de santé, intrants médicaux et d'autres éléments essentiels de l'offre de soins (personnels formés, équipements, supervision et régulation) ;
- ✓ L'offre des services et soins de qualité aux communautés de manière inclusive à travers le paquet intégré d'interventions.

Ainsi, toute la population guinéenne, quel que soit le secteur du territoire national où elle se trouve, aura de **manière pérenne accès aux services de santé. La mise en œuvre de toutes les stratégies suscitées contribuera à l'amélioration** de la performance du système de santé communautaire.

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. On note les caractéristiques suivantes :

- 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.

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

- 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, équitable et pérenne de l'Etat,

- 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.

L'historique de la mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée avec les programmes nationaux et projets avec l'appui des partenaires ainsi les activités et les zones d'intervention se trouve résumé dans le tableau en annexe.

2.4- Des expériences pertinentes en cours

Le Ministère de la Santé est en train de capitaliser sur des expériences en cours avec l'appui de partenaires. Il s'agit entre autres :

- La faisabilité de l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre des services à base communautaire;
- L'amélioration de la gouvernance des institutions locales de santé ;
- Le développement d'un système de financement basé sur les résultats (FBR) ;
- La mise à place d'un logiciel de gestion des produits et intrants de santé ;
- Le renforcement du système de santé au niveau communautaire (RSS) ;
- Le développement de l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire dans la mise en œuvre des interventions communautaires à travers les communes de convergence ;
- Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire (SBC)
- Renforcement/Engagement communautaire pour la santé (Article 29 Code de collectivités locales)
- Développement de la Plateforme (One Health) **Santé-Environnement –Élevage**
- Mise en œuvre de la stratégie e-health m-health en santé
- Renforcement de la gestion de ressources humaines pour la santé (logiciel Irhis)
- Renforcement du SNIS à travers DHIS2
- La mise en place du pipeline rural.

La mise en œuvre efficace de ces expériences ainsi que leur suivi apporteront des enseignements utiles pour le développement de la santé communautaire en Guinée.

2.5- Organisation actuelle de la santé communautaire en Guinée

En Guinée, le développement de la santé communauté commence par le centre de santé, le poste de santé et se poursuit dans les communautés et familles à travers les agents de santé communautaires et relais communautaires.

Centre de santé/ Poste de santé

Au niveau du centre de santé et poste de santé, se déroule la formation les ASC, l'offre de services préventifs, curatifs et promotionnels ainsi que le suivi des activités à base communautaires et de la médecine traditionnelle et l'approvisionnement en médicaments et autres intrants.

Niveau communautaire

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

Les agents de santé communautaires mènent les activités promotionnelles, préventives et de soins selon le paquet intégré. Ils assurent également, les rôles de relais et de référence au CS/PS niveau immédiatement supérieur

2-6- Système de financement

Les comptes nationaux de santé de 2013 montrent que la principale méthode de financement de la santé repose essentiellement sur le paiement direct par les ménages (62,2%) CNS 2013. La Santé est vue comme un investissement qui doit être financée par l'État et ses partenaires. La décision du gouvernement d'intégrer le dividende démographique en recrutant les jeunes et les femmes dans la mise en œuvre de la stratégie de formation des agents de santé communautaires est envisagée.

Toutefois, le financement de la santé communautaire dépend en grande partie du financement extérieur qui demeure également insuffisant et non pérenne.

Au vu de la situation actuelle, le financement de la santé communautaire devrait être renforcé à travers l'accroissement de l'apport des partenaires et une ligne budgétaire conséquente de l'Etat.

2.7- Cartographie des intervenants et interventions

Dans le cadre de la mise en œuvre de la santé communautaire, plusieurs acteurs interviennent dans les régions et les districts du pays. Le tableau en annexe donne des détails sur les agences de mise en œuvre, les partenaires, les interventions et leur zone d'intervention.

2.8- Cartographie de la distribution des agents de santé et relais communautaires.

Le rapport de la cartographie des agents de santé communautaire et des structures de santé en Guinée sorti en Mai 2016 a montré un chiffre de 5781 Agents de Santé communautaires. Selon l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), 17433 Agents communautaires ont été recrutés via un processus d'engagement communautaire.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des agents de santé communautaires par région selon les statistiques fournies par les DPS.

Tableau 1: Situation Actuelle des ASC par Région en 2017

N°	Région	Nombre actuel d'agents de santé communautaire
1	Conakry	1890
2	Kindia	2104
3	Mamou	1086
4	Faranah	2003
5	Boké	1466
6	Labé	2226
7	N'Zérékoré	3007
8	Kankan	2785
Total		16567

NB: Ces chiffres prennent en compte les agents communautaires et les agents de santé communautaires (source : DPS 2017)

2.9- Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Tableau 2: Forces Faiblesses, Opportunités et Menaces

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La volonté politique affichée pour le développement de la santé communautaire; ✓ Existence d'un code de collectivité définissant le rôle des élus locaux dans la gestion des services déconcentrés; ✓ Disponibilité de la carte sanitaire; ✓ Existence des services à base communautaires au sein des districts sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiguïté dans les définitions de l'ASC et de l'AC; ✓ Couverture géographique en ASC; ✓ L'esprit continu de bénévolat; ✓ Appropriation du rôle des communautés dans la gestion des services déconcentrés de l'état; ✓ Gouvernance des institutions du système de santé communautaire; ✓ Niveau de base des ASC; ✓ Formation des ASC; ✓ Suivi et évaluation des activités des services à base communautaire; ✓ Capitalisation des expériences de mise en œuvre de la santé à base communautaire; ✓ Implication des femmes et des jeunes dans la mise en œuvre des activités à base communautaire; ✓ Coordination des activités à base communautaire; ✓ Insuffisance de ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire; ✓ Fidélisation des agents de santé;

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilité en médicaments, équipements, infrastructures et autres technologies de santé; ✓ Système d'informations sur la santé communautaire.
Menaces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instabilité et trouble socio-politique ✓ Épidémies et catastrophes naturelles ✓ Inaccessibilité de certaines zones rurales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs partenaires engagés dans les interventions de santé communautaires; ✓ La mise en place du fond national de développement local; ✓ La création de l'Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC); ✓ Bonne disponibilité de la communauté à accueillir les activités communautaires; ✓ Existence d'associations locales, ONG et de ressortissants; ✓ Existence de besoins réels de services à base communautaire.

III- Vision et Principes

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.

3.1- 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
- (vii) la redevabilité.

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

3.2- But

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

3.3- Objectifs

3.3.1- Objectif général

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

3.3.2- 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.

3.4- 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- STRATEGIE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

4.1- Axe Stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance des institutions locales de sante

Plusieurs acteurs participent ou contribuent à la mise en œuvre des interventions à base communautaire. Ils sont issus de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de l'administration du territoire (circonscriptions territoriale et collectivités locales, et communautés) des ONG, des Organisations de la Société Civile, des partenaires techniques et financiers. Ces acteurs interagissent à travers des mécanismes de prise de décision et partage des responsabilités. Ils jouent un rôle clé dans la définition des priorités sanitaires, participent à la génération, mobilisation, à la gestion des ressources, au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation. En effet, la redevabilité à tous les niveaux du système de santé et de l'administration publique doit être renforcée.

Pour améliorer la gouvernance, le ministère et ses partenaires doivent engager des efforts soutenus dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire en vue de relever les défis ci-après :

- Renforcement du leadership et du partenariat
- Pérennisation du système de financement ;
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires
- Professionnalisation des agents de santé communautaire et la couverture intégrale du pays;
- Rémunération et la fidélisation des agents de santé de communautaire;

- Réalisation de la couverture universelle sanitaire en vue de l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030;
- Supervision régulière des acteurs de la santé communautaire.

4.1.1- Leadership, partenariat et gouvernance locale

Le dispositif actuel du Ministère fait que le rôle central de la planification stratégique pour la santé communautaire repose sur la **Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle**. Pour la mise en œuvre de ce plan, la direction continuera à coordonner le secteur de la santé communautaire, assurer le rôle de régulation, de suivi/évaluation et faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Elle doit bénéficier de l'appui de toutes les directions techniques du Ministère de la Santé et des autres Départements et du soutien des partenaires techniques et financiers pour accomplir sa mission. Elle assurera la coordination et l'harmonisation des interventions de l'ensemble des programmes et partenaires à travers une plateforme et veillera à la mise en place des comités de coordination du secteur de la santé par niveau.

Au niveau régional, la coordination des activités à base communautaire est sous la responsabilité technique du DRS en collaboration avec tous les acteurs. La coordination se réalise à travers le Comité Régional de coordination du secteur de la santé (CRCSS) présidé par le Gouverneur. Ce comité organise le dialogue social, veille sur la multisectorialité des interventions et assure le suivi/évaluations des activités communautaires. Le comité régional assure le plaidoyer en faveur de la santé communautaire et appuie l'organisation des instances de coordination. La Région bénéficie de l'appui du niveau central et de l'apport des partenaires techniques dans les limites décrites dans la politique sanitaire et ce plan stratégique. A ce niveau, un responsable technique sera désigné pour le suivi de la mise en œuvre des interventions communautaires.

Au niveau préfectoral, la coordination est sous la responsabilité technique du DPS en collaboration avec tous les acteurs. La coordination se réalise à travers le Comité Préfectoral de coordination du secteur de la santé (CPCSS) présidé par le préfet.

Ce comité organise des activités de suivi/évaluation et facilite la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines pour la mise en œuvre des interventions. Il appuie l'organisation des instances de coordination.

Au sein de l'équipe cadre du district sanitaire, un responsable technique sera désigné pour le suivi de la mise en œuvre des interventions communautaires.

Au niveau communal la coordination est sous la responsabilité du CCS en collaboration avec le COSAH et tous les autres acteurs communautaires. Cette coordination se réalise à travers le Comité communal de coordination du secteur de la santé (CCCSS) présidé par le maire. Au sein de l'équipe du centre de santé, un point focal sera désigné pour le suivi et la mise en œuvre des interventions communautaires. Ce point focal en collaboration avec les autres agents de santé assurera la supervision des interventions.

Dans le processus de responsabilisation des collectivités, leurs missions et rôles sont développées dans le code des collectivités locales et sont pris en compte dans l'axe stratégique autonomisation des groupes vulnérables.

Les principales interventions à mettre en œuvre en vue d'assurer efficacement le leadership, le partenariat et la gouvernance locale sont les suivantes :

- Renforcement des capacités techniques des Cadres des programmes, des équipes cadre Régionale et de Districts
- Formation en leadership pour les cadres
- Renforcement des capacités techniques des acteurs communautaires en matière de gouvernance locale (élus locaux, administrateurs locaux, COSAH, OBC).
- Renforcement des capacités des structures régionales et préfectorales (dotation en Ordinateurs et imprimantes, Mobiliers, Matériels de bureau, Accès Internet, Matériels roulants)

- Harmonisation des mécanismes institutionnels (Fonction Publique locale, Activités sanitaires et budget collectivités)
- Renforcement des mécanismes de coordination au niveau central, régional, préfectoral et communale.
- Renforcement de la planification opérationnelle par niveau
- Cartographie préfectorale des ressources communautaires (Mobilisation des ressources communautaires court et moyen termes /Développement de Plan mutualisé de couverture Préfectorale)
- Développement de la recherche action au niveau communautaire
- Développement du système d'information communautaire
- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur du plan stratégique;
- Organisation du dialogue sociale en santé;
- Mise en place de cadre de redevabilité (identification des éléments de performance et des responsables, partage de l'information)
- Organisation de l'offre de service

Rôles et Responsabilités des ONG nationales et internationales

Les ONG nationales et internationales inscrivent leur action dans l'agenda des DRS, DPS et CS. Elles ont pour rôle d'appuyer les activités de santé communautaires sous le leadership des autorités sanitaires à tous les niveaux. Elles participent à la planification, la formation, la mobilisation des ressources, les supervisions conjointes et les réunions de coordination. Elles ont l'obligation d'intégrer leurs activités dans les PAO des districts et partager leurs rapports d'activités aux autorités sanitaires.

Les organisations de la société civile doivent veiller au contrôle citoyen de l'action publique notamment l'utilisation judicieuse des ressources et la recherche constante de la satisfaction des usagers.

4.1.2- Système de financement pérenne et local

Les comptes nationaux de santé de 2013 montrent que la principale méthode de financement de la santé repose essentiellement sur le paiement direct par les ménages (62,2%). Il a été notifié par la Commission de Haut Niveau pour l'Emploi en Santé et la Croissance Economique de l'OMS : La Santé doit être vue comme un investissement. La commission a démontré l'importance des personnels de santé comme un facteur important pour la croissance économique en dehors du rendement social. La décision du gouvernement d'intégrer le dividende démographique en recrutant les jeunes et les femmes dans la mise en œuvre de la stratégie de formation des agents de santé communautaires rentrent dans le cadre des recommandations de la commission.

La part des dépenses de santé de l'État dans les dépenses totales continue d'augmenter aussi pour couvrir les besoins. La loi de finances de 2018 contient des provisions dans les « nouvelles mesures » pour couvrir la prise en charge d'un certain nombre d'agents de santé communautaire.

