

République de Guinée
Travail-Justice-Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2023-2027



DIRECTION NATIONALE
DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE
ET DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

MINISTERE DE LA SANTE



Décembre 202

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

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

La Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle (DNSCMT) est le porteur principal de ce Plan stratégique de santé communautaire qui couvre la période 2023-2027.

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

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

L'évaluation du plan stratégique 2018-2022, l'élaboration, et la validation du nouveau Plan Stratégique National de la santé communautaire 2023-2027 ont reçu les contributions de l'ensemble des acteurs nationaux avec le soutien et la participation des partenaires techniques et financiers.

@ Copyright, Version janvier 2023

Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique de la République de Guinée

BP 585, Conakry, République de Guinée

Table des matières

Liste des tableaux et figures	5
Sigles et abréviations	8
Introduction	10
1. Contexte	12
1.1. Présentation de la Guinée	12
1.2. Situation épidémiologique : (maladies et préoccupation de santé du pays)	15
1.3. Evolution des indicateurs de santé des 5 dernières années	17
2. Situation de la santé communautaire en Guinée	17
2.1 Niveau de couverture du pays par la stratégie nationale de santé communautaire	17
2.2 Approche de la santé communautaire en Guinée	18
2.2.1 Niveau national	18
2.2.2 Niveau régional et district	18
2.2.3 Niveau communautaire	19
2.3 Leadership et gouvernance des services de santé communautaire	19
2.4 Ressources humaines	20
2.4.1 Cadre de référence	20
2.4.2 Description de la situation	21
2.5 Principaux problèmes	23
2.6 Causes principales	23
2.7 Défis	23
2.8 Propositions de solutions à différents niveaux	24
2.9 Financement de la santé communautaire	24

3. Système de prestation de services de santé communautaire	25
4. Systèmes d'information de la santé communautaire	26
5. Financement de la santé	27
5.1 Dépenses globales de santé	28
5.2 Dépenses totales de santé par habitant et par an	28
5.3 Financement de l'Etat	28
5.4 La contribution au financement de la santé par les ménages sous forme de paiement direct de soins.	29
5.5 Les collectivités locales	29
5.6 Le privé	30
5.7 Reste du Monde - Partenaires	30
6. Gestion de la chaîne d'approvisionnement en matière de santé communautaire	31
6.1 Accès aux médicaments essentiels	32
7. Domaines de compétences des Agents de santé et relais communautaires	32
8. Stratégie de santé communautaire de la Guinée 2023 - 2027	35
8.1 Vision	35
8.2 But, objectifs et résultats attendus du Plan stratégique	35
8.3 Résultats attendus	36
8.4 Principes directeurs du plan	37
8.5 Axes stratégiques	37
8.6 Description des axes stratégiques	37
8.7 Présentation des axes et interventions	47

Liste des tableaux et figures

<u>Tableau 1. Projection de la population guinéenne par région administrative selon le RGPH3 2014</u>	14
<u>Tableau 2. Couverture du pays en ASC et RECO, 2022</u>	17
<u>Tableau 3. Organes de coordination des initiatives actuelles en santé communautaire</u>	19
<u>Tableau 4. Evolution du nombre d'agents de sante recrutes par catégorie socio-professionnelle</u>	21
<u>Tableau 5. Domaine de compétence des RECO et ASC</u>	33
<u>Tableau 6. Résultats attendus du Plan Stratégique 2023-2027</u>	36
<u>Tableau 7. Orientations pour l'élaboration de l'agenda de recherche en santé communautaire</u>	46
<u>Tableau 8. Actions prioritaires pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2023-2027</u>	50
<u>Tableau 9. Programmation financière du PSN 2023-2027</u>	62
<u>Tableau 10. Budget du plan selon les axes stratégiques</u>	92
<u>Tableau 11. Plan stratégique selon les coûts budgétaires annuels</u>	92
<u>Tableau 12. Plan de Suivi-Évaluation du Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2023-2027</u>	93
<u>Figure 1. Carte de la République de Guinée</u>	12
<u>Figure 2. Circuit de la remontée des données sanitaires</u>	27
<u>Figure 3. Evolution du financement de la santé par l'Etat</u>	29
<u>Figure 4. Schéma d'organisation des soins</u>	38
<u>Figure 5. Dispositif de la sante communautaire au niveau des communes</u>	38

Préface

La Guinée à l'instar des pays en développement fait face à un défi sanitaire important. Le système de santé est caractérisé par une morbidité et une mortalité encore élevées en particulier chez les groupes les plus vulnérables, une couverture effective basse pour la plupart des services essentiels de santé dont la qualité est parfois faible, une offre de santé inefficace et inéquitable et un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes. Ainsi, dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, le Gouvernement Guinéen a révisé sa Politique Nationale de Santé de laquelle découle le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2015-2024.

Ce plan donne des orientations stratégiques claires pertinentes et consensuelles tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays. Il constitue le cadre unique de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé.

Le PNDS considère la santé Communautaire comme l'un des leviers pour aller vers la couverture santé universelle. Cette priorisation s'est traduite par l'élaboration et l'adoption d'une politique nationale de santé communautaire en 2017 et d'une stratégie nationale de la santé communautaire 2018-2022. Après cinq années de sa mise en œuvre, la Direction Nationale de la Santé Communautaire avec l'appui technique et financier des partenaires, a procédé à son évaluation. Cette évaluation a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui ont influencés sa mise en œuvre.

En effet, le nouveau plan stratégique 2023-2027 est basé sur les recommandations issues de l'évaluation mais aussi sur les bonnes pratiques identifiées au cours de sa mise en œuvre. Il apporte une réponse aux défis à travers une approche globale centrée sur la participation et l'engagement communautaire.

Il constitue pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, un document de référence pour l'ensemble des acteurs dans la mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée.

La Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle est chargée de coordonner sa mise en œuvre et j'invite tous les acteurs y compris les Partenaires Techniques et Financiers à appuyer la mise en œuvre de ce plan visant à répondre efficacement aux attentes des communautés et des familles dans l'équité.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique



Mamadou P. Diallo
Dr. Mamadou P. DIALLO

Sigles et abréviations

ANAFIC : Agence Nationale de Financement des Collectivités

ANIES : Agence Nationale d'Inclusion Economique et Sociale

ASC : Agent de Santé Communautaire

ATS : Agent Technique de Santé

BSD : Bureau de Stratégie et de Développement

CCSC : Communication pour le Changement Social et Comportemental

CNS : Compte National de Santé

COSAH : Comité de Santé et d'Hygiène

CPCSS : Comité Préfectoral de coordination du secteur de la santé

CRCSS : Comité Régional de coordination du secteur de la santé

CS : Centre de Santé

CSPCSS : Comité sous préfectoral de coordination du secteur de la santé

CSU : Couverture Santé Universelle

CTC : Comité Technique Central

CTPS : Comité Technique Préfectoral de la Santé

CTRS : Comité Technique Régional de la Santé

DCS : Direction Communale de la Santé

DHIS2: District Health Information Software 2

DMR : Directeur des Microréalisations

DNPM : Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments

DNSCMT : Direction Nationale de Santé Communautaire et Médecine
Traditionnelle

DPS : Direction Préfectoral de la Santé

DTS : Dépenses Totales de Santé

GAS : Gestion des Approvisionnements et Stocks

HP : Hôpital Préfectoral

HR : Hôpital Régional

IRS : Inspection Régionale de la Santé

ISBLSM : Institutions Sans But Lucratif au Services des Ménages
MATD : Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD : Objectif de Développement Durable
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OSC : Organisation de la Société Civile
PAI : Plan Annuel d'Investissement
PCG : Pharmacie Centrale de Guinée
PDL : Plan de Développement Local
PF : Planification Familiale
PFR : Planification, Formation et Recherche
PIB : Produit Intérieur Brut
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PS : Poste de Santé
PSNSC : Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
RECO : Relais Communautaires
RGPH3 : Troisième recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2014
RHS : Ressource Humaine en Santé
SBC : Service à Base Communautaire
SSIS : Section des Statistiques et de l'Information Sanitaire
SSP : Soins de Santé Primaire
TB : Tuberculose
TIC : Technologies de l'information et de la communication
UGL : Unité de Gestion Logistique
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Introduction

La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, des Nations Unies, à laquelle la Guinée a souscrit dispose dans son article 25, : « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». Partant de cela, la politique nationale de santé a comme vision « *Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productifs, bénéficiant d'un accès universel à des services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs y compris des soins palliatifs de qualité avec leur pleine participation* ».

Le troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, tenu au Brésil du 10 au 13 Novembre 2013, a conclu que les agents de santé communautaire (ASC) « *jouaient un rôle unique, qui pouvait se révéler essentiel pour accélérer la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) et la Couverture Sanitaire Universelle* ».

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

Pour opérationnaliser le PNDS, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique a retenu entre autres de s'appuyer sur la santé communautaire. Cette volonté s'est traduite par la mise en place au sein du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique d'une Direction en charge de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

Aussi, en juillet 2017, la politique nationale de santé communautaire fut élaborée et validée. Elle vise à améliorer le bien-être des populations guinéennes au sein des collectivités locales sur la base des axes majeurs suivants :1) le renforcement de la gouvernance des

institutions locales de santé ; 2) l'amélioration de la performance du système de santé communautaire ; 3) la contribution à l'autonomisation des populations vulnérables.

L'élaboration d'un plan stratégique vise à harmoniser, développer et faire passer à l'échelle les interventions de santé communautaire sur la base des orientations de la politique nationale de santé communautaire. Elle devrait contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle en vue de l'atteinte des objectifs de développement durable d'ici 2030. La démarche d'élaboration du plan stratégique de santé communautaire pour la période 2023-2027, soutenue par les Partenaires techniques et financiers, a été un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes et a connu les étapes suivantes :

- (i) La mise en place des comités techniques ;
- (ii) Une évaluation du plan stratégique national 2018-2022 ;
- (iii) La capitalisation des acquis, des données factuelles au travers d'une revue documentaire et des entrevues avec les acteurs clés évoluant dans le système ;
- (iv) La production d'un premier draft de plan pour faciliter la contribution de l'ensemble des acteurs ;
- (v) La réalisation de séances de travail thématiques avec des acteurs concernés ;
- (vi) La tenue des ateliers de finalisation et de validation du plan stratégique national de santé communautaire.

Le Plan stratégique cadre avec les orientations du Gouvernement pour implémenter la politique sanitaire dans laquelle l'ensemble des partenaires techniques et financiers et autres entités étatiques, harmonisent leurs actions en vue de rapprocher les services de santé de base de la communauté.

Le présent document rassemble une large part de définitions, d'approches stratégiques et des orientations opérationnelles sur des éléments tels que :

- a) Le paquet intégré de soins et services à délivrer au niveau communautaire ;
- b) Les domaines de compétences l'agent de santé communautaire (ASC) et relais communautaires (RECO) ;

- c) Le mécanisme de compensation financière des agents;
- d) La formation diplômante et continue des agents;
- e) Le processus de sélection des agents et ;
- f) Les mécanismes de suivi – évaluation.

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

1. Contexte

1.1. Présentation de la Guinée

La République de Guinée, située en Afrique de l'Ouest entre 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest, bordée par un littoral de 300 km sur l'océan Atlantique, s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km de 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 Atlantique¹.



Figure 1. Carte de la République de Guinée

¹ <https://www.atlas-monde.net/afrique/guinee/>

Dotée d'un climat de type tropical avec une alternance de saison sèche (de novembre à avril) et de saison des pluies (de mai à octobre), variable selon l'altitude et la région, elle possède l'un des réseaux hydrographiques les plus denses de la sous-région. D'une superficie totale de 245 857 km², la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.

Selon le troisième recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2014 (RGPH3)² la population guinéenne est estimée à 13 354 453 habitants en 2023, dont 51,7% de femmes et 48,3% d'hommes, avec une densité de 43 habitants au km². Ces chiffres cachent une répartition inégale de la population sur le territoire, avec 2/3 vivant en milieu rural contre 1/3 en milieu urbain, 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 Conakry.

En Guinée selon l'EDS 2018³, 71 % des femmes et 49 % des hommes de 15-49 ans sont en union. La proportion de femmes divorcées ou séparées est plus élevée que celle des hommes (2 % contre 1 %). Il en est de même de la proportion de veufs (2 % chez les femmes contre moins de 1 % chez les hommes). Dans le groupe d'âges 15-19 ans, plus de 7 femmes sur 10 et la quasi-totalité des hommes sont célibataires (respectivement 71 % et 99 %) mais ces proportions diminuent rapidement avec l'âge, en particulier chez les femmes.

Dans la tranche d'âge de 20-24 ans, moins du tiers des femmes (31 %) sont encore célibataires contre 89 % des hommes. À l'âge de 35 à 39 ans, seulement 3 % des femmes et 8 % des hommes sont encore célibataires. Le pourcentage de femmes âgées de 25-49 ans ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 18 ans exacts a légèrement baissé depuis l'EDS III, passant de 75 % en 2005 à 66 % en 2018, après une légère augmentation de 70 % en 1999 à 75 % en 2005. Chez les hommes de 25-49 ans, ce

² <https://www.stat-guinee.org/index.php/projets/projets-realises/258-projet-rgph3>

³ <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr353-dhs-final-reports.cfm>

pourcentage a nettement diminué depuis 1999 passant de 40 % en 1999 à 31 % en 2005, puis à 28 % en 2012 et enfin à 22 % en 2018.

Le nombre moyen d'enfants par femme est estimé à 4,8. Ce nombre moyen varie de 3,8 en milieu urbain à 5,5 en milieu rural. Les taux de fécondité augmentent rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum à l'âge de 25-29 ans (215 %) puis diminue par la suite pour atteindre 24% dans le groupe d'âges 45-49 ans. Le taux global de fécondité générale s'établit à 165 % et il varie de 127 % en milieu urbain à 188 % en milieu rural. Le pourcentage de femmes enceintes est de 9 % au niveau national, 7 % en milieu urbain et 10 % en milieu rural et le nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans est de 5,1.