De nombreuses études montrent des taux élevés de déperdition d'agents communautaires bénévoles. Ceci entraîne également un gap dans le continuum des services de soins entre ASC et communautés. Ce qui suscite des coûts encore plus élevés de reprendre le processus, de nouvelles formations et le déficit de fournitures de services à un niveau acceptable. L'idée de garantir une rémunération constante pour l'agent de santé communautaire constitue une garantie de la pérennité des actions. La politique de santé communautaire est claire dans le sens qu'elle soutient une compensation financière pour l'agent de santé communautaire.

Les soins de santé primaires étant une compétence transférée aux collectivités locales, le transfert des ressources liées à l'exercice de cette compétence se fera progressivement. Le ministère de la santé s'alignera sur les procédures de gestion financière au travers des structures communautaires décentralisées en vigueur pour garantir une rémunération adéquate aux agents de santé communautaire. Les collectivités locales auront un niveau d'engagement significatif dans le financement de la santé.

Les Ministères en charge de la santé et de la Décentralisation veilleront à une intégration des interventions des partenaires pour rationaliser l'utilisation des ressources, particulièrement dans la rémunération des agents de santé communautaire.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPN/DDL), un fond national de développement

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

4.1.2.1- Étape transitoire

L'état guinéen s'est déjà engagé à mettre en place la fonction publique locale. De ce fait, le personnel de santé communautaire automatiquement relèvera de cette fonction publique locale relevant des collectivités territoriales. Il faut noter à cet effet les opportunités suivantes :

- La création du Fond National de développement local pour les collectivités avec des directives claires sur les procédures de transfert de fonds;
- La mise en place de l'Agence National de financement des collectivités locales (ANAFIC). Les partenaires techniques et financiers travailleront avec l'Agence sur les modalités de transfert des ressources liées à la santé communautaire.

L'État Guinéen utilisera les ressources financières nécessaires pour l'engagement des agents de santé communautaires selon les nouvelles mesures de la loi des finances.

Les concertations se poursuivront avec les partenaires au développement pour un apport financier orienté vers le déploiement graduel et massif des agents de santé au fur et à mesure que les écoles de santé communautaires produisent de nouveaux agents, et que l'optimisation des Agents Techniques de santé avance sur le terrain.

En ce sens, les budgets sectoriels seront ajustés pour ce déploiement. Des travaux parallèles feront que les ressources nécessaires soient intégrées dans le budget communal conformément au Plan

de Développement Local (PDL)

4.1.2.2- Budget des collectivités locales

Le ministère en charge de la santé collaborera avec le Ministère en charge des collectivités pour s'assurer que les activités sanitaires sont prises en compte dans le plan de développement local et sont en harmonie avec les politiques sectorielles. Les experts des Ministères techniques apporteront aussi l'éclairage pour le développement des budgets locaux et garantir les convergences programmatiques et opérationnelles.

En attendant la mise en place de la FPL, les agents de santé communautaires relèvent administrativement de l'autorité exécutive locale. Ils seront rémunérés par les collectivités locales et la gestion de leur carrière sera assurée conjointement par la DPS et la mairie.

4.1.3- Renforcement des capacités des acteurs communautaires

4.1.3.1- Les acteurs, rôles et responsabilités

Les capacités des acteurs communautaires seront renforcées dans divers domaines surtout dans la planification stratégique et opérationnelle en tenant compte de leurs missions et de leurs rôles. Les intrants nécessaires pour la mise en œuvre seront rendus disponibles. L'État Guinéen garantira la formation nécessaire pour le leadership à tous les niveaux. Les contrats de prestations seront établis avec les acteurs, les fiches de poste et de suivi/évaluation seront élaborées pour mesurer la performance des acteurs à tous les niveaux.

Le tableau ci-dessous résume les responsabilités

Tableau 3: Répartition des missions et rôles selon les acteurs

Acteurs	Missions/rôles
<p>Départements ministériels (MATD, Finances, Budget, , , Agriculture, METFP , Ministère de la Communication, Action sociale, Mines</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la mise en œuvre de la politique; - Mobiliser les communautés - Participer à l'organisation des campagnes de masse - Appuyer la mise en œuvre des activités de formation - Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire; <p>Veiller aux transferts de ressources vers les collectivités</p>

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

Acteurs	Missions/rôles
	<p>locales à travers l'ANAFIC; Assurer le contrôle de l'utilisation des ressources;</p>
MFPREMA, MATD, MS	<p>Veiller au respect des normes et procédures de gestion de la carrière des agents de la fonction publique locale Assurer la mise en place de la fonction publique locale;</p>
Élevage/ Environnement, Santé	<p>- Appuyer pour la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique à base communautaire; Appuyer la promotion de l'ATPC, Hygiène du milieu, l'accès et l'utilisation de l'eau potable.</p>
Autorités régionales	<p>- Participer à la mobilisation des ressources matérielles et financières en faveur de la santé communautaire; - Promouvoir les activités génératrices de revenus, - Mobiliser la communauté - Faire la promotion des ASC - Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions</p>
Autorités préfectorales	<p>- Vulgariser les textes juridiques ; - - encadrer le recrutement et participer à l'installation officielle des ASC , - Mobiliser les communautés - Faire la promotion des ASC Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire</p>

Acteurs	Missions/rôles
<p>Responsables communaux (Maires)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des, - Promouvoir les activités génératrices de revenus, - Participer à l'installation officielle des ASC, - Mobiliser la communauté - Procéder au recrutement des ASC; - Valider le recrutement des ASC par arrêté du Maire - Assurer le suivi des activités des ASC dans le cadre de la promotion de la santé communautaire
<p>Comités de Santé et d'hygiène/</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des interventions à base communautaire et à la motivation des ASC, - Participer au choix des ASC, - Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des centres et postes de santé - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination - veiller à l'assainissement du milieu.
<p>Comités Villageois de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Mobiliser les ressources locales, - Participer dans le processus de sélection des ASC, - Participer à la mise en œuvre des interventions à base communautaire, - Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des centres et postes de santé - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination. <p>Participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires</p>

Acteurs	Missions/rôles
<p>ONG/internationales/Nationales et Associations locales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Contribuer à la mobilisation des ressources, - Appuyer le processus de sélection des ASC, <p>Contribuer à l'organisation des missions conjointes de suivi et d'évaluation des activités de santé communautaire;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires et administratives; - Faire le rapportage des activités communautaires au responsable du centre de santé, - Participer aux réunions de coordination organisées par l'ECD; - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination; <p>Intégrer leur Plan de travail dans la planification de ECD</p>
<p>Partenaires techniques et financiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appui technique et financier - Contribuer à la mobilisation des ressources - Participer au suivi/évaluation - Participer au développement du processus de la mise en œuvre
<p>Praticiens de la médecine traditionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la mobilisation des communautés, - Faire l'IEC/CCC, - Référer/Orienter les cas, - Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.

Acteurs	Missions/rôles
<p>Leaders d’opinion (Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d’associations ou de groupements)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Participer à la mobilisation des ressources, - Participer au processus de sélection des ASC, - Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC, - Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.

La division de l’Unité de Formation et de Perfectionnement de la direction des Ressources Humaines en collaboration avec la Direction de la Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle a la responsabilité stratégique de la définition du profil de cadres en santé et de la formation des nouveaux agents de santé communautaire telles que définies dans les politiques. Cette unité a le mandat aussi de définir de nouveaux mécanismes pour la production rapide à court et à moyen termes des profils capables de rentrer rapidement dans le système communautaire de santé. Les détails relatifs à la disponibilité des ressources humaines communautaires sont développés plus loin dans ce document.

Dans cette perspective, l’unité de formation et de perfectionnement fait les articulations avec le Ministère de l’enseignement technique, de la formation professionnelle et les écoles de formation en santé communautaire pour une harmonisation complète des modules dans l’application des politiques

4.1.3.2- Management communautaire

Le management communautaire repose sur le principe de la responsabilisation des communautés sur la prise en charge de leur propre problème de santé. Les communautés doivent être capables d’identifier et prioriser leurs besoins en matière de santé, organiser l’offre de service et s’approprier de toutes les démarches liées à la satisfaction des usagers.

Ainsi, les Comités de santé et d'hygiène appuyés par le personnel de santé et les autorités des collectivités locales, veilleront à l'engagement effectif 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.

Dans le cadre du partage d'information et de la redevabilité, des fora communautaires seront régulièrement organisés avec l'implication des organisations de la société civile et leaders communautaires.

4.1.4. Résultats de l'Axe Strategique Gouvernance

La mise en œuvre des objectifs du Plan Stratégique sera matérialisée par des résultats à atteindre sous forme de chaîne de résultats

Tableau 1 Chaîne des résultats : Renforcer la gouvernance des institutions locales de santé

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
Objectif stratégique 1 : Renforcer la gouvernance des institutions locales de santé				
	Organisation de sessions de formation en leadership	Les responsables des régions et des préfectures participent aux sessions de formation en leadership organisées par le Ministère.	100 cadres des régions et préfectures seront formés sur les 5 prochaines années	Le leadership est renforcé avec 70% du personnel en position managériale intermédiaire et de leadership formé en leadership
	Sélection de cadres au niveau régional et préfectoral pour une formation de maîtrise en sante publique	Les cadres des régions laissent la guinée pour des formations à l'extérieur	20 Directeurs régionaux et préfectoraux reçoivent un diplôme de maîtrise en Sante Publique	La gouvernance locale est renforcée avec 80% des directeurs régionaux et préfectoraux partant à la retraite seront remplacés par des cadres avec maîtrise en sante Publique
	Acquisition de mobiliers, d'équipements informatiques, de matériels roulants et fourniture d'accès internet aux bureau régionaux et préfectoraux	Dotation des bureau régionaux et préfectoraux en moyens matériels pour l'exécution des taches	La capacité d'interventions des directions régionales et préfectorales est augmentée dans les 3 dernières années du plan	Renforcement des structures régionales et préfectorales
	Réalisation d'ateliers dans les préfectures et multiples sessions de travail	<ol style="list-style-type: none"> 1) 38 sessions sont organisées dans les préfectures pour un total de 380 personnes 2) Séances entres les acteurs clés 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Les activités Sanitaires sont prises en compte dans les budgets des collectivités locales. 4) Le personnel communautaire est envisagé dans la fonction publique locale 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Harmonisation des mécanismes institutionnels 2) Transfert de ressources liées aux compétences transférées
	Réalisation d'ateliers de travail dans les régions et préfectures	46 sessions sont organisées dans les préfectures et régions pour un total de 552 personnes	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les plans opérationnels régionaux et préfectoraux annuels sont disponibles 2) L'intégration de l'intervention des partenaires au niveau régional et préfectoral est assurée 3) Les plans opérationnels des structures sanitaires sont disponibles 	<ol style="list-style-type: none"> 1) L'implémentation du Plan Stratégique est facilitée 2) Le partenariat est renforcé

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
	Réalisation de table rondes, de séances de travail et engagement d'institution technique spécialisée	Participation de 840 personnes dans des échanges dans les régions et communes	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mutualisation personnel communautaire 2) Cartographie préfectorale des ressources humaines disponible 3) Base de données électroniques 	La carte de distribution d'agents de santé communautaire et de relais communautaires est rationalisée
	Engagement de bureau de communication, de consultants et d'assistants technique	Élaboration de Plan de communication	Plaidoyer pour le plan stratégique assure	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ressources additionnelles mobilisées pour le plan stratégique 2) Resistance naturelle aux changements contres

4.2. Axe Stratégique 2 : Amélioration de la Performance du système de santé communautaire

La base du système communautaire est l'agent de santé communautaire. Le Ministère a fait le choix de s'appuyer sur les acteurs communautaires de santé (Agents de Santé communautaire et Relais communautaires et les COSAH) qui constituent un maillon essentiel du système communautaire pour pallier aux inégalités d'accès aux soins et d'iniquité dans le pays, ne permettant pas à la population de disposer des services de santé de base à moins de 5 km de leur lieu de résidence.

Sachant que ce déficit n'est pas seulement institutionnel, celui des ressources humaines atteste aussi ce défaut de proximité avec 0.7 personnel de santé pour 1000 habitants, alors que la norme selon l'OMS est de 2,3 pour 1000 habitants. En plus, ce personnel est inégalement réparti sur le territoire national.

Pour améliorer la performance du système, le Ministère se propose de clarifier le statut des acteurs communautaires, le cadre règlementaire, le suivi/évaluation et surtout son articulation avec l'ensemble du système. Ceci permettra de relever le défi en vue d'atteindre les objectifs.