Sur la base d'un taux de croissance démographique élevé (3,1%) par an, la situation démographique serait projetée comme suit :

Tableau 1. Projection de la population guinéenne par région administrative selon le RGPH3 2014

Localité	2014			2023	2024	2025	2026	2027
	Masculin	Féminin	Total					
Boké	531 073	561 220	1 092 293	1 376 149	1 411 929	1 448 639	1 486 304	1 524 948
Conakry	840 402	834 666	1 675 068	2 110 370	2 165 240	2 221 536	2 279 296	2 338 558
Faranah	454 385	495 205	949 590	1 196 361	1 227 467	1 259 381	1 292 125	1 325 720
Kankan	981 417	997 621	1 979 038	2 493 334	2 558 161	2 624 673	2 692 914	2 762 930
Kindia	754 300	819 391	1 573 691	1 982 649	2 034 197	2 087 087	2 141 351	2 197 026
Labé	450 867	550 526	1 001 393	1 261 626	1 294 428	1 328 083	1 362 614	1 398 042
Mamou	334 303	402 761	737 064	928 606	952 750	977 521	1 002 937	1 029 013
N'Zérékoré	768 621	823 095	1 591 716	2 005 358	2 057 497	2 110 992	2 165 878	2 222 191
Total global	5 115 368	5 484 485	10 599 853	13 354 453	13 701 669	14 057 912	14 423 418	14 798 427

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 6 à Conakry et 362 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

1.2. Situation épidémiologique : (maladies et préoccupation de santé du pays)

La population guinéenne se caractérise par :

- Le faible niveau d'instruction ; près de 69% des femmes et 45% des hommes n'ont aucun niveau d'instruction
- Le ratio de la population pauvre avec moins de 1,90 \$ par jour était de 13,8 % en 2018, et seuls 2 % des femmes et 2 % des hommes âgés de 15 à 49 ans sont couverts par une assurance maladie.
- Faible couverture en eau potable ; 64% de la population guinéenne a accès à une source d'eau améliorée, dont 87% en milieu urbain et 51% en milieu rural
- Faible accès à des installations sanitaires saines (30% de la population guinéenne a accès à un système d'assainissement amélioré, dont 46% en milieu urbain)
- L'accès insuffisant à des soins adéquats et à un logement décent, ainsi qu'une hygiène personnelle et collective insuffisante, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont des facteurs de risque majeurs pour de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.
- Le tabagisme : Parmi les femmes de 15-49 ans, 1 % a déclaré fumer du tabac contre 13 % chez les hommes). La toxicomanie et l'alcoolisme sont à l'origine de certaines maladies mentales chez les adolescents et les jeunes ainsi que d'autres maladies non transmissibles ⁴.

L'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM 2019) indique que 43,7 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation fragilise une grande partie de la population dans un contexte où la protection contre le risque de

⁴⁴ Enquête Démographique et de Santé (EDS) Guinée 2018

maladie est faible 5%⁵. L'état de santé de la population est déterminé par plusieurs facteurs universellement regroupés en quatre catégories ou grands déterminants de la santé, à savoir : les caractéristiques démographiques et biologiques ; l'environnement physique et socio-économique ; les croyances, les modes de vie, les attitudes et comportements et les systèmes et services de santé.

Compte tenu du contexte, de l'état de santé de la population et des facteurs sociaux qui le sous-tendent, les principaux problèmes identifiés sont : i) Un taux de croissance démographique élevé (3,1%) et en décalage avec la croissance économique (2,8%). Un tel taux de croissance conduira à un doublement de la population dans les 25 prochaines années ; (ii) un faible revenu de la population qui tend à s'aggraver ; (iii) Le mode de financement de la santé basé essentiellement sur le paiement direct par les ménages ; (iv) un cadre de vie défavorable, notamment dans les zones urbaines caractérisées par la surpopulation et un faible niveau d'assainissement et d'hygiène ; (v) un faible niveau d'alphabétisation et une faible offre de soins de santé pour l'ensemble de la population (répartition inégale, mauvaise qualité, etc.) ; (vi) le Partenariat Public/Privé quasi inexistant ; (vii) l'accès aux soins de santé reste insuffisant pour la majorité de la population ; (viii) le déséquilibre dans la répartition des interventions des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ; (ix) la mauvaise gestion de l'environnement et de la biodiversité ; (x) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les enjeux du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; (xi) les faibles capacités opérationnelles (ressources humaines insuffisantes, équipements insuffisants, etc.) des structures de réglementation, de conception et d'appui technique ; (xii) la mauvaise application des textes légaux et réglementaires.

⁵ https://www.stat-guinee.org/images/Documents/Publications/INS/rapports_enquetes/INS_Rapport%20enquete%20legere%20sur%20la%20pauvrete%202012.pdf

1.3. Evolution des indicateurs de santé des cinq (5) dernières années

En ce qui concerne la santé reproductive et de la famille, on note une hausse de 12,6% de femmes (15-49 ans) qui utilisent les méthodes modernes de planification familiale en 2021 contre 8,1% en 2016, une baisse de 42,9% de femmes (15-49 ans) qui ont reçus des soins prénatals en 2021 contre 50,6% en 2016. Pour les facteurs favorisant des maladies non transmissibles, on note une baisse de 6,4% de prévalence du tabagisme chez les personnes (+15 ans) en 2021 contre 7,3% en 2016. 4,6mmol/l de glycémie plasmatique moyenne à jeun chez les personnes (+25ans) entre 2016 et 2021 et on note une baisse de 92,6% de prévalence d'obésité chez les personnes (+18 ans) en 2021 contre 93,7% en 2016. Pour les maladies transmissibles, on note une baisse de 200/1000 hbts d'incidence du paludisme en 2021 contre 340/1000 hbt en 2016, une augmentation de 80,5% de personnes sous ARV parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en 2021 contre 78% en 2016, et une diminution de 175/100 000 hbts d'incidence de la tuberculose contre 176/100 000 hbts en 2016⁶.

2. Situation de la santé communautaire en Guinée

2.1 Niveau de couverture du pays par la stratégie nationale de santé communautaire en 2022

Malgré les efforts fournis par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et ses partenaires techniques et financiers, nous observons dans le Tableau1 un déficit entre les cibles à atteindre et la réalisation en termes de couverture de la stratégie nationale de santé communautaire.

Tableau 2. Couverture du pays en ASC et RECO, 2022

Région	Cibles à former		Réalisé		GAP	
	ASC	RECO	ASC	RECO	ASC	RECO
MAMOU	138	1381	117	1045	21	336
FARANAH	178	1779	140	1409	38	370

⁶ <https://www.afro.who.int/fr/countries/guinea/publication/guinee-rapport-annuel-oms-2021>

KANKAN	371	3707	201	2087	170	1620
KINDIA	295	2948	193	1866	102	1082
LABE	188	1876	92	870	96	1006
BOKE	205	2046	40	385	165	1661
N'ZEREKORE	202	2020	202	2020	0	0
Conakry	329	3293	0	0	329	3293
TOTAL GENERAL	1906	19050	915	8961	991	10089

2.2 Approche de la santé communautaire en Guinée

Pour encadrer les activités de santé communautaire, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a élaboré une politique de santé communautaire et un plan stratégique conformément au plan national de développement sanitaire 2015-2024. La santé communautaire se veut parfaitement intégrée dans la pyramide sanitaire, sans évolution verticale, en collaboration avec tous les acteurs concernés.