4.2.1- Renforcement des services de santé communautaire

4.2.1.1- Fondation du système communautaire

Profil de l'agent de sante communautaire professionnalisé

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

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

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

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

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

Profil du relai communautaire

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

- Être volontaire et prêt à servir dans sa collectivité
- Être membre résident de la communauté,
- Avoir la confiance de la communauté pour sa probité morale et sa disponibilité
- Jouir d'une santé lui permettant d'accomplir les activités,
- Être âgé de 18 à 50 ans
- Savoir lire et écrire en français
- Savoir parler la langue du terroir

Tâches de l'Agent de Santé Communautaire en Guinée

Les domaines d'intervention de la santé communautaire sont : la promotion, la prévention, les soins curatifs de base, les références, notification des urgences, évènements de santé publique et le rapportage. Les tâches de l'agent de santé communautaire sont à priori déterminées par les

responsables sanitaires en accord avec la communauté et comportent au moins les éléments suivants :

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

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

De la supervision des ASC

Les Agents de santé communautaires seront placés dans un cadre d'évolution qui facilite le travail supervisé. La supervision sera assurée par les professionnels du centre de santé (chef du centre de santé ou toute autre personne ressource capable de réaliser cette activité). Dans les institutions recevant l'appui d'ONG partenaires, elle se fera en collaboration avec le Chef du Centre de Santé. La supervision rentrera dans une démarche standardisée de supervision formative. En ce sens, la supervision fera l'objet d'une bonne préparation. C'est un processus destiné à guider, appuyer et aider l'agent à remplir les tâches qui lui sont assignées. L'objectif est de renforcer leurs compétences et également leur crédibilité dans la communauté. La supervision est régulière et adopte un rythme mensuel. Le rythme peut être plus fréquent voire hebdomadaire. Le superviseur, utilisant des grilles de supervision approuvées par les autorités sanitaires, sera responsable des points suivants :

- Évaluer l'atteinte des objectifs fixés entre les ASC et les communautés;
- Assurer le suivi régulier des activités des ASC;
- Apprécier l'application des normes et procédures en santé communautaire;
- Aider à corriger les insuffisances constatées durant la supervision;
- Vérifier la tenue et l'utilisation correcte des outils de gestion;
- Vérifier la qualité des données et la complétude des rapports mensuels;
- Faire la retro-information sur les résultats de la supervision.

Il est entendu que la supervision doit renforcer le dialogue dans les deux sens. La supervision intégrée peut être suivie au besoin de supervision spécifique programmatique ou organisationnelle. D'autres détails sur les principes, les objectifs, les méthodes, les périodicités de supervision et les grilles de supervision seront dans les documents normatifs destinés à cet effet.

Sanctions

L'ASC ne doit pas dépasser les limites des tâches et responsabilités qui lui sont assignées. En cas de manquement, les sanctions vont de l'avertissement, du blâme, de la suspension à la radiation.

Tous les agents de santé communautaires performants bénéficieront d'une progression professionnelle en fonction du plan de carrière et/ou des récompenses et avantages en fonction des réalités de leurs zones d'intervention. Quand l'agent deviendra membre à part entière un de la fonction publique locale, il se soumettra aux exigences de lois régissant en la matière.

4.2.1.2- Paquets intégrés d'interventions en santé communautaire

En dépit des efforts accomplis dans la formation des agents de santé en vue d'une approche intégrée, nombreux agents de santé communautaires sont utilisés par des programmes spécifiques (tels que le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, , la nutrition, la planification familiale...) pour réaliser des activités au niveau communautaires.

Au vu des résultats probants constatés dans des expériences vécues ailleurs et en Guinée, le Ministère de la santé s'éloigne progressivement des approches thématiques pour privilégier un paquet intégré d'interventions capable d'apporter à la communauté la continuité des soins selon son cycle de vie et tous les éléments de service de base nécessaire à une vie productive. L'idée est de bâtir le système communautaire pour des résultats durables à travers les agents de santé communautaires polyvalents.

Domaines et activités couverts par le paquet intégré :

Santé Maternelle

Activités préventives

Sensibiliser les femmes, les familles, les communautés sur l'importance de :

- ✓ Vaccination;
- ✓ Consultation prénatale (CPN) et post natale;
- ✓ Soins pré-nataux et post nataux
- ✓ Lavage des mains, traitement de l'eau de boisson avec du chlore;
- ✓ L'abandon des MGF et autres formes de VBG;
- ✓ Les causes, les conséquences et la prévention des fistules obstétricales;
- ✓ L'utilisation des structures de soins;
- ✓ Les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et après

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

- ✓ Déclaration et notification des décès maternels, néonataux et riposte;
- ✓ Prévention de l'hémorragie du Post partum par l'administration du misoprostol;
- ✓ Identification des femmes souffrant de fistules obstétricales et les référer;
- ✓ La prévention des maladies (IST/VIH/Sida, PTME/TB, ...);
- ✓ Recherche active des perdus de vue;
- ✓ Les maladies et l'alimentation pendant la grossesse et le Post Partum;
- ✓ Identification et soutien aux victimes de VBG;
- ✓ Mobilisation des communautés pour le dépistage du VIH.

Activités promotionnelles

- ✓ Promouvoir :
 - L'utilisation de sel iodé dans les ménages;
 - L'utilisation des MILDA;
 - La PF (l'espacement idéal des grossesses, méthodes modernes de contraception à longue durée d'action...);
 - Lavage des mains et l'assainissement du milieu;
 - L'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.
- ✓ Distribuer des contraceptifs (oraux et injectables);
- ✓ Conseiller les organisations communautaires sur les activités génératrices de revenus (AGR);

Santé néonatale

Activités préventives

- ✓ Vacciner les N-nés dès la naissance;
- ✓ Reconnaître les signes de dangers chez le N-Né pour référence;
- ✓ Déclarer et suivre l'enregistrement des naissances;
- ✓ Notifier les décès des nouveaux nés.

Activités Promotionnelles

- ✓ Promouvoir l'allaitement maternel immédiat et exclusif jusqu'à 6 mois et l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans;
- ✓ Promouvoir la diversification alimentaire à partir de 6 mois et le complément alimentaire après 6 mois

- ✓ Promouvoir les soins kangourou pour les prématurés et les faibles poids de naissance.

Activités curatives

- ✓ Soins au nouveau-né (soins des yeux, soins de l'ombilic...)

Santé infantile

Activités préventives

- ✓ Vacciner ;
- ✓ Diversifier l'alimentation;
- ✓ Supplémenter en vit A;
- ✓ Déparasiter ;
- ✓ Rechercher activement des pertues de vues pour la vaccination.

Activités promotionnelles

- ✓ Promotion des comportements clés favorables à la survie et au développement de l'enfant (allaitement maternel exclusif, vaccination, utilisation des aliments locaux, utilisation des MILDA, lavage des mains, évacuation hygiénique des excréta...);
- ✓ Promotion de l'utilisation du SRO/Zinc;
- ✓ Respect du calendrier vaccinal;
- ✓ Traitement de l'eau à domicile avec du chlore;

Activités curatives

- ✓ Prise en charge intégrée des cas simples de paludisme, pneumonie et de diarrhée.
- ✓ Dépister et référer les cas de Malnutrition;
- ✓ Reconnaître les signes de dangers chez l'enfant et référence des cas graves de paludisme, diarrhée et de pneumonie;

Santé des adolescents et des jeunes

Activités préventives

- ✓ Distribution des contraceptifs;
- ✓ Mobilisation sociale sur les conséquences des mariages et grossesses précoces;
- ✓ Mobilisation sociale et orientation sur la fistule obstétricale.

Activités promotionnelles

- ✓ Promotion des actes interdisant et sanctionnant les VBG;
- ✓ Promotion du dépistage volontaire du VIH/Sida, du diabète et du cancer
- ✓ Promotion de l'abstinence;
- ✓ Promotion de l'utilisation de la PF (des méthodes contraceptives à longue durée d'action etc...), et des préservatifs

Activités curatives

- ✓ Prise en charge intégrée des cas simples de maladies;
- ✓ Identification et référence des cas de VBG.

Santé des adultes et personnes âgées

Activités préventives

- ✓ Mobilisation sociale pour le dépistage des maladies non transmissibles (l'hypertension, diabète, cancers, etc);
- ✓ Mobilisation sociale pour le dépistage volontaire des IST/VIH;
- ✓ Conseil, suivi et orientation vers les structures de soins ;
- ✓ Identification et orientation des cas d'ulcère de Buruli, lèpre, TB, onchocercose etc...
- ✓ Recherche des perdus de vue.

Activités promotionnelles

- ✓ La lutte contre les facteurs favorisant les maladies non transmissibles (tabac, alcool, sel, sucre et graisse, sédentarité...)
- ✓ Promotion des préservatifs
- ✓ Promotion de l'approche One health (santé humaine, animale et environnementale) et le changement climatique;
- ✓ Promotion de l'ATPC.

Activités curatives

- ✓ Prise en charge intégrée des cas simples de maladies;
- ✓ Suivi des malades sous traitement.

Surveillance épidémiologique au niveau communautaire

- ✓ Surveillance des maladies à potentiel épidémique (identification, notification et communication);

- ✓ Enregistrement des décès communautaires;
- ✓ Notification des cas de mort inhabituelle d'hommes et d'animaux;

Environnement

- ✓ Identification et notification des évènements climatiques extrêmes (inondation, précipitation, chaleur ou froid extrême, éboulement, sécheresse);
- ✓ Promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC);
- ✓ Promotion de l'hygiène alimentaire, individuelle et collective;
- ✓ Promotion de l'assainissement du milieu.

4.2.1.3- Développement des Ressources humaines communautaires

Dans le processus de développement des ressources humaines en Guinée, le Ministère de la Santé, dans la politique de Santé communautaire a pris l'option de professionnaliser graduellement les agents de santé communautaires. La mise en œuvre de cet objectif, tient compte des orientations définies par l'OMS dans son document : « *Programme d'Agents de Santé communautaires¹⁵ dans la région Africaine de l'OMS, données factuelles et Options* », qui suggère aux pays de la région une option se basant sur le niveau économique et essentiellement sur le profil actuel du système de santé. Les recommandations pour des groupes de pays semblables à la Guinée de la région sont :

- *Les ASC dans ce contexte auront besoin d'une formation initiale et continue approfondies, et d'une supervision, pour assurer la qualité des interventions.....*
- *Le passage de certains groupes d'ASC au statut de professionnels de santé ayant une formation formelle, et dotés d'un champ d'activités plus large tels que les agents de vulgarisation sanitaire en Éthiopie, peut également être envisagé, en tant que stratégie susceptible d'accélérer l'accès à des ressources humaines qualifiées pour la santé dans tout le pays.*

Eu égard à ces recommandations, le Ministère de la santé dans son programme de développement des ressources humaines a décidé de faire un saut qualitatif pour produire des agents de santé communautaires polyvalents et professionnels. De ce fait, le Ministère de la santé en collaboration

¹⁵**PROGRAMMES D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : DONNÉES FACTUELLES ET OPTIONS — NOTE D'ORIENTATION** © Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2017

avec les partenaires, s'engage à réaliser la formation structurée et diplômante des Agents de santé communautaires dans les écoles de soins de santé communautaire du pays.

En attendant d'observer les résultats issus de ce processus en moyen et long termes deux stratégies intermédiaires seront mises en application.

Il s'agit de :

- 1- Une stratégie rapide d'optimisation des Agents Techniques de Santé (ATS). Cette stratégie se focalisera sur les ATS déjà formés prêts pour le marché du travail, ils bénéficieront d'une formation complémentaire pour être utilisés comme agents de santé communautaires mobilisables rapidement par le système de santé.
- 2- La formation ou recyclage coordonné des relais communautaires par des formateurs reconnus et accrédités, continuera pour soutenir les besoins en couverture du territoire national. Cette formation utilisera les Modules de formation validés par le Ministère de la santé.

Le ministère a pris l'option d'utiliser l'approche « *pipeline rural* » pour la professionnalisation des agents de santé communautaires. Elle consiste à sélectionner, former et recruter des agents pour servir dans leurs localités d'origine. Comme mentionné dans la politique de la santé communautaire et pour une capitalisation du dividende démographique le ministère dans le cadre de la professionnalisation des ressources communautaires, focalisera ses actions sur les jeunes (garçons et filles) des communautés en périphérie.

La formation structurée et diplômante sera assurée en partenariat avec le Ministère de l'enseignement Technique, de la formation professionnelle, de l'Emploi et du Travail. L'accent de la formation est mis sur la promotion de la santé.

Pour accéder à cette formation diplômante le candidat devra répondre aux critères suivants :

- Niveau de formation académique de base : Brevet d'Étude du Premier Cycle;
- Être disponible et accepté par la communauté;
- Être d'une probité morale;
- Maîtriser la langue du terroir;
- Être capable d'assurer la responsabilité de l'ensemble de ses activités liées à ses fonctions.

Les modules de formation des agents de santé communautaires professionnels couvriront les rubriques suivantes :

- Santé maternelle, néonatale, infantiles et ado jeunes;
- Violences basées sur le genre
- Promotion et Éducation pour la santé;
- Assainissement et Approvisionnement en Eau;
- Vaccination contre les maladies évitables;
- Prévention et contrôle des maladies;
- Contrôle et traitement des maladies et lésions courantes;
- Fourniture de médicaments essentiels;
- Engagement et responsabilisation communautaires.

4.2.2- Renforcement des dispositifs de promotion de la santé et de protection sociale

4.2.2.1- promotion de la santé

Pour pallier à l'insuffisance de la demande et de l'offre des services au niveau communautaire, de grands efforts de déploiement massif, graduels des agents de santé communautaires et des organisations de la société civile seront indispensables. En plus, les activités de communication pour le changement de comportement durable seront intégrées et conduites de façon coordonnée et harmonisée. Les personnages clés ou leaders d'opinion seront associés au processus pour le changement attendu. Les stratégies de communication seront en fonction des besoins identifiés de sensibilisation, promotion, création de la demande. Les barrières identifiées, et facteurs culturels, les normes sociales seront prises en compte dans le processus de développement de la promotion de la santé.

4.2.2.2 protection sociale

Dans le cadre de la protection sociale, le Ministère de la santé se basera sur des orientations stratégiques définies par le ministère de l'action sociale de la promotion féminine et de l'enfance pour développer un partenariat utile et complémentaire au niveau communautaire.