L'organisation est faite du niveau central au niveau déconcentré comme suit :

2.2.1 Niveau national

La Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle est le responsable de la mise en œuvre de cette politique et soutient les divisions et programmes de santé existants. Elle est chargée d'élaborer des normes et des procédures, d'assurer la planification et la coordination stratégiques, de guider la recherche et le développement des différents messages, de produire et d'harmoniser le matériel IEC/CCSC, de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et d'en assurer le suivi et l'évaluation.

2.2.2 Niveau régional et district

Les activités en lien avec le plan stratégique national sont intégrées dans les plans d'actions opérationnels (PAO) ; les partenaires techniques et financiers intervenant à ces niveaux sont mobilisés pour apporter l'appui nécessaire à une mise en œuvre, un suivi et une évaluation efficaces.

2.2.3 Niveau communautaire

Les comités de santé et d'hygiène des communes (COSAH), soutenus par le personnel de santé et les autorités locales, assurent la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification, la mise en œuvre des activités communautaires et le suivi de l'exécution des programmes de santé au niveau communautaire. La participation communautaire à la gestion des questions sanitaires et sociales est intégrée et renforcée par d'autres initiatives de participation communautaire dans d'autres secteurs. Le comité sous préfectoral de coordination du secteur de la santé assure la coordination des activités communautaires. Des fora communautaires sont organisés avec la participation d'organisations de la société civile et de dirigeants communautaires.

2.3 Leadership et Gouvernance des services de santé communautaire

Le système d'organisation actuel du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique consacre la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle comme responsable de la planification stratégique pour la santé communautaire. La logique actuelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est de favoriser l'appropriation de l'approche de santé communautaire par tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec en toile de fond l'implication active des maires des communes.

Tableau 3. Organes de coordination des initiatives actuelles en santé communautaire

Niveau	Organe	Responsables	Principaux rôles
Central	Direction Nationale de Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle (DNSCMT)	Directeur National	Coordination/harmonisation
			Régulation/normes
			Plaidoyer/Mobilisation des ressources
			Supervision, suivi évaluation

			L'organisation des instances
Régional	Comité Régional de coordination du secteur de la santé (CRCSS)	Gouverneur	Dialogue social
			Veille sur la multisectorialité
			Supervision, suivi évaluation
Préfectoral	Comité Préfectoral de coordination du secteur de la santé (CPCSS)	Préfet/Maire (valable pour Conakry)	Coordination
			Mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières
Commune	Comité sous préfectoral de coordination du secteur de la santé (CSPCSS)	Sous-préfet	Désignation d'un point focal
			Plaidoyer/Mobilisation des ressources locales
			Suivi de la mise en œuvre
			Supervision des interventions

2.4 Ressources humaines

2.4.1 Cadre de référence

Les ressources humaines pour la santé désignent toutes les personnes qui travaillent directement ou indirectement en vue d'entretenir et de créer la santé et le bien-être (OMS)⁷. Les interventions majeures de santé ne peuvent être élargies ou réalisées sans un personnel de santé suffisant en nombre, bien formé, déployé de façon adéquate, bien géré et motivé pour fournir des services de santé de bonne qualité.

La gestion des ressources humaines est un élément essentiel de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dont les dimensions sont : le recrutement, l'affectation, le plan

⁷ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_18-fr.pdf

de carrière, la formation, la motivation y compris la fidélisation.

2.4.2 Description de la situation

L'analyse de la situation montre comme acquis déterminant de la période 2018-2022, l'augmentation le nombre d'agents de santé recrutés de près de 40% pour l'amélioration de la fonctionnalité des structures sanitaires. Malgré cette augmentation, le GAP reste important pour les catégories socioprofessionnelles dans les structures de sa

Tableau 4. Nombre d'agents de santé dans les structures de santé en 2022 (Source CTC Kankan, 2022)

Structures	Requis	Disponibles	Ecart
Mamou			
IRS	25	16	-9
DPS/DCS	54	29	-25
HN/HR/HP/CMC	315	173	-142
CSA/CS/PS	878	305	-573
Total	1272	523	-749
Conakry			
IRS	39	15	-24
DCS	234	61	-173
HR/CMC	424	465	41
CS/PS	314	460	146
Total	1011	1001	-10
Boké			
IRS	18	13	-5
DPS	90	56	-34
HR/HP	377	268	-109
CSA/CS/PS	853	479	-374

Total	1 338	816	-522
Faranah			
IRS	10	6	-4
DPS/DCS	80	52	-28
HN/HR/HP/CMC	325	233	-92
CSA/CS/PS	682	302	-380
Total	1097	593	-504
Kankan			
IRS	18	10	-8
DPS	106	56	-50
HR/HP	423	413	-10
CSA/CS/PS	1 554	796	-758
Total	2 076	1 275	-801
Kindia			
IRS	42	12	-30
DPS/DCS	210	123	-87
HN/HR/HP/CMC	500	440	-60
CSA/CS/PS	1670	1372	-298
Total	2422	1946	-476
Labé			
IRS	27	11	-16
DPS/DCS	301	66	-235
HN/HR/HP/CMC	262	211	-51
CSA/CS/PS	745	404	-341
Total	1335	692	-643
Nzérékoré			
IRS	42	13	-29
DPS/DCS	252	77	-175

HN/HR/HP/CMC	629	549	-80
CSA/CS/PS	1779	1014	-765
Total	2576	1171	-1405

2.5 Principaux problèmes

Selon le rapport des Etats généraux de la santé 2021, les principaux problèmes liés aux ressources humaines sont :

- Insuffisance des effectifs en ressources humaines dans le secteur public par rapport au ratio de 2,5 agents pour 10 000 habitants,
- Mauvaise répartition du personnel entre milieu urbain et milieu rural, se référer aux données du 2^{ème} CTC 2022 Kankan
- Faible fidélisation du personnel à leur poste de travail,
- Non-maitrise des effectifs du personnel de santé évoluant dans le secteur privé,
- Inadéquation des programmes de formation aux besoins du marché de l'emploi,
- Faible niveau de formation des nouvelles recrues.

2.6 Causes principales

- Faiblesse du budget alloué au traitement du personnel ;
- Recrutement centralisé et faible niveau des mesures incitatives (primes de zone, de transport, d'installation, de logement) ;
- Absence de mécanisme de suivi-évaluation de l'effectif dans le secteur privé ;
- Absence d'une plateforme de concertation entre le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les départements chargés de la formation ;
- Mauvaise organisation de la formation continue pour le perfectionnement du personnel de santé.

2.7 Défis

- Disponibilité du personnel de santé qualifié pour la mise en œuvre de la politique de santé à tous les niveaux ;

- Fidélisation du personnel au poste de travail.

2.8 Propositions de solutions à différents niveaux

a. Ministère de la santé et de l'hygiène publique et autres départements sectoriels impliqués

- Actualiser le Plan stratégique de développement des Ressources Humaines en Santé,
- Appliquer la fonction publique locale en procédant au recrutement au niveau déconcentré pour les structures de soins au niveau préfectoral,
- Actualiser et appliquer intégralement les avantages prévus dans le statut particulier du personnel de santé (primes de zone, prime d'astreinte, ...),
- Utiliser l'Institut de Perfectionnement du Personnel de santé (IPPS) comme structure centrale du recyclage du personnel,
- Développer la collaboration avec les ordres et les associations du secteur privé,
- Impliquer les collectivités locales dans le contrôle et l'évaluation des agents de santé du secteur public.

b. Au niveau des départements chargés de la formation

- Intégrer les besoins du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dans les plans de formation,
- Définir et respecter les profils des apprenants (avoir le Bac) dans les établissements d'enseignement de santé⁸.

2.9 Financement de la santé communautaire

Les comptes nationaux de santé de 2017-2019⁹ montrent que la principale méthode de financement de la santé repose essentiellement sur le paiement direct par les ménages (62,2%). La part des dépenses de santé de l'État dans les dépenses totales continue d'augmenter pour couvrir les besoins. La loi de finances de 2018 contient des provisions dans les « nouvelles mesures » pour couvrir la prise en charge d'un certain nombre d'agents

⁸ Rapport Etat Généraux du Système de santé Guinée Octobre 2019

⁹ Comptes_nationaux_def_18_prov_19_.pdf

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

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'alignera sur les procédures de gestion financière à travers des structures communautaires décentralisées en vigueur pour garantir une rémunération adéquate aux agents de santé communautaire. Les collectivités locales auront un niveau d'engagement significatif dans le financement de la santé. Les Ministères en charge de la santé et de la Décentralisation veilleront à une intégration des interventions des partenaires pour rationaliser l'utilisation des ressources, particulièrement dans la rémunération des agents de santé communautaire. En 2022, avec les réformes des nouvelles autorités, les autres formes de financement des collectivités telles que FODEL et COFICOM ont été intégrées à l'ANAFIC.

En attendant l'opérationnalisation de ces instruments financiers, et la mise en vigueur de la loi portant statut des fonctionnaires communautaires le financement du personnel de santé communautaire (agent de santé communautaire (ASC), Relais communautaires (RECO) sera fait par l'État, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les initiatives locales.

3. Système de prestation de services de santé communautaire

En République de Guinée, le centre de santé constitue, avec ses démembrements (postes de santé et réseau des agents de santé communautaire et relais communautaires) le premier niveau de contact des populations avec les services de santé. Afin d'assurer un niveau de fonctionnement adéquat des centres de santé, le système de financement retenu est le recouvrement des coûts. Il s'agit de vendre des services aux populations afin de permettre au centre de santé d'assurer lui-même son fonctionnement quotidien.

Selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de couverture sanitaire¹⁰, il faut une structure de santé pour une population de 10 000 personnes ; ce qui montre un besoin d'environ 1 300 centres de santé pour la population actuelle de la Guinée. Cependant, à ce jour, le pays ne compte que 438 (DHIS2) centres de santé fonctionnels, avec un besoin de 862 ce qui est très loin pour assurer la Couverture Santé Universelle (CSU). Pour combler ce déficit, le gouvernement s'appuie sur la stratégie nationale de la santé communautaire pour augmenter l'offre des services de santé. En effet, l'approche de santé communautaire adoptée en Guinée permettra d'offrir, au plus près des populations, les services de santé essentiels dont elles ont besoin, avec du personnel formé à cet effet. La clé de voûte du succès de cette stratégie est le centre de santé, point d'ancrage de la santé communautaire. Il doit donc fonctionner correctement, ce qui nécessite de disposer à tout moment de ressources matérielles, financières et humaines suffisantes.

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

4. Systèmes d'information de la santé communautaire

La collecte des données s'effectue au niveau communautaire sur les outils primaires remplis au quotidien par les RECO, transmis aux ASC pour analyse et compilation. Ensuite à partir des centres de santé ces données sont compilées, validées puis intégrées dans le rapport mensuel des centres de santé et transmis au district jusqu'au niveau central.

Bien qu'il y ait eu des améliorations au cours de ces dernières années avec l'implication des partenaires du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des efforts restent encore à faire.

La mise en place d'un système d'information pour la santé communautaire est l'un des défis majeurs actuels du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Les démarches

¹⁰ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252726/9789242549331-vol1-fre.pdf?sequence=1>

entreprises visent à intégrer le système d'information dans le système global du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec le DHIS2 comme principal système de saisie et d'analyse des données. Cependant, la mise en œuvre de ce système nécessitera beaucoup de ressources en termes de renforcement des capacités des agents de santé communautaire et de fourniture des outils nécessaires pour le rapport et la transmission des informations du terrain comme décrit dans la figure ci-dessous.

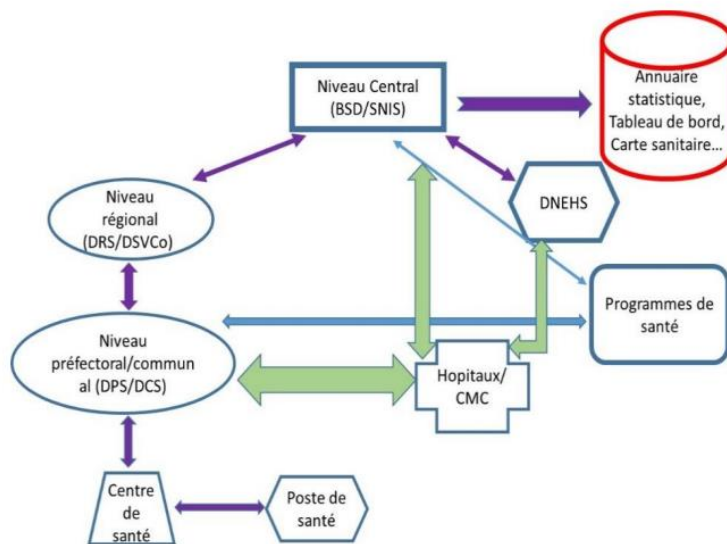


Figure 2. Circuit de la remontée des données sanitaires

5. Financement de la santé

L'analyse du financement de la santé consiste à examiner les capacités de mobilisation des ressources, la mise en commun des fonds et l'achat stratégique des prestations, afin d'évoluer vers les principes d'équité, de solidarité, d'efficience et de qualité des soins.

La mobilisation des ressources vise à collecter les ressources auprès des différentes sources de financement qui sont : l'Etat, les PTF, la Sécurité sociale, l'assurance /mutuelle de santé et le paiement direct par les usagers. La mise en commun concerne l'accumulation des fonds sous forme de budget pour les fonds publics et l'achat des prestations auprès des différents prestataires de soins, la répartition des risques de financement auprès des

différentes couches de la population (c'est le mécanisme d'assurance).

L'achat des prestations se fait à travers plusieurs modalités : le paiement à l'acte, le forfait, l'enveloppe globale, le paiement forfaitaire par groupe homogène de maladie. Cette fonction est importante car elle entraîne la qualité, l'équité, la solidarité, l'efficacité et la continuité des soins.