4.2.3- Mobilisation et de fidélisation des prestataires communautaires

4.2.3.1- Mobilisation de ressources humaines communautaires

La professionnalisation des agents de santé communautaires demande une formation structurée et diplômante de 2 ans dans une école reconnue et accréditée. De ce fait les premiers diplômés n'arriveront pas sur le marché du travail avant 2020. Cette formation locale avec des travaux pratiques dans les institutions et communautés ou l'agent évolue sera un premier pas vers la fidélisation en dehors de l'aspect de la rémunération. En conséquence le Ministère pour poursuivre la prise en charge des problèmes de santé au niveau communautaire opte pour les schémas tactiques suivants :

A Moyen Terme : 3 mois

Une stratégie rapide d'optimisation de ressources communautaires existantes sera envisagée. En effet, les Agents Techniques de Santé qui ont déjà reçu dans le temps une formation clinique de 3 ans seront invités selon les mêmes critères de sélection énoncés plus haut pour une mise à jour de leurs connaissances.

Le curriculum de formation élaboré sera utilisé pour la formation modulaire des agents de santé communautaires suivi d'application pratique.

A Court Terme : 4 semaines

Dans le court terme, le ministère de la santé procédera à une opération de recyclage des relais communautaires utilisés dans les programmes de santé.

Dans tous les cas, la formation et le recyclage des relais communautaires en agents polyvalents continueront à un rythme acceptable pour soutenir les besoins en couverture du territoire national.

4.2.3.2- Rémunération

La politique de santé communautaire requiert que les modalités de rémunération ou de motivation de l'agent de santé communautaire soient définies et adoptées par les collectivités locales en collaboration avec les communautés et avec l'appui du Ministère de la Santé. Sur la base des critères identifiés dans le profil de l'agent, le type de formation pour rendre l'agent de santé communautaire professionnel pour des services optimaux, le Ministère opte pour la rémunération permanente des agents de santé communautaires selon leur profil. Cependant, de

nos jours il est souhaité de rémunérer un relais communautaire selon le SMIG (440 000 GNF par mois). Au fur et à mesure que les agents de santé communautaires professionnels continueront à sortir des écoles secondaires communautaires leur salaire sera ajusté au minimum prévu dans la fonction publique soit de 1.5 Million GNF par mois. Il en est de même pour les ATS optimisés. Le ministère demandera aux partenaires techniques et financiers d'intégrer cette nouvelle composante dans leur planification et leurs opérations sur l'ensemble du territoire national. Cette compensation financière n'exclut nullement d'autres apports non financiers usuels comme l'octroi de motos, vélos, téléphones, tablettes, les outils de gestion, les documents de formation, l'appui des villages aux activités socio-économiques, les bénéfices communautaires de toute sorte, etc.

Des dispositions transitoires insérées dans ce document proposent les étapes intermédiaires pour la mise en œuvre des nouvelles procédures. Dans les communautés où la carte sanitaire montre un déficit de couverture totale en agents de santé communautaire, pour des raisons d'équité, le ministère puisera dans les lignes dédiées aux ressources humaines selon les « nouvelles mesures » de la loi des finances 2018.

Dans le souci de prendre en charge la rémunération liée au développement de la santé communautaire, le gouvernement devra accorder 80% des recrutements aux ATS qui seront utilisés comme ASC professionnels après leur formation. Cette démarche doit obéir à un certain nombre de critères qui sont :

- ✓ Recruter les ATS selon leur zone de résidence et les besoins de la communauté;
- ✓ Responsabiliser les collectivités territoriales pour l'identification et la sélection des ATS;
- ✓ Transférer les salaires des ATS dans le budget communal

4.2.4- Médicaments, produits de santé, outils et technologies médicales

4.2.4.1- La chaîne d'approvisionnement

Le Ministère est bien conscient du contexte dans lequel le système de santé évolue. La couverture sanitaire est faible. 84,2% des districts sanitaires ont un nombre de consultations par

an et par habitant inférieur à 0,30. L'accessibilité à la CPN est limitée en milieu rural. La prévalence contraceptive moderne pour les femmes de 15-49 ans est faible (7,8%). On note une couverture vaccinale de 26 % chez les enfants de 12-23 mois.

Le système communautaire étant un tout et évolue dans un contexte systémique, les communautés ne pourront avoir accès aux services si tous les éléments du système ne sont pas considérés. Le ministère travaille pour une intégration harmonieuse des postes de santé et des acteurs de santé communautaires. Des plans sont en cours d'application afin d'éviter des ruptures de stocks de produits de santé.

C'est dans cette perspective que le ministère retrace dans ce document stratégique les éléments pertinents et leurs interactions dans le travail des agents de santé en vue de l'offre de services adéquat aux communautés.

Le ministère veillera au bon fonctionnement des éléments suivants :

- La gestion de stock des centres de santé et postes de santé
- La dotation des structures de santé en produits de santé, en équipements et en matériels
- La maintenance préventive et curative des équipements médicaux
- La formation et la supervision des agents de santé
- La bonne gestion du Centre de santé
- La subvention des centres de santé pour le rachat des produits de santé (Médicaments, Consommables et Dispositifs médicaux)

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

- L'ASC bénéficiera d'une dotation de base en intrants et médicaments par le centre ou poste de santé dont il relève pour le démarrage de ses activités.
- Le réapprovisionnement se fera au niveau de la formation sanitaire sur la base des besoins estimés et des rapports d'activités par l'ASC en collaboration avec les agents de santé du centre ou du poste de santé.
- Certains médicaments non gratuits fournis par la structure de tutelle seront cédés aux populations par l'ASC aux prix homologués ou fixés par l'État.

- Les fonds recouverts par la vente des médicaments doivent être reversés au centre ou poste de santé.

Le ministère a enregistré des données qui témoignent de la grande charge financière sur les recettes du centre et une politique de gratuité potentiellement étouffante pour la structure de santé des foies.

Les équipes cadre de districts seront renforcés au travers de provisions fournies par les « nouvelles mesures » du budget pour adresser ces problèmes. Toutes les formations nécessaires à la correction de ce processus que ce soit pour le personnel du centre, que ce soit pour l'agent seront envisagées et données au moment opportun.

4.2.4.2- Matériels et outils de travail

Pour mener à bien ses activités, l'ASC sera équipé d'un kit constitué des éléments suivants :

Équipements

- Caisse communautaire ou armoire
- Sac à dos
- Badge
- Gilet/Dossard, Torche
- Imperméable
- Botte
- Casquette,
- Kit SRO (gobelet gradué de 1 litre, tasse et cuillères, Sceau de 20 litres avec couvercle etc...)
- Mégaphone
- Kit de lavage des mains
- Téléphone
- Tablette

4.2.4.3- Matériels et outils de gestion

- Cahier de l'ASC
- Registre
- Algorithmes

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

4.2.4.4- Produits de Santé

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

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

- Boite de sécurité
- Chlore
- Paracétamol comprimé

4.2.4.5- Moyens roulants pour l'ASC

- Vélos
- Motos

4.2.5- Système d'information sanitaire et de recherche-action

4.2.5.1- Monitoring des activités et Gestion de l'information

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

- Enregistrer les activités quotidiennes curatives, préventives et promotionnelles
- Rapporter la gestion quotidienne des médicaments essentiels, MILDA, contraceptifs, déparasitant, vitamine A, etc.
- Rapporter la gestion financière quotidienne (recettes et dépenses) pour les médicaments non gratuits
- Rapporter périodiquement les données de surveillance épidémiologique sur les maladies à potentiel épidémique ou évènement inhabituels.
- Rapporter mensuellement le bilan des activités de soins curatifs, préventifs et de gestion des produits.

L'ASC participera aux réunions mensuelles du centre ou du poste de santé pour le partage des informations collectées. Il réalisera le monitoring des interventions communautaires et participera également au monitoring semestriel du Paquet Minimum d'Activités (PMA) du centre ou du poste de santé.

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

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

Interactions avec le DHIS2

En rapport avec la remontée de l'information de manière électronique, les différents tableaux pour les activités communautaires sont en train d'être incorporés dans le sous-système Santé

communautaire du DHIS2 et d'ici 2020 la saisie de l'information se fera directement au niveau des centres de santé.

4.2.5.2- Cadre de surveillance communautaire

Pour des raisons évidentes de sécurité sanitaire, la surveillance épidémiologique et la riposte sont gardées verticalement pour garantir une efficacité constante. L'avantage d'une surveillance verticale stricte est particulièrement compris dans une situation de menaces de résurgences de phénomènes morbides infectieux, son impact morbide étant tellement grand.

Ceci évite des retards dans la notification et par voie de conséquence d'éventuelles alertes. Cette abondance de données dans ce contexte explique cette verticalisation administrative.

Toutefois, comme le point de départ de la surveillance est la communauté, il est tout à fait indiqué d'associer les agents de santé communautaire et les intégrer progressivement. Un module spécifique de surveillance à base communautaire est inséré dans le curriculum de la formation des agents afin d'éviter que l'intégration ne diminue en rien l'efficacité des services communautaires de surveillance.

4.2.5.3- Recherche - Action

Le Ministère reconnaît que la nouvelle politique de santé communautaire abonde dans des directions où on n'a pas toutes les réponses à nos questionnements opérationnels surtout pour un agenda aussi complexe. De plus, certaines approches peuvent faire l'objet de schémas tactiques différents où les experts peuvent avoir des vues divergentes. De ce fait, le ministère en a fait un point pour garder une porte constamment ouverte pour la Recherche- Action afin d'amener de l'éclairage sur les prises de décision.

Comment passer d'un prototype de relais communautaires vers des agents de santé communautaires professionnels?

Comment doter l'ensemble du territoire de la Guinée en ASC professionnalisés

Comment remodeler l'approche d'agents monovalents (TB, VIH, Paludisme, Nutrition, PF) vers des agents de santé communautaires polyvalents?

Comment opérationnaliser des décisions complexes sur la rémunération des agents?

Comment démarrer et garantir la réussite avec le pipeline rural quand les autres éléments du système de développement ne sont pas encore en place?

Le gouvernement reconnaît également qu'il n'y a pas de pipeline rural sans les autres secteurs. Faire arriver des gens dans les communautés suppose la présence d'un certain nombre de facteurs, écoles pour les familles et aussi accès aux autres services de base. C'est le prix du développement. Le gouvernement y travaille ardemment.

Le Ministère avec ces questions montre qu'on va devoir s'éloigner d'une potentielle simplification de la mise en œuvre et qu'on aura plein d'obstacles administratifs, organisationnels, opérationnels et stratégiques et même des fois institutionnels à jeter sur des pistes de recherche-action pour de meilleures approches décisionnelles.

Certes, le Ministère a déjà démarré avec l'aide de partenaires et d'institutions guinéennes la recherche sur certaines questions en vue d'avoir des informations pertinentes sur des bases factuelles :

- Étude de faisabilité de l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre des services à base communautaire dans les districts sanitaires de Dabola et de Koubia, République de Guinée
- Déterminer l'acceptabilité sociale de cette intervention par les Agents Techniques de Santé et par la communauté bénéficiaire des services
- Identifier les facteurs de succès et les facteurs limitant l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre de service à base communautaire en République de Guinée
- Évaluer le coût de l'utilisation d'un Agent technique de santé conformément au paquet d'activités intégrées définis dans la politique nationale de santé communautaire
- Déterminer la perception de cette intervention par les Agents Techniques de Santé et par la communauté bénéficiaire des services

Ainsi le Ministère, avec le support de partenaires, pourra développer des modèles holistiques d'interventions adaptées au contexte guinéen, basés sur des preuves et implémentés d'une manière pérenne. De ce fait, le passage à échelle ne vulgarisera que les bonnes pratiques.