Les fonds du système de soins de santé en Guinée proviennent de plusieurs sources qui comprennent l'Etat, les collectivités locales, les partenaires techniques et financiers, les legs, les ménages, les investisseurs privés et les ONG. Ces fonds sont mobilisés et mis en commun au niveau de plusieurs acteurs qui procèdent à l'organisation des achats des prestations pour la satisfaction des besoins de différentes cibles de la population¹¹.

5.1 Dépenses globales de santé

La part de la richesse nationale affectée à la santé est mesurée par la part de la DTS dans le PIB. Selon les résultats des comptes nationaux de santé de 2017-2019, la part de la DTS dans le PIB est passée de 6,34 % en 2015 à 4,27 % en 2019. Avec un tel résultat, la Guinée continue d'être l'un des pays de la sous-région qui mobilise le moins de sa capacité économique nationale en faveur de la santé.

5.2 Dépenses totales de santé par habitant et par an

En Guinée, selon les comptes nationaux de santé 2017 à 2019, la dépense totale de santé (DTS) par habitant est passée de 294 000 GNF soit 41 USD au taux de change de 1USD pour 7170 GNF en 2014 à 432 000 GNF en 2019 soit 44 USD au taux de change de 1USD pour 9818 GNF.

5.3 Financement de l'Etat

Le budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique par rapport au budget national a considérablement évolué durant les cinq dernières années de 2015 à 2019 : 2,24% en 2015, 5,11% en 2016, 5,79% en 2017, 6,2% en 2018 et 6,64% en 2019¹².

¹¹ Rapport des états généraux du système de santé Guinée, octobre 2019

¹² Comptes_nationaux_def_2019_et_prov_2020.pdf

Certes, le budget alloué à la santé a augmenté et avoisine les 8% en 2020 mais le taux de décaissement reste toujours faible.

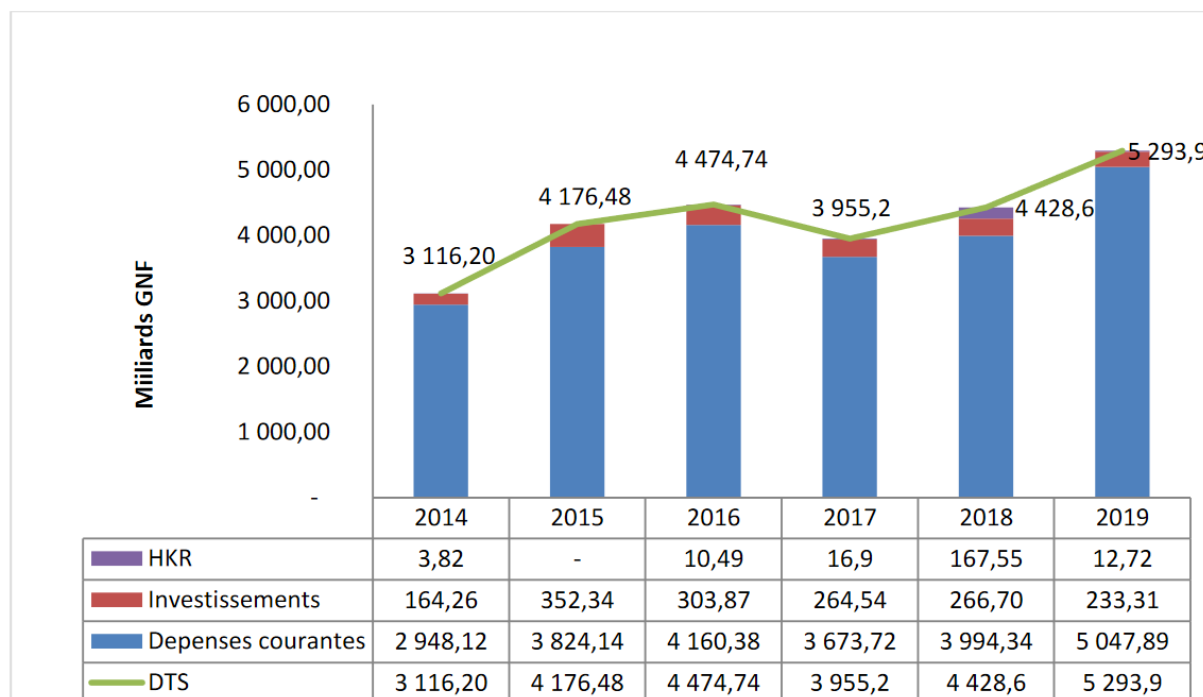


Figure 3. Evolution du financement de la santé par l'Etat

5.4 La contribution au financement de la santé par les ménages sous forme de paiement direct de soins.

Sur la période 2014-2021, la dépense totale de santé (DTS) est passée de 3 116,2 milliards de GNF en 2014 à 6 195,1 milliards de GNF en 2021 soit une moyenne de 4 634,4 milliards de GNF.

Dans l'ensemble, le financement de la dépense totale de santé provient principalement des ménages dont l'apport financier représente en moyenne 53,76% sur la période 2014-2021 avec une proportion de 51,1% en 2021.

Cette forte dépendance du financement du système de santé par les ménages s'explique par la quasi-absence de mécanismes assurantiels, la surfacturation des soins et le niveau encore insuffisant du financement public au regard de l'objectif d'Abuja qui est de 15% du budget de l'Etat alloué à la santé.

5.5 Les collectivités locales

Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de

la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui, généralement, se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pourrait profiter des opportunités qu'offrent le code révisé des collectivités, la politique de décentralisation, le plan de Décentralisation et de déconcentration (DD) et le financement des communes à travers l'Agence nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC).

5.6 Le privé

Le secteur Privé concourt au financement de la santé par le biais des usagers (paiement direct et le ticket modérateur), des entreprises (investissement dans l'offre de soins et cotisations patronales pour la couverture santé des employés), des dons et legs. Les parts des entreprises et des ISBLSM (Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages) dans la DTS (Dépenses Totales de Santé) représentent respectivement 1,4% et 2,4%.

5.7 Reste du Monde - Partenaires

Les PTF, avec 15, % de contribution dans les dépenses de santé en 2019 représentent la troisième source du financement de la santé. Ils financent l'assistance technique, les infrastructures, les équipements, les médicaments et les fonds d'indigence.

En somme, les allocations annuelles à la santé ont augmenté au fil du temps (de 2,24% en 2015 à 6,64% en 2019), mais pas aussi rapidement que l'inflation ou les dépenses globales du Gouvernement. Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau), soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants. Les ménages constituent la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 56,60% de la dépense totale de santé en 2019 sous forme de paiements directs¹³.