4.2.6. Résultats de l'Axe Strategique Performance

La mise en œuvre des objectifs du Plan Stratégique sera matérialisée par des résultats à atteindre sous forme de chaîne de résultats

Tableau 1 Chaîne des résultats

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
Objectif stratégique 1 : L'amélioration de la performance du système de santé communautaire				
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acquisition de médicaments, matériels médicaux, équipements 2) Mobilisation du personnel 3) Rendre disponible des instruments de gestion 4) Acquisition de matériels roulants 	Dotation en Personnel, dotation en médicaments, matériels médicaux, équipements, instruments de gestion, matériels roulant pour 41 centres de sante	Renforcement des capacités de 10 % de l'ensemble des centres de santé sur les deux premières années de l'implémentation du plan	Amélioration de la performance des centres en zone défavorisée
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identification des déficits en couverture institutionnelle 2) Articulation avec les services de génie et d'infrastructures sanitaires 3) Mobilisation administrative pour la construction 	Constructions de 25 postes de santé a raison de 8 postes de sante par an à partir de la deuxième année	Reduction du déficit de couverture en sante	Amélioration de l'accès aux soins
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboration de guides 2) Formation de maitres enseignants 3) Acquisition de l'équipement audiovisuels de formation 4) Reproduction et impressions de matériels de formation 	Recrutement de 1320 candidats pour devenir des Agents de Santé Communautaire	1320 Agents de Sante Professionnels seront prêts pour le marché du travail	Augmentation de la disponibilité de services communautaires de qualité

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
	<ul style="list-style-type: none"> 5) Mobilisation de ressources pour le personnel enseignant et les frais pour les étudiants en formation 6) Augmenter le niveau des écoles pilotes 7) Rénovation des écoles de sante communautaire 			
	<ul style="list-style-type: none"> 1) Finalisation de curriculum 2) Mise en place de l'infrastructure de la formation rapide dans les régions 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Formation de Agents Technique de Sante 2) Recyclage des relais communautaire 	<p>7000 Agents Technique de Sante sont recrutés sur le territoire</p> <p>10 000 relais communautaires sont recyclés et réintroduits dans les préfectures</p>	Amélioration de la disponibilité des services communautaires de qualité
	<ul style="list-style-type: none"> 1) Acquisition de stocks de médicaments pour les agents 2) Rendre disponible des outils de gestion 3) Acquisition de matériels roulants pour les agents 	Tout le personnel forme et recycle aura accès aux dotations prévues pour les relais communautaires et les Agents de Santé communautaire	18320 relais communautaires et agents de santé communautaire (4100, la première année, 5550 la deuxième, 5520 la troisième, 2600 la quatrième, 1000 la dernière année	Rendre les services de santé communautaire plus proches d la population
	<ul style="list-style-type: none"> 1) Reproduction et multiplication de grilles de supervision 2) Elaboration du guide d'activités des agents 3) Mobilisation de moyens financiers pour les intrants de la supervision 	Supervision en cascade des agents de santé communautaire et des relais communautaires	18320 agents seront supervisés utilisant la grille de supervision destinée a cet effet.	Augmentation de la qualité des services communautaires
	Mobilisation des partenaires, des entités du Ministère de budget, du Ministère des finances, du Ministère de l'Administration du	Harmonisation des mécanismes institutionnels pour le paiement des salaires des agents	Rémunération de 18320 agents de santé et relais communautaires au total sur la base de leur rentrée annuelle dans le système.	Fidélisation des agents de sante communautaires et relais communautaires

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
	territoire pour la rémunération des relais communautaires et les agents de sante communautaires			
	Rassemblement periodique des groupes communautaires autour de thèmes lies à la promotion de la sante	340 communes reçoivent des subventions pour des activités de promotion de la sante	Promotion de la sante	Contribution aux changements de comportements appropriés pour la sante

4.3. Axe Stratégique 3 : Autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes

4.3.1- Soutien à l'autonomisation des Femmes et des Jeunes

Les comptes nationaux de la santé ont démontré que les dépenses de santé sont fortement supportées par les familles à hauteur de 62,5%. Cette situation entraîne des dépenses catastrophiques avec des conséquences entraînant des décès pour des causes évitables. Pour parer à cette situation, le Ministère de la santé fera du plaidoyer pour l'appui aux départements en charge des femmes et des jeunes à réaliser des activités génératrices de revenus. Il s'agira, entre autres, de mobiliser des ressources en faveur des groupements de femmes et de jeunes. Dans la même perspective, les relais communautaires pourraient se constituer en réseaux.

4.3.2- Activités génératrices de revenus

Le Ministère de la santé encouragera toutes les activités où les groupements/associations se mettent ensemble pour monter des microprojets en collaboration des Ministères en charge de la promotion des femmes et de l'emploi des jeunes. Ces associations pourraient mettre ensemble leur savoir-faire pour l'assainissement de leur milieu ou autres projets de promotion de la santé.

- Effectuer des plaidoyers auprès des Ministères (budget, femmes, jeunes, plan, collectivités locales) et des PTF pour la mobilisation des ressources en faveur de la santé communautaire (missions de participation aux réunions de plaidoyer des cadres à l'intérieur du pays).
- Appuyer la création de groupements et d'associations de jeunes et/ou de femmes, notamment les ASC et les relais.
- Allouer un fonds de démarrage de microprojets à chaque association.
- Renforcer les compétences des associations et groupements dans le processus de développement de projets d'intérêts communautaires (contractualisation avec les ONGs).

4.3.3- Promotion de la participation citoyenne aux activités de santé

Les parties prenantes de cette participation sont, entre autres, les associations, les leaders religieux et coutumiers, les acteurs du secteur privé, les élus locaux, les membres des CoSaH, les mécènes, les ressortissants. Ces acteurs portent la voix de la communauté partout où les intérêts de celles-ci sont en jeu et participent aux décisions et aux actions de développement de la santé dans leurs communautés. Le rôle de ces acteurs est crucial dans les domaines comme :

- La planification,
- La mise en œuvre et le suivi des actions de santé
- La mobilisation communautaire
- Le financement
- Le plaidoyer

4.3.3.1- Stratégie de mobilisation communautaire

Le Ministère a élaboré un document de *Stratégie de Mobilisation communautaire*¹⁶ et enjoint les partenaires de respecter les principes et les démarches proposés dans ce dernier. La stratégie clarifie les rôles des organisations communautaires, les prépare à jouer leur partition dans l'identification des obstacles pour l'amélioration de la santé. Les liens entre les organisations communautaires, les services de santé, les ONG sont indiqués en vue de définir des stratégies locales à la résolution de leurs problèmes. Ceci sous-entend aussi une capacité accrue des communautés à résoudre également d'autres problèmes. Le pipeline rural auquel le gouvernement et les agences techniques des Nations unies adhèrent constitue une opportunité pour le développement communautaire. Le ministère entend renforcer les structures suivantes :

- Les équipes de région et de district et les Directeurs des microréalisations dans leur rôle de formateur, superviseur et de facilitateur dans la mobilisation communautaire et la communication pour le changement de comportement
- Les Equipes de mobilisation communautaire,

¹⁶ Guide Mobilisation des communautés pour la santé – Direction Nationale de la Médecine Communautaire et de la Médecine Traditionnelle

- Les agents de santé communautaires et les relais communautaires,
- Les membres des Comités de Santé et Hygiène et toutes autres structures communautaires.

4.3.3.2- Du processus de recrutement des agents de santé communautaire et relais communautaires

Le choix de l'agent de santé communautaire et relais communautaires se fera sur appel à candidature locale par le maire de la commune. Ce choix sera fait par la communauté elle-même avec l'appui du chef de centre de santé, du CoSaH, des responsables d'ONG locales si elles existent. Dans le cadre de la validation technique des dossiers de candidature l'avis de la DPS sera sollicité. Ce comité de sélection comprend les membres suivants :

- ✓ Le Maire ou son représentant,
- ✓ Le Chef de district/quartier ou son représentant,
- ✓ Le Président du Comité de santé et d'hygiène,
- ✓ Le Président de groupement des jeunes,
- ✓ La Présidente de groupement des femmes,
- ✓ Un représentant des ONG locales,
- ✓ Le chef de centre de santé avec voix non délibérative

Le nombre d'ASC à recruter par zone est basé sur la taille de la population (1 ASC pour 650 habitants en zone rurale et 1 ASC pour 1000 habitants en zone urbaine) et de l'accessibilité dans ce processus de capitalisation du dividende démographique, l'approche genre sera utilisée avec accent particulier sur les jeunes et les femmes

La réunion de sélection est sanctionnée par un procès-verbal (PV) rédigé et signé par les membres du comité de sélection. Ce PV est transmis au Maire pour prise d'un acte administratif d'engagement avec amputation à qui de droit. L'ASC doit être officiellement installé au poste de Santé /centre de Santé par le maire en présence des autorités sanitaires, des ONG locales, des

partenaires, des organisations à base communautaire, des autorités religieuses, coutumières et des collectivités. Il sera supervisé par le chef de centre de santé.

Le relais sera sélectionné selon les mêmes procédures que l'ASC. L'engagement du relais communautaire est basé sur le volontariat. Le relais travaille directement avec l'ASC qui le supervise.

4.3.4- Dialogue social en santé au niveau communautaire.

Le dialogue social se fera conformément au cycle d'action communautaire (CAC) qui est un modèle de mobilisation pour l'engagement actif des communautés pour la santé. Ce modèle comprend sept phases :

- La préparation à la mobilisation des communautés
- L'organisation des communautés pour l'action
- L'identification des problèmes et d'établissement des priorités
- La planification des interventions avec la communauté
- La mise en œuvre du plan
- L'évaluation de la mise en œuvre du plan.
- Le passage à échelle les expériences réussies.

Dans le cadre de ce plan stratégique le Ministère de la santé en collaboration avec des EMC organisera des fora en vue de promouvoir le dialogue social pour la santé. Il développera des mécanismes appropriés pour le renforcement des capacités des acteurs (formation des acteurs sur le leadership et sur le paquet minimum de santé dévolu aux acteurs communautaires...)

4.3.5- La Médecine Traditionnelle.

La médecine traditionnelle constitue un enjeu important en matière de santé publique pour la Guinée. En effet, plus de 80% de la population, surtout en milieu rural ; reste encore tributaire des ressources de la médecine traditionnelle pour la couverture de ses besoins sanitaires. Depuis l'indépendance, des efforts importants sont déployés en vue de son institutionnalisation et de sa

prise en compte effective dans le système national de santé. Cette volonté politique s'est traduite entre autres par :

- 1- Une déclaration de politique nationale de médecine traditionnelle suivant le **Décret N°94/127/PRG/SGG du 3 novembre 1994**
- 2- L'adoption en 1996 d'un Plan Directeur de la médecine traditionnelle **1996-2001**
- 3- La loi **N°L/027/AN du 19 juin 1997** portant code de santé publique qui régit l'exercice de la médecine traditionnelle en Guinée et

Les objectifs consistent à :

1. Optimiser l'utilisation des ressources de la médecine traditionnelle
2. Promouvoir les pratiques utiles, en éliminant celles qui sont nuisibles ;
3. Préserver le savoir médical traditionnel en l'insérant dans le système éducatif.

Le plan stratégique prévoit de supporter la politique de la Médecine traditionnelle en s'articulant autour des axes suivants :

1. **L'intégration:** elle est conçue en deux plans:

- Le plan structurel: prise en charge de la médecine traditionnelle par le système sanitaire officiel au niveau de la pyramide sanitaire;
- Le plan fonctionnel : maintien des tradithérapeutes à leur milieu habituel, établir et développer une collaboration entre eux d'une part, puis entre eux et le personnel de santé conventionnelle d'autre part; dans le cadre d'un système de référence recours qui respecte les compétences reconnues à l'un et à l'autre groupe.

La recherche: qui vise à :

- Permettre une connaissance approfondie que possible de la médecine traditionnelle en tant que système médical y compris les aspects culturels et anthropologiques ;
- Évaluer les pratiques thérapeutiques en vue de leur rationalisation ;
- Évaluer sur la base d'une méthodologie scientifique rigoureuse, l'efficacité et l'innocuité des médicaments traditionnels

3. La formation : des personnels de santé, tradithérapeutes, des élèves et étudiants pour favoriser la collaboration et susciter des vocations pour la recherche en médecine traditionnelle.

Le plan supportera les éléments opérationnels suivants :

- L'organisation d'un forum national sur le développement de la médecine traditionnelle
- La révision du Plan Directeur de la Médecine Traditionnelle (2003-2008)
- La documentation des bonnes pratiques et expériences en médecine traditionnelle.
- L'impulser de la recherche sur la médecine traditionnelle et les plantes médicinales.
- La Cartographie des tradithérapeutes

4.3.6. Résultats de l'Axe Stratégique : L'autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes

La mise en œuvre des objectifs du Plan Stratégique sera matérialisée par des résultats à atteindre sous forme de chaîne de résultats

Tableau 1 Chaîne des résultats : Autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
Objectif stratégique 1 : L'autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes				
	<ul style="list-style-type: none"> - 1) Etablissement des relations avec les Ministère en charge des femmes et des jeunes - 2) réalisation d'ateliers de formation 	<ul style="list-style-type: none"> 1) S'entendre sur les opportunités et microprojets pertinents sur les catégories ciblées 2) Création de réseaux de Relais ou d'associations d'agents de santé communautaire 3) Renforcer les compétences des associations et groupements dans le processus de développement de projets d'intérêts communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> 1) 340 communes recevront une subvention pour des activités génératrices de revenus pour les jeunes et les femmes 2) Réalisation de travaux d'assainissement dans le milieu communautaire 	Autonomisation des femmes et des jeunes des communautés
	<ul style="list-style-type: none"> 1) Réalisation de séances de formation à la mobilisation communautaire a tous les niveaux 2) Etablissements des mécanismes de structuration ou de 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Tous les cadres des équipes cadre de district et tous les acteurs des collectivités locales sont formes 2) Tous les comités sont en place 	<ul style="list-style-type: none"> 1) 410 comites de sante et d'hygiène sont formes, 38 équipes cadres de districts sont formes, 2 représentants par communes dans les 340 communes sont formes 	Responsabilisation et engagement communautaire

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS /EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats CMT orientés vers cibles	Résultat ultime (Long terme)
	renforcement communautaire (Fora communautaire)		2) Les taches communautaires sont accomplies conformément aux procédures	
	Initier les démarches de relancer les débats sur la médecine traditionnelle et la révision du plan directeur	Atelier de réflexion sur le développement de la médecine traditionnelle	1) Production de document avec plan de Travail 2) Rajustement du cadre organique à l'intérieur de la division de la médecine traditionnelle dans la sante communautaire 3) Réalisation de la cartographie des tradipraticiens	Une intégration de la médecine traditionnelle dans les activités de sante communautaire

V- MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

Le passage de la situation actuelle au futur désiré dans le document de politique de santé communautaire exige qu'on adopte des dispositions transitoires. Le Ministère prévoit l'accompagnement du plan Stratégique par la mise sur pied d'une Unité d'appui aux Services communautaires de Base qui s'occupera du lancement et du suivi des orientations stratégiques de ce plan sous le leadership de la direction de la Santé Communautaire et la Médecine Traditionnelle. Le temps que prendrait cette transition nécessite des schémas tactiques intermédiaires pour amener les soins plus proches de la communauté à court terme. Ces schémas tactiques s'articulent autour de quatre (4) éléments essentiels :

- La professionnalisation des agents de santé
- La mise en œuvre d'un paquet d'activités intégrées
- La rémunération des agents de santé et le mécanisme de financement qui le sous-tend
- La capitalisation du dividende démographique

En attendant que les réformes établies en Guinée arrive à produire en nombre adéquat et en qualité appréciable les agents de santé communautaires professionnels formés sur une période de deux ans, l'optimisation des ATS et la continuation de la formation des relais communautaire continuera sur le terrain suivant les démarches décrites dans ce présent document.

5.1- Couverture Territoriale

Les documents de diagnostics ont attesté de l'insuffisance de la couverture de l'offre communautaire. En témoignent les résultats de la Cartographie des agents de santé.

Le Ministère de la santé envisage un déploiement graduel massif d'agents professionnellement formés à une approche standardisée, d'agents financés et suivis dans leur boulot pour des résultats. L'objectif final comme indiqué dans les conditions de succès, est d'arriver à une diminution de la morbidité et de la mortalité

En fonction de l'importance de la population et de la charge du travail de l'ASC, le Ministère a

déterminé les ratios suivants :

- ✓ En zone rurale : 1 ASC pour 650 habitants soit 93 ménages à couvrir
- ✓ En zone urbaine : 1 ASC pour 1000 habitants soit 143 ménages à couvrir

Avec la taille de la population actuelle de la Guinée, Le Ministère se propose de couvrir le territoire avec 17000 Agents de Santé communautaire dans les années à venir

5.2- Base de données électroniques pour les agents de santé communautaires et relais communautaires

Le Ministère de la santé continuera à renseigner la base de données sur les ASC et les relais communautaires pour la production de ressources humaines communautaires professionnelles au travers le recyclage des agents communautaires sur le terrain, l'optimisation des ATS et la formation structurante et diplômante. Il sera consigné dans cette base, le profil de l'ASC et du RC, la rémunération, la zone d'intervention et les activités. Chaque ASC et RC aura une identification unique quel que soit l'endroit du territoire ou il se trouve. Ceci permettra en temps réel de comprendre les besoins des communautés et d'y remédier rapidement en termes de déficit.

5.3- Engagement des partenaires dans le plan de déploiement des agents de santé communautaires et relais communautaires

Le Ministère de la santé en collaboration avec les PTF, les ONG et le secteur privé mettra en œuvre la politique nationale de santé communautaire. Des table-rondes seront organisées au début de la mise en œuvre pour s'entendre sur l'engagement de chaque partenaire.

Une fois le plan stratégique publié, la plateforme multisectorielle se réunira périodiquement pour coordonner la mise en œuvre des schémas tactiques retenus pour appliquer les résolutions de la politique nationale de santé communautaire pendant la phase de transition (partie gouvernance)

Ainsi les institutions et les ONG devront s'assurer que leurs projets correspondent aux orientations déclinées dans le plan stratégique et modifier éventuellement leur plan de travail pour harmoniser avec ces directives. Le Ministère de la santé veillera à ce que les plans révisés soient conforme à ses directives.

5.4- Gestion de risques et Pédagogie du Changement

Le ministère anticipe un certain nombre de difficultés dans la mise en œuvre du plan qu'il convient de relater et surtout de prendre en compte. On pourrait citer :

- La multiplicité des acteurs
- Les divergences de vues sur certains points opérationnels non élucidés dans ce document
- Certaines contraintes dues à des mécanismes institutionnels à finaliser
- La Résistance naturelle aux changements prônées dans la politique sanitaire

Le ministère s'octroiera le temps qu'il faut pour faire un plaidoyer rigoureux de la politique sanitaire et les axes d'implémentation contenus dans le plan stratégique.

VI- SUIVI ET EVALUATION

Mécanismes de Suivi-Évaluation

Les mécanismes de Suivi-Évaluation tels que définis dans le PNDS 2015-2024 et dans le document de politique de la santé communautaire permettront de suivre des indicateurs de performance du sous-système de santé communautaire. Ces mécanismes sont entre autres :

- La Supervision
- Le Monitoring
- Les revues (trimestrielles, semestrielles, annuelles)
- Les recherches

Les instances habituelles de coordination (CTRS, CTPS, Synthèses sous préfectorales, les réunions, les conseils communautaires) seront mises à profit pour faciliter le suivi de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

La coordination avec le secteur sanitaire privé via des stratégies d'intégration est souhaitée particulièrement en zone urbaine.

Réunions :

Au niveau village, sous la responsabilité du comité villageois de santé des fora seront tenus pour le suivi des activités socio-sanitaires. Participeront à ces rencontres les acteurs communautaires (groupements et associations communautaires, les ASC, les relais communautaires, prestataires, les leaders communautaires,...). Ces rencontres permettront de responsabiliser les communautés dans la prise en charge de leurs propres problèmes de santé. A ces occasions, les problèmes de santé des communautés seront identifiés afin de mobiliser les ressources nécessaires pour leur résolution.

Au niveau communal

Des réunions mensuelles techniques sont organisées dans les centres de santé pour collecter et analyser les différentes informations des interventions de santé communautaire. Participeront à

cette rencontre les ASC, les relais communautaires, les agents de santé des postes de santé, un membre du COSAH.

Lors des conseils communaux qui se tiennent trimestriellement, les informations sur les interventions de santé communautaires seront partagées avec l'ensemble des acteurs. A ces conseils participeront les COSAH, les représentants des comités villageois de santé, les représentants des organisations de la société civile, les différentes plateformes communautaires, les PTF. Cette occasion est mise à profit pour identifier les problèmes, les interventions mais aussi pour la mobilisation des ressources.

Synthèses sous-préfectorales :

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

Supervision :

La supervision sera assurée par les professionnels du centre de santé (chef du centre de santé ou toute autre personne ressource capable de réaliser cette activité). Elle se fera en collaboration avec les PTF et autres acteurs. L'objectif est de renforcer leurs compétences afin de garantir la qualité des prestations de services et de soins.

La supervision est régulière et adopte un rythme mensuel. Le rythme peut être plus fréquent voire hebdomadaire. Le superviseur utilise des grilles de supervision validées. Cette supervision permettra d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés entre les ASC et les communautés et d'assurer le suivi régulier des activités des ASC.

Monitoring :

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

agents de santé, les membres du COSAH, ASC et relais communautaires, les membres des comités villageois de santé, les ONG et PTF.

Reuves :

La revue est une activité de suivi-évaluation qui s'effectue trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Elle permet de passer un regard critique et plus élargi sur la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire.

Évaluation

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

Un Comité technique multisectoriel de suivi des progrès sera mis en place par le ministère de santé.

Ce comité utilisera les indicateurs usuels tirés du catalogue national des indicateurs de santé pour évaluer la progression dans la mise en œuvre des éléments du plan stratégique.

VII- MECANISMES DE FINANCEMENT

Les soins de santé primaires étant une compétence transférée aux collectivités locales, le transfert des ressources liées à l'exercice de cette compétence se fera progressivement. Le ministère de la santé s'alignera sur les procédures de gestion financière à travers les structures communautaires décentralisées en vigueur pour garantir une rémunération adéquate aux agents de santé communautaire/relais communautaires. Les collectivités locales auront un niveau d'engagement significatif dans le financement de la santé.

Les Ministères en charge de la Santé et de la Décentralisation veilleront à une intégration des interventions des partenaires pour rationaliser l'utilisation des ressources, particulièrement dans la rémunération des agents de santé communautaire.

En attendant l'opérationnalisation de ces instruments financiers, le financement du personnel de santé communautaire (ASC, Relais communautaires) sera fait par l'État, les PTF et les initiatives locales.

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).

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPN/DDL), un fond national de développement local a été mis en place par la loi des finances initiale 2016. En 2017, l'agence chargée de la gestion de ce fonds a été créée par le décret D/2017/298/PRG/SGG du 11 novembre 2017. Ce fonds servira à financer les actions de développement des collectivités locales à travers l'investissement et l'accompagnement technique. Le fonds constitue un panier commun qui sera abondé par l'État, les sociétés minières, les collectivités locales et les partenaires techniques et financiers. Les ressources du fonds seront allouées aux collectivités sur la base d'un système de

péréquation. En plus de ce fonds, au cours de cette même année 2017, en application des dispositions de l'article 165 du code minier, il est créé un fonds pour la promotion du développement économique local. Il est alimenté par les redevances que les sociétés minières payent aux collectivités locales abritant les mines sur la base de leurs chiffres d'affaire annuels.

7.1- Cout de la mise en œuvre

Tableau 5: Cout de la mise en œuvre

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

Budget du Plan Stratégique en dollars des États-Unis d'Amérique	2018	2019	2020	2021	2022
Axe Stratégique1: Gouvernance					
1- Formation en Santé Publique pour les Directeurs Régionaux et les Chefs de Districts	350000	350000	350000	350000	350000
2- Formation spécifique en leadership pour les cadres des régions et districts	92440	92440	92440	92440	92440
3- Renforcement des structures régionales et préfectorales		542672	508755	508755	
4- Ateliers d'harmonisation des mécanismes institutionnels	58520	58520	58520	58520	58520
5- Ateliers de Préparation de plans régionaux, préfectoraux communaux	279220	279220	279220	279220	279220
6- Table Rondes: Agenda de Mutualisation de relais et d'agents communautaires	13800	13800			
7- Cartographie préfectorale des ressources humaines communautaires et tableau des besoins	11400				
8- Coordination régionale et préfectorale des partenaires	13800				
9- Montage de base de données électroniques pour les ASC	80000	20000	20000	20000	20000
10- Plan opérationnel des structures sanitaires en rapport au déploiement des agents	30750	30750	30750	30750	30750
11- Plaidoyer pour le plan stratégique – Pédagogie et Gestion du changement	74000	74000			
Total Gouvernance	1003930	1461402	1339685	1339685	830930
Axe Stratégique 2: Performance Sante Communautaire					
12- Renforcement de Centres de sante cibles dans les zones de faible performance	328000	328000			
13- Construction d'infrastructures de Sante en zone de déficit		373336	373336	373336	46667
14- Formation Agents de Santé Communautaire Professionnels	103334	154136	148800	168000	168000
15- Optimisation des anciens Agents Techniques de Sante déjà formes	380000	1269200	1269200	1269200	253333.3333
16- Recyclage pour les relais communautaires	2986300	2986300	2538355		
17- Dotation des Agents de Sante et relais communautaires	246000	330000	307200	156000	136800
18- Matériel roulant pour agents de santé communautaire	1230000	1242300	1666500	1551360	1090800
19- Supervision en cascade	118656	118656	118656	118656	118656
20- Rémunération des Relais, ATS, ASC Professionnels	2493000	6180000	6124800	5304000	2040000

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

Budget du Plan Stratégique en dollars des États-Unis d'Amérique	2018	2019	2020	2021	2022
21- Promotion de la santé	510000	510000	510000	510000	510000
Total Performance Santé Communautaire	8395290	13491928	13056847	9450552	4364256.33
Axe Stratégique 3: Responsabilisation et engagement communautaire					
22- Stratégie de mobilisation communautaire: 1000 dollars par année x 340 communes	340000	340000	340000	340000	340000
23- Atelier de réflexion sur le développement de la Médecine Traditionnelle	31000				
24- Activités Génératrices de revenus : Groupe de Femmes et Jeunes.	1700000	1700000	1700000	1700000	1700000
Cartographie des tradithérapeutes	80000				
Total responsabilisation et engagement communautaire	2151000	2040000	2040000	2040000	2040000
Cout total de la mise en œuvre du plan par année	\$11,550,220.00	\$16,993,330.00	\$16,436,532.00	\$12,830,237.00	\$7,235,186.33
Cout Total pour les 5 ans:	\$65,045,505.33				

VIII- CONCLUSION

Ce plan stratégique est essentiellement un outil d'accompagnement de la politique de la santé communautaire. Les axes stratégiques essentiels sont :1) renforcer la gouvernance des institutions locales de santé 2) améliorer la performance du système de santé communautaire 3) contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables. Les points clés demeurent : la professionnalisation des agents de santé, la mise en branle d'un paquet intégré, la rémunération des agents de santé, le mécanisme de financement qui le sous-tend et la capitalisation du dividende démographique avec option préférentielle pour les femmes et les jeunes. Ces concepts ont été clarifiés, les démarches tactiques et les pistes opérationnelles ont été élucidées dans ce document. Il nous reste qu'à avancer dans les plans opérationnels décentralisés spécifiques pour porter les services plus proches des communautés.