¹³ Comptes_nationaux_def_2019_et_prov_2020.pdf

6. Gestion de la chaîne d'approvisionnement en matière de santé communautaire

Le gouvernement guinéen, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, a fait des progrès pour assurer aux Guinéens l'accès à des médicaments de qualité à un prix abordable. Le système de santé publique est organisé de façon hiérarchique. Au sommet le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique chargé de réglementer le secteur, d'orienter les actions, de coordonner et d'allouer les ressources. Au sein duquel siège la Direction nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM), dont les responsabilités consistent notamment à assurer la disponibilité et l'accessibilité de médicaments et de soins de santé de qualité dans tout le pays. En 2017, une subdivision a été créée, l'Unité de gestion logistique (UGL), en vue de soutenir les fonctions de la chaîne logistique.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a sous-traité les opérations d'approvisionnement, de stockage et de distribution à une institution parapublique, la Pharmacie centrale de Guinée. Créée en 1992, la Pharmacie centrale de Guinée a pour mission d'acheter et de distribuer des médicaments et autres produits de santé en Guinée. Sous la supervision du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, elle bénéficie d'une autonomie dans la gestion de ses opérations. Un protocole d'entente officiel avec le gouvernement stipule que la Pharmacie centrale de Guinée est censée être le seul acheteur de produits de santé financés par l'État (à l'exclusion des achats des bailleurs de fonds) ; toutefois, cet accord n'a pas été entièrement mis en œuvre. En vertu du même protocole d'entente, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est censé fournir régulièrement des fonds suffisants à la Pharmacie centrale de Guinée pour effectuer les achats. Cette mesure n'a pas non plus été pleinement mise en œuvre.

Le réseau de la PCG s'étend au-delà des magasins centraux de fournitures médicales de Conakry afin d'inclure six autres agences à Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Labé et Nzérékoré. Chaque dépôt dessert les établissements de santé des alentours. Les agences régionales reçoivent les produits pour l'ensemble des programmes sanitaires prioritaires

lors de distributions effectuées tous les trimestres par la PCG centrale. Les centres de santé fournissent ensuite les produits à des établissements de niveau inférieur, y compris à des postes de santé et des agents de santé communautaire.

6.1 Accès aux médicaments essentiels

Le médicament est considéré comme un produit social et stratégique par arrêté N° 7058 du 01/07/2004 du Ministère du Commerce portant établissement de la liste des biens stratégiques et /ou de première nécessité. Tout individu, quel que soit son rang social, riche ou pauvre peut avoir besoin du médicament, et, lorsque la demande existe, il doit pouvoir en disposer. Il est alors de la responsabilité de l'Etat, de mettre en place les mécanismes nécessaires pour garantir à la majorité de la population l'accessibilité des médicaments. Il s'agit aussi d'obtenir de meilleurs résultats avec l'argent disponible.

Les centres de santé et hôpitaux publics guinéens souffrent souvent de pénuries de médicaments de base. Les centres de santé doivent doter les RECO en intrants en tenant compte de leurs cibles et du paquet minimum d'activités.

Des insuffisances au niveau des équipements, des infrastructures et des difficultés dans l'approvisionnement en médicaments et autres intrants de santé au niveau communautaire.

- Insuffisance de renouvellement des équipements des agents et relais communautaires ;
- Faible dotation des RECO en médicaments essentiels ;
- Aires de stockage des intrants inadaptées par endroit dans les centres de santé et poste de santé ;
- Faible dotation des RECO en malles pour la gestion des médicaments ;
- Insuffisance dans la gestion des intrants par endroit dans les centres de santé.

7. Domaines de compétences des Agents de santé et relais communautaires

Le tableau ci-dessous décrit les domaines de compétences des RECO et ASC.

Tableau 5. Domaine de compétence des RECO et ASC

N°	Domaines de compétences	RECO	ASC
1	Promotion d'un comportement approprié de recours aux soins et aux soins prénatals	X	X
2	Promotion du compagnonnage des femmes enceintes	X	X
3	Préparation des femmes enceintes à l'accouchement	X	X
4	Promotion de l'usage de la moustiquaire	X	X
5	Promotion de soins qualifiés à l'accouchement	X	X
6	Promotion d'une nutrition adéquate, des suppléments en fer et acide folique	X	X
7	Promotion et soutien à la surveillance de la croissance de l'enfant	X	X
8	Promotion du développement de la petite enfance	X	X
9	Promotion de la scolarisation des enfants (préscolaire et scolaire)	X	X
10	Promotion de la santé reproductive et du planning familial	X	X
11	Contribution à la surveillance et à la prise en charge du VIH/Sida (dépistage, distribution des ARV), l'Hépatites et de la syphilis	X	X
12	Dispensation des ARV au niveau communautaire	X	X
13	Promotion de l'enregistrement des enfants à la naissance	X	X
14	Promotion de l'allaitement maternel exclusif	X	X
15	Promotion des soins post-partum	X	X

16	Promotion de la vaccination selon les directives nationales y compris la COVID-19	X	X
17	Appui à la réalisation des stratégies avancées dans les communautés	X	X
18	Promotion et administration des soins essentiels aux nouveaux nés	X	X
19	Promotion de la méthode kangourou de soins maternels en faveur des enfants de faible poids à la naissance	X	X
20	Promotion de soins néonataux de base	X	X
21	Apport d'un soutien continu pour la femme en travail en présence d'une accoucheuse qualifiée		X
22	Surveillance des maladies à déclaration obligatoire et évènements inhabituels	X	X
23	Prise en charge du paludisme simple chez les enfants de plus de 5 ans et l'adulte	X	X
24	Promotion de l'alimentation de complément	X	X
25	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de moins de 5 ans (paludisme, diarrhées et infections respiratoires aiguës)	X	
26	Prévention des violences basées sur le genre	X	X
27	Promotion de la bonne alimentation, dépistage et référence des cas de malnutrition	X	X
28	Promotion de l'hygiène et l'assainissement du milieu	X	X
29	Promotion du lavage des mains	X	X
30	Promotion du respect des gestes barrières (port régulier et correct des masques, distanciation sociale)	X	X

31	Identification et orientation des tousseurs de plus de 2 semaines dans les communautés	X	X
32	Prélèvement et transport des crachats vers les centres de santé		X
33	Identification et orientation des personnes présentant des tâches, du sommeil fréquent vers les centres de santé	X	X
34	Identification et orientation des personnes ayant des plaies ulcéreuses vers les centres de santé	X	X
35	Contribution à la surveillance et au traitement de TB (DOTS, transport des échantillons de crachat...)	X	X
36	Contribution à la détection et à la surveillance des maladies non transmissibles (Diabète, HTA, Cancer...)	X	X
TOTAL		34/36	36/36

8. Stratégie de santé communautaire de la Guinée 2023 - 2027

La stratégie de santé communautaire de la Guinée 2023 – 2027 est basée sur une vision et un objectif ambitieux dont la réalisation est envisagée à travers quatre (4) axes stratégiques.

8.1 Vision

Avoir les populations des collectivités locales en bonne santé et aptes à être économiquement et socialement productifs, grâce à l'accès universel à des services de santé de proximité et de qualité couvrant les aspects promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs avec leur pleine responsabilisation.

8.2 But, objectifs et résultats attendus du Plan stratégique

Le Plan Stratégique de Santé Communautaire 2023-2027 vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité en Guinée, avec la participation effective des populations, des collectivités territoriales et des structures centrales/déconcentrées des ministères impliqués dans le One-health.