Pour ce, le gouvernement s'engage au travers des mécanismes institutionnels en place à supporter ce processus. En attendant que la fonction publique locale prenne forme et s'installe graduellement, le gouvernement dans le cadre des nouvelles mesures de loi des finances a prévu des provisions budgétaires pour engager un certain nombre d'agents de santé communautaires professionnels chaque année. Le ministère en appelle aux partenaires techniques et financiers, aux membres du secteur privé des affaires et à la société civile en général de jouer leur partition en rentrant dans la logique de ce plan. Sachant que la situation future désirée prendra du temps et nécessitera des débours financiers importants, il est prévu des dispositions transitoires qui permettraient de couvrir l'ensemble du territoire avec une réorganisation de l'existant et l'application du nouveau schéma tactique.

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Ministère de la Santé en Guinée : Politique Nationale de la santé communautaire
- 2- Politique Nationale de Promotion de la Santé
- 3- Rapport de la Cartographie des Agents de Santé Communautaire et les structures de Sante en Guinée
- 4- Ministère de la santé, Cadre de mise en œuvre de la santé communautaire, Février 2017
- 5- Ministère de la Sante, Expérience de la santé communautaire en Guinée
- 6- Ministère de Santé, Direction nationale de la prévention et de la santé Communautaire, cadre de référence de l'organisation et du fonctionnement des comités d'hygiène
- 7- Ministère de Santé, Direction nationale de la prévention et de la santé Communautaire, Réunion de plateforme du 29 Septembre
- 8- Curriculum de formation des agents communautaires
- 9- Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la Couverture Sanitaire Universelle en Guinée
- 10- Formation et Insertion au Travail des Agents de Santé communautaire
- 11- Catalogue National des Indicateurs du Secteur de la Santé
- 12- Document de Politique Nationale, Recherche pour la sante
- 13- Rapport de l'Atelier d'intégration et d'harmonisation du programme de Formation structurante et diplômante
- 14- Projet Médicaments pour Tous
- 15- Ministère de la sante. Direction Nationale de la Sante Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Stratégie de mobilisation des communautés pour la santé
- 16- Qualitative assessment of MNH and Ebola-related services by Community Health workers during the 2014 - 2016 Ebola outbreak in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Findings from Guinea
- 17- République du Sénégal Plan Stratégique National de Santé Communautaire
- 18- Amélioration de l'accessibilité des populations à un système de santé à base communautaire de qualité intégrant l'approche de fidélisation du personnel de santé en zone rurale (« Pipeline Rural »). OMS

- 19- Améliorer les mécanismes de mobilisation des communautés pour la santé pour un changement de comportement durable
- 20- Termes de référence pour une réunion de coordination des partenaires impliqués dans la sante communautaire. : État des lieux et harmonisation des interventions a base communautaire. Structures de Dialogue.
- 21- Étude sur la conception et plan de décentralisation et de déconcentration et son application au secteur de la sante. FWC Bénéficiaires – Europe AID
- 22- A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low and middle-income countries. David Mc, Coy. Jenifer A. Hall
- 23- Intégration Sociale, Participation et autonomisation des communautés GIZ
- 24- Country Case Study, Ethiopia human Resources for Health Program
- 25- Health Extension workers in Ethiopia: Improved access and coverage for the rural poor. Nejmudin Bilal, Christophper Herbst
- 26- Les Agents de santé communautaire : Effet des incitations et des désincitations sur leur motivation, le maintien en poste et la durabilité. BASICS II
- 27- The ‘rural pipeline’ and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Dean B. Carson
- 28- The rural pipeline to longer-term rural practice: General practitioners and specialists. Marcella M. S Kwan.
- 29- Rwanda’s evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives
- 30- Programme d’agents de sante communautaires dans la région africaine de l’OMS : Données factuelles et options – Note d’orientation. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. 2017
- 31- Grille de supervision par niveau
- 32- Manuel de référence simplifié, formation de l’Agent de sante communautaire
- 33- Modèle d’interventions de l’UNICEF en Guinée (One pager)
- 34- Guide de supervision formative : Schéma Directeur des approvisionnements et de la distribution des médicaments essentiels du mali; Niveau communautaire
- 35- Ressources Humaines pour la santé et mise en œuvre des conclusions de la Commission de Haut niveau des nations unies sur l’emploi dans le secteur de la santé et de la

croissance économique. World Health Assembly. 70ieme assemblée mondiale de la sante.

- 36- Republic of Rwanda, Ministry of Health. Home-based. Maternal and Child Care.
- 37- Étude de faisabilité de l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre des services à base communautaire dans les districts sanitaires de Dabola et de Koubia, République de Guinée
- 38- Ministère de la Sante. République de Guinée. Direction de la Sante Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Rapport Annuel 2016.
- 39- USAID Guinea. Country Development Cooperation strategy. 2015 – 2020
- 40- Estimation des couts de Sante familiale 2017
- 41- Ministère de la sante : Costing du plan stratégique pour la sante de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, Adolescents et Jeunes 2016 -2020.
- 42- République de Guinée. Ministère de la Sante. Cartographie des intervenants et des interventions du secteur de la sante. Septembre 2017.
- 43- Cartographie. Outils de collecte de données. Guinée.
- 44- République de Guinée. Ministère de la sante. Plan National de Développement Sanitaire. PNDS. 2015 – 2024
- 45- République de Guinée. Ministère de la Sante. Directives Nationales de Planification Sanitaire.
- 46- Guide d'orientation sur les couts unitaires des interventions et du calcul des indicateurs pour une planification et une budgétisation basée sur les résultats du secteur de la sante
- 47- Compte Rendu de l'atelier de mise en place d'une plateforme de pilotage du plan de décentralisation et de déconcentration (Plan 2D) dans le secteur de la sante.
- 48- Ministère de la Sante. Bureau Stratégie et Développement. Division Information Sanitaire et Recherche. Section Statistiques et Informations Sanitaires. Rapport mensuel de l'activité des Agents de santé communautaire

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 6: Tableau d'historique de la santé communautaire en Guinée

Année	Institutions d'appui	Activités	Localisation
1993	OCP/OPC	Traitement à l'Ivermectine sous directive communautaire (TIDC)	Mandiana et Mamou
1995	AGBEF	Distribution communautaire des contraceptifs non prescriptibles	Haute Guinée
1996	AGBEF	Élaboration de document de Stratégie Nationale des Services à Base communautaire	-
1997	AFRICARE	Initiative pour la sécurité alimentaire / Initiative pour la santé maternelle	Dinguiraye / Dabola
1997	FAMPOP/USAID/AGBEF/PSI	Distribution communautaire des contraceptifs non prescriptibles	Haute Guinée / Guinée Forestière
1997	AGBEF	Développement des services de la santé sexuelle et reproductive	FoutaDjallon
1997	Save the Children	Survie et développement de l'enfant	Mandiana / Kouroussa
1998	PRISM ¹⁷	Renforcement des interventions en Santé Maternelle et Infantile	Haute Guinée / Guinée Forestière
2000	ADRA	Initiative pour la Santé Maternelle et Infantile	Sigui
2000	Programme MSR	Mise en œuvre de la Stratégie SONU MURIGA	Dabola, Mandiana et Sigui
2000	Agences des Nations Unies / USAID, Banque mondiale	Mise en œuvre de la PCIMNE Clinique et communautaire	L'ensemble du territoire
2001	AFRICARE	Initiative pour la sécurité alimentaire	Dinguiraye / Dabola
2001	ADRA	Projet de Nutrition	Conakry

¹⁷Projet pour le renforcement en santé maternelle et infantile

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

Année	Institutions d'appui	Activités	Localisation
2001	GTZ	Lutte contre le VIH/SIDA	Faranah, Labé, Mamou
2003	OMS	Volet communautaire du Programme Bucco-dentaire	L'ensemble du territoire
2003	Banque Mondiale	Projet IST/VIH/SIDA	L'ensemble du territoire
2003	CNLS	Prévention des IST/VIH	L'ensemble du territoire
2003	MSFOCB	Projet IST/VIH	Conakry
2004	HKI	Renforcement Nutritionnel des Femmes enceintes	Kankan / Faranah
2005	HKI	Sécurité Alimentaire	Pita / Téléimélé
2006	Plan Guinée/ AGBEF	Santé reproductive et sexuelle communautaire durable	Guinée Forestière
2006	AGBEF / HKI	Onchocercose / Santé de la Reproduction	L'ensemble du territoire
2006	Fonds Mondial	Prise en charge communautaire de la tuberculose	Forécariah
2009	GTZ Santé	Santé de la reproduction et droit de la femme	Faranah, Labé, Mamou
2009	UNFPA/ AGBEF	Service de Planification Familiale à base communautaire	Basse et Moyenne Guinée
2012	JHPIEGO	Introduction de Depo-Provera (Agents communautaires)	Mandiana
2012	MSF/OCG	Prise en charge communautaire du paludisme	Guéckedou
2012	USAID/HKI	Traitement de masse de Filariose et Onchocercose	L'ensemble du territoire
2013	UNFPA/UNICEF/AGBEF/GIZ	Introduction de la PF, CPN, VIH et VBG dans le paquet intégré des SBC	L'ensemble du territoire
2014	Ministère de la santé/PTF	Surveillance à base communautaire de la MVE	L'ensemble du territoire

Annexe 2

Tableau 7: Répartition des AC et ASC par préfecture

DRS	DPS	NOMBRE D'ASC/AC
Boké	-Boké	624
	-Boffa	237
	-Gaoual	192
	-Koundara	246
	-Fria	167
	Sous total	1466
Kankan	-Kankan	606
	-Kérouane	401
	-Kouroussa	369
	-Madiana	336
	-Siguiri	1073
	Sous total	2785
Kindia	-Kindia	755
	-Coyah	72
	-Dubréka	479
	-Forécariah	618
	-Télimélé	180
	Sous total	2104
Faranah	-Faranah	641
	-Dinguiraye	434
	-Dabola	315
	-Kissidougou	613
	Sous total	2003
Mamou		2003
	-Mamou	194
	-Dalaba	369
	-Pita	523
	Sous total	1086
Labé	-Labé	645
	-Koubia	323
	-lélouma	360
	-Mali	513
	-Tougué	385
	Sous total	2226
N'zérékoré	-N'zérékoré	342
	-Macenta	684

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

DRS	DPS	NOMBRE D'ASC/AC
	-Gueckédou	691
	-Lola	243
	-Yomou	346
	-Beyla	701
	Sous total	3007
DSVCO Conakry	Matam	116
	Kaloum	86
	Matoto	912
	Ratoma	530
	Dixinn	246
	Sous total	1890
Total Général		16567

Annexe 3

Canevas de Supervision

La gestion de la qualité au niveau des ressources humaines communautaires couvrira deux aspects : la supervision formative du comité de santé et d'hygiène et les agents de santé communautaires par l'équipe cadre du district. Les phases usuelles de préparation, de réalisation, de suivi des recommandations de la supervision seront respectées.

Phase préparatoire de la supervision:

- Identifier les thèmes de la supervision
- Préparer la fiche de supervision
- Informer l'agent et les comités de santé
- Rendre disponibles les ressources
- Élaborer et diffuser le calendrier de supervision

Phase de réalisation de la supervision

- Recueillir les informations à travers les observations, les entretiens avec les agents, les patients, la consultation des dossiers et registres, l'évaluation des recommandations antérieures et interviews
- Analyser les informations et dégager les forces et les faiblesses
- Organiser la restitution des résultats de la supervision
- Consigner les mesures correctrices dans le cahier de supervision
- Rédiger le rapport de supervision et faire la rétro information

Phase de suivi des recommandations issues de la supervision

- Suivre la mise en œuvre des recommandations
- Évaluer les résultats obtenus

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

Une restitution des résultats de la supervision sera faite aux personnels de santé, membres du comité de santé et d'hygiène, ASC, autorités locales et organisation de la société civile.

Annexe 4

Tableau 8: Tableau des Programmes et leur localisation géographique

Agence de mise en œuvre	Partenaires		Activités	Zones d'intervention
CRS, PNLP, PNLAT, PNPCSPV/VIH, MS, FMG, AGBEF, Plan Guinée, PSI	FM		Prévention, promotion et prise en charge du Paludisme, VIH et Tuberculose et RSS	L'ensemble du territoire
RTI /StopPalu	USAID		Prévention, promotion et prise en charge du paludisme	Conakry, Kindia, Boké, Labé, Mamou et Dinguiraye
JHPIEGO/HSD	USAID		Mobilisation communautaire pour la PF et PCIMNE	Boké, Kankan, Labé, Kindia, Faranah, Conakry
PNLP	PMI		Prévention, promotion et prise en charge du paludisme	Conakry, Kindia, Boké, Labé, Mamou et Dinguiraye
DND/DNDL/PACV, Communes de Guinée	UNICEF		Engagement communautaire y compris la redevabilité en faveur de la santé maternelle et infantile	Couverture nationale avec accent sur les 40 communes de convergence
PASSP	BM		Approche intégrée de prise en charge des problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile	Régions Labé, Faranah
MSF	MSFOCB		VIH, Paludisme et malnutrition	Conakry, Kouroussa
IMC, OIM, RTI	ANSS		Surveillance à base communautaire	Ensemble du territoire
GIZ/ PSRF	GIZ		Santé Sexuelle et Reproductive	Région Mamou, Kindia, Labé et Faranah

Plan stratégique Sante Communautaire- Draft 1-

Agence de mise en œuvre	Partenaires		Activités	Zones d'intervention
PASA (MS, UNICEF Terre des Hommes)	UE		Santé maternelle, néonatale et infantile et la gouvernance en santé et Renforcement des collectivités locales	Conakry, Kindia et N'Zérékoré
AGBEF	UNFPA		SR/PF/ Genre	Conakry, Kindia, Mamou, Labé, Kankan, et Nzérékoré
ANSS/DPS	OMS		Surveillance à Base Communautaire, PEV, PCIMNE, WHO-PEN, Communication de risque	L'ensemble du territoire
CNLS	ONUSIDA		Plaidoyer, Gouvernance et Mobilisation des ressources	L'ensemble du territoire

-

Annexe 5

Narratif du Budget

A5.1- Base de calculs en rapport à la gouvernance des institutions locales de sante

1- Formation pour les Directeurs Régionaux et les Chefs de Districts

On est dans un contexte où les Directeurs régionaux et les Chefs de district vont partir à la retraite dans environ deux à trois années. Dans le cadre du renforcement de la gouvernance, le Ministère se propose de supporter la formation de Maitrise en Sante Publique pour les cadres des régions et districts par année. Il s'agira de 5 cadres chaque année à 70 000 dollars par année pendant 5 ans.

2- Formation spécifique en leadership pour les cadres

Le Ministère de la santé organisera un cours de leadership chaque année en utilisant des institutions de formation spécialisées. Il s'agira d'un cours de 3 semaines par année sur les prochaines 5 années. Le Ministère garantira la présence et la stabilité du personnel en position managériale et de leadership. Les couts seront répartis comme suit :

- L'institution de formation recevra 45 000 dollars pour le développement de curriculum, le voyage et les sessions de cours. Le Ministère garantira la présence de 15 à 20 cadres par année.

- L'hébergement pour 2 semaines pour 20 cadres à 90 dollars par nuit et pendant 14 jours pour un total de 25 220 dollars

- La location de salles et impressions à 150 dollars pendant 12 jours et 3000 dollars pour reproduction et impressions pour un total de 4800

- Le repas des sessions ou per diem est calculé sur la base de 55 dollars par jour pendant 14 jours pour 22 participants pour un total de 16940

- Le cout de transport est calculé pour 20 cadres avec une moyenne de 25 dollars par cout de transport pour un total de 500 dollars.

La session de leadership par année revient à 92440 dollars

3- Renforcement des structures régionales et préfectorales

A présent, les bureaux régionaux et préfectoraux sont relativement garnis et équipés. Pour parer à l'effet d'amortissement, le plan prévoit des couts de remplacements de mobiliers, d'infrastructures électroniques et d'équipements à partir de la deuxième année. Il s'agit d'éléments suivants : Ordinateurs et imprimantes, Mobiliers, Matériels de bureau, Accès Internet, Matériels roulants. Par unité de renforcement, on a calculé une unité de configuration informatique de 1500 dollars, des fournitures de bureau à 750 dollars, un accès à l'internet et 12 mois d'utilisation à 1000 dollars et un véhicule de 26667 dollars et des frais de fonctionnement et d'entretien des véhicules. Le ministère se propose d'équiper 38 districts et 8 régions sur 3 ans à raison 16 structures pour la 2ème année, 15 pour 3^{ème} année et 15 pour la 4 ième.

4- Ateliers d'harmonisation des mécanismes institutionnels

Il est prévu un ensemble de réunion avec les collectivités locales, les responsables locaux de l'Administration du Territoire, des finances au niveau préfectoral. On aura un atelier de 3 jours par année basé sur les couts du Ministère pour 12 personnes de 3 jours. Il y aura un atelier dans chaque préfecture. Le coût total est de 1540 dollars par atelier.

5- Ateliers de Préparation de plans d'actions opérationnels régionaux, préfectoraux, communaux

Il est prévu des sessions de préparation de plans d'actions opérationnels régionaux, préfectoraux et communaux. On aura un atelier de 5 jours par année basé sur les coûts unitaire du Ministère de la santé. Il y aura un atelier dans chaque région pour 30 personnes, 50 personnes pour préfecture et commune pour l'ensemble des 38 districts sanitaires. Des regroupements de communes sont considérés dans les couts. Le total est 6070 dollars par atelier.

6- Agenda de Mutualisation des activités des relais et des agents de santé communautaires

La mise en œuvre du plan stratégique demande de nombreuses consultations et réunions techniques pour arriver à une *mutualisation* des activités des agents de santé communautaires

et les relais communautaire. Le plan prévoit une série de table ronde d'échanges entre divers acteurs tant au niveau central que périphérique. Il est prévu des locations de salles et des collations, le transport de 10 personnes non-résidents/session. Le total par session est de 300 dollars pour 46 sessions dans les régions et préfectures les deux premières années.

7- Cartographie préfectorale des ressources humaines communautaires

Le Ministère supportera les réunions de validation de la cartographie préfectorale dans les préfectures et le tableau des besoins. Le total par session est de 300 dollars pour 38 sessions dans les préfectures. Ces couts ne sont que pour la première année.

8- Coordination régionale et préfectorale des partenaires

Le Ministère supportera les réunions de coordination du secteur de la sante dans les régions et les préfectures. Le total par session est de 150 dollars pour 46 sessions dans les régions et préfectures, 2 fois par année.

9- Création d'une base de données électroniques pour les ASC

Le Ministère engagera une institution pour la création d'une base de données du sous-système santé communautaire qui intègrera le DHIS2. Le cout est de 80 000 la première année avec un coût de maintenance de 22000, les années suivantes.

10- Plan opérationnel des structures sanitaires en rapport au déploiement des agents

Le Ministère s'attend à ce que tous les centres de santé ajustent leur plan opérationnel. Ce plan tiendra compte également le déploiement et le suivi des agents. La session interne de validation est estimée à 75 dollars et se fait chaque année.

11- Plaidoyer pour le plan stratégique – Pédagogie et Gestion du changement

Le Ministère octroiera des ressources pour faire la promotion du plan et également s'attaquera aux raisons et forces psychologiques de la résistance naturelle au changement. Le bureau de communication du Ministère de la santé sera renforcé d'assistants techniques pendant les deux

premières années pour aider à faire connaître la vision, informer du déroulement du processus, rassurer les acteurs et surtout aider dans la gestion du changement. Les frais de couverture médiatique seront alloués. Le total est de 74 000 dollars par année et ne durera que 2 ans.

A5.2- Base de calculs en rapport à la performance du système de santé communautaire

12- Renforcement de Centres de sante cibles dans les zones de faible performance

Le Ministère prévoit de doter et renforcer les centres de santé cibles dans les zones de faible performance. Le Ministère envisage la dotation en : personnel, en médicaments, matériels médicaux, équipements, instruments de gestion et matériels roulant. Cela va concerner 10% des 410 Centres de santé du pays. Le coût unitaire est de 16000 dollars par centre de santé. Ce coût rassemble une dotation de médicaments et produits de santé, consommables pour 10 000 dollars, des équipements et instruments médicaux pour 3000 dollars, une moto pour 3000. Ceci se fera sur les deux premières années.

13- Construction d'infrastructures de Santé en zone de déficit

Dans les zones de grand déficit de couverture sanitaire en termes d'infrastructures, le Ministère prévoit des constructions de poste de santé. 25 postes seront construits sur trois années en commençant la deuxième année à raison de 40000 dollars par poste de santé et un montant additionnel de 6667 pour le lancement des activités

14- Formation des Agents de Santé communautaires

Pour la formation structurée et diplômante, il est prévu des couts d'élaboration de guides, de curricula de formation de formateurs. La première année, on démarrera avec 2 écoles sur une base pilote et on adjoindra 8 autres écoles la deuxième année. Ces écoles seront équipées d'instruments audio-visuels, d'équipements de formation et de démonstration. Il y aura des coûts pour la reproduction des guides de formateur, du guide de l'apprenant et les syllabus pour les étudiants. Des frais de 400 dollars sont prévus par enseignant. Il est prévu 4 enseignants par écoles. Pour 2 années de formation, le nombre d'étudiants évoluera de la façon

suivante : 120 la première année, 720 la deuxième année, 1320 la troisième année, 1800 la quatrième année et 1800 la cinquième année. Les détails sont dans le tableau suivant :

Tableau 9: Tableau d'enrôlement des Agents de Santé Communautaire Professionnels

Tableau d'enrôlement des Agents de Santé Communautaire Professionnels

Années d'études	2018	2019	2020	2021	2022
1 ère Année d'Études	120	600	600	600	600
2ieme Année d'Études		120	600	600	600
3ieme Année d'études			120	600	600
Total	120	720	1320	1800	1800
Prêt pour Recrutement			120	600	600

15- Optimisation des anciens Agents Techniques de Santé déjà diplômés

Le Ministère recrutera les Agents Techniques de Santé diplômés. Ils recevront un recyclage initial pour la phase de recrutement au début de leur mandat. Ils seront de 600 la première année puis 2000 par année les 3 années suivantes et 400 à la dernière année. Ces formations se feront dans les régions. Tous les coûts d'hébergement, de transport, de collation sont basés sur les coûts du ministère pour les formations dans les régions

Évolution des Relais, ATS et ASC sur les 5 prochaines années

Type de ressources communautaires	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Relais communautaires	3500	3500	3000			10000
Agent Technique de Sante optimises	600	2000	2000	2000	400	7000
Agents de Sante Communautaires Professionnels	0	0	120	600	600	1320
Total	4100	5500	5120	2600	1000	18320

16- Recyclage Polyvalente pour les relais communautaires

Au cours de la phase de mutualisation et de préparation de plans préfectoraux, Les relais communautaires actuels verront leurs profils révisés, ceux qui répondent aux critères du Ministère seront orientés vers la formation polyvalente du curriculum de formation du Ministère ou vers les écoles pour formation comme Agent de Sante Communautaires professionnels. Les coûts seront les mêmes pour les formations usuelles dans les préfectures. 3500 agents seront recyclés chaque année les deux premières années et 3000 la troisième année.

17- Dotation initiale des Agents de Santé et relais communautaires

Le relais communautaire recyclé, L'agent Technique de Santé optimisé et l'Agent de Santé Communautaire professionnel, à la fin de son cycle d'études, recevront une dotation de médicaments comme fond de roulement, des produits de santé et des outils et instruments pour son travail. Le total de ces items s'élève à 60 dollars par agents.

18- Matériels roulant pour les agents

En fonction de l'analyse des besoins, tous les agents de santé communautaires superviseurs par centres de santé recevront une moto la première année. Les années suivantes :10 % des relais et agents de santé communautaires recevront une moto et un vélo Cette distribution se réalisera sur la base des besoins.

19- Supervision en cascade

La supervision en cascade est basée sur le coût unitaire du Ministère d'une sortie par région à raison de 1333 dollars et une sortie par préfecture à 500 dollars. Le présent budget inclut 3 sorties par année de la région et 4 sorties pour la préfecture.

20- Rémunération des relais communautaires, agents techniques de santé optimisés et agents de santé communautaires professionnels

Sur la base du tableau d'intégration progressive des relais communautaires recyclés, des Agents Techniques de Santé optimisés et de l'arrivée progressive des agents de santé communautaires professionnels, le tableau se présente comme suit :

Tableau 10: Tableau d'Évolution des Relais, ATS et ASC professionnels sur les 5 prochaines années

Évolution des Relais, ATS et ASC sur les 5 prochaines années

Type de ressources communautaires	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Relais communautaires	3500	3500	3000			10000
Agent Technique de Sante optimises	600	2000	2000	2000	400	7000
Agents de Sante Communautaires Professionnels	0	0	120	600	600	1320
Total	4100	5500	5120	2600	1000	18320

La rémunération est calculée à 440 000 GNF pour le relais communautaire et 1.500 000 GNF pour l'Agent Technique optimisé et l'Agent de Santé communautaire Professionnel.

21- Promotion de la santé

Pour des activités de communication pour le changement de comportement, le présent budget dispose de 1500 dollars par communes et par an pour 340 collectivités locales.

A5.3- Base de calculs en rapport à la Responsabilisation communautaire

22- Responsabilisation et engagement communautaire

La stratégie de mobilisation communautaire du plan impliquera de multiples séances de travail dans la communauté qui est budgétisé à raison de 1000 dollars par année par communes.

23- Atelier de réflexion sur le développement de la Médecine Traditionnelle

Le Ministère se propose au cours de la première année d'implémentation du plan d'organiser un atelier sur le développement de la médecine traditionnelle. Cet atelier rassemblera environ 50

cadres des ministères concernés, des membres des collectivités locales et des partenaires. Le cout sera de 31000 dollars

24- Activités Génératrices de revenus : Groupe de Femmes et Jeunes

Dans le cadre du développement de la santé communautaire, le Ministère compte recruté environ 18000 agents de santé communautaire et relais communautaire majoritairement des jeunes et des femmes. Le ministère entend soutenir la promotion économique de ces jeunes pour favoriser leur autonomisation et leur fidélisation. Dans ce cadre le Ministère en collaboration avec les partenaires techniques et financier et les autres partenaires sectoriels concernés appuiera la mobilisation des ressources pour aider ce groupe a :

- 1- Se constituer en association
- 2- Développer des projets
- 3- Assurer la mise en œuvre
- 4- Faire le suivi/évaluation.
- 5- Le présent budget est estimé à 10 000 dollars par communes par année.

23- Cartographie des Tradipraticiens

Le ministère engagera une institution pour réaliser la cartographie des tradipraticiens. Un montant de 80 0000 dollars est destiné à cet effet.