L'objectif poursuivi par ce Plan est l'opérationnalisation de la Politique Nationale de Santé Communautaire adoptée en juillet 2017 en proposant de manière structurée le processus de mise à l'échelle des services de santé communautaire. Il fournit également des détails visant à guider la planification, la mise en œuvre, la coordination et le suivi et l'évaluation de ces services.

Les principaux objectifs poursuivis par le Plan stratégique 2023-2027 sont les suivants :

- Accroître la disponibilité, l'utilisation et la performance des services de santé communautaires de qualité d'ici fin 2027
- Renforcer la participation des collectivités locales et des autorités territoriales dans le développement de la santé communautaire
- Développer la gouvernance, le leadership et la capacité de gestion de la santé communautaire à tous les niveaux d'ici fin 2027

8.3 Résultats attendus

Les résultats attendus de ce Plan stratégique sont les suivants :

Tableau 6. Résultats attendus du Plan Stratégique 2023-2027

Résultat-1	D'ici à fin 2027, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sont offerts dans 100% des communes
Résultat-2	D'ici à fin 2027, 100% des collectivités territoriales et des communautés s'impliquent et contribuent efficacement à la résolution des problèmes de santé de leur zone respective
Résultat-3	D'ici à fin 2027, 80% des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique de santé communautaire sont mobilisées
Résultat-4	D'ici à fin 2027, la gouvernance, le leadership et les capacités de coordination de la santé communautaire sont mis en place et renforcés à tous les niveaux (90% des réunions de coordination sont tenues)

8.4 Principes directeurs du plan

La mise en œuvre de la stratégie est guidée par les principes suivants :

- a. La santé est un droit humain fondamental ;
- b. L'approche participative ;
- c. La collaboration intersectorielle, multidisciplinaire et interinstitutionnelle ;
- d. L'utilisation d'approches innovantes et appropriées ;
- e. La prise en compte du genre, de l'équité et de la dignité de la vie humaine.

8.5 Axes stratégiques

Le plan stratégique est bâti autour des 4 axes stratégiques définis par les acteurs de la santé communautaire en se basant sur les recommandations issues de l'évaluation du précédent plan, les défis du système de santé, de la politique nationale de santé communautaire et les orientations du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024.

En rappel, les orientations stratégiques de la politique nationale de santé communautaire sont les suivantes :

- Le renforcement de la gouvernance des institutions locales de santé ;
- L'amélioration de la performance du système de santé communautaire ;
- La contribution à l'autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes.

8.6 Description des axes stratégiques

Axe stratégique 1 : Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré

La mise en œuvre de la santé communautaire va faire intervenir des structures à plusieurs niveaux, allant du niveau central jusqu'au niveau des populations bénéficiaires.

Au niveau central, régional et district, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dispose de structures en charge de la santé publique. Il s'agit respectivement de la

Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle, des Inspections régionales de la santé (IRS), des Directions Préfectorales de la Santé (DPS).

Au niveau des communautés, les centres de santé (incluant les postes de santé) constituent le maillon de base de l'opérationnalisation de la santé communautaire. Les acteurs de la santé sont les prestataires communautaires composés des Médecins, Infirmiers, Sage-femmes, Agents de santé communautaire (ASC), les Relais communautaires et les COSAH. Ils contribuent à pallier les inégalités d'accès aux soins et aux iniquités en offrant des services de santé de base.

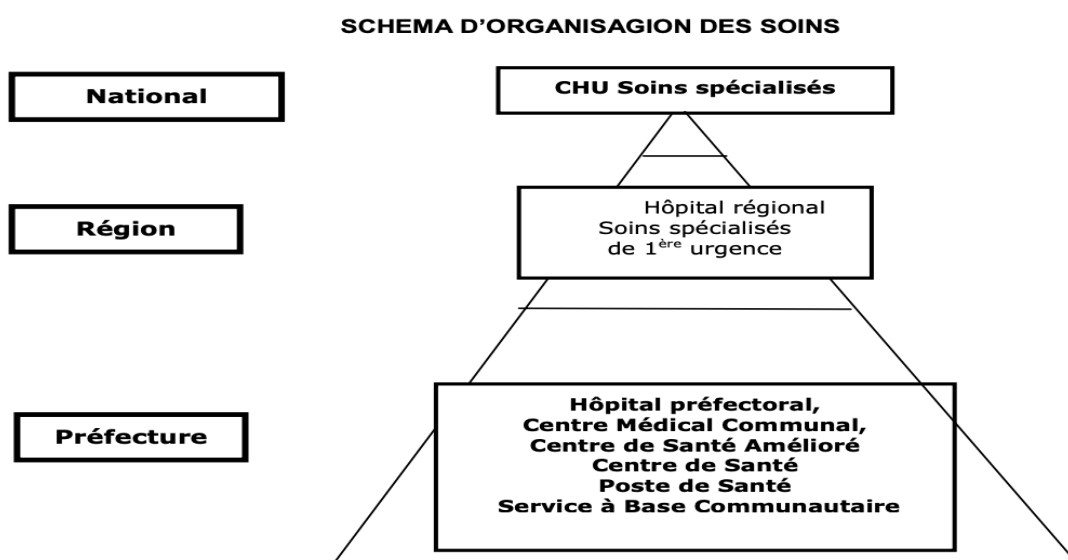


Figure 4. Schéma d'organisation des soins

Le dispositif en milieu rural se présente comme suit :



Figure 5. Dispositif de la santé communautaire au niveau des communes

En dépit des efforts accomplis dans la formation des agents de santé en vue d'une approche intégrée, de nombreux agents de santé communautaires sont utilisés par des programmes spécifiques (tels que le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, la nutrition, la planification familiale...) pour réaliser des activités au niveau communautaire. Au regard des résultats probants constatés dans des expériences vécues en Guinée et ailleurs, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique privilégie 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.

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

En vue de soutenir les activités de santé communautaire, il est essentiel que non seulement l'ASC soit dotée et dispose en permanence des produits de santé retenus, mais aussi que l'approvisionnement des centres/postes de santé en produits essentiels soit optimal afin de permettre la prise en charge des cas qui seront détectés sur place ou détectés au sein de la communauté et référés.

Par ailleurs, les équipements et le plateau technique des centres/postes de santé devraient être améliorés en prenant en compte le volet laboratoire et/ou mis à niveau et maintenus fonctionnels. Dans cette perspective, pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, les actions concerneront entre autres la gestion des stocks des centres de santé et postes de santé, la dotation des structures de santé en produits de santé, en équipements et en matériels, la maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux, la bonne gestion du Centre de santé, la subvention des centres

de santé pour le rachat des produits de santé (médicaments, consommables et dispositifs médicaux).

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

- Garantir le fonctionnement optimum des centres de santé de manière à couvrir au maximum les besoins identifiés au niveau des communautés par les relais communautaires et les agents de santé communautaires;
- Mettre en œuvre les Paquets Minimums d'Activités (PMA) révisés ainsi que les outils de gestion nécessaires à leur application effective;
- Renforcer les supervisions à tous les niveaux;
- Réinstaurer effectivement les monitorages semestriels par une mise à échelle du monitoring amélioré;
- Renforcer le système et la chaîne d'approvisionnement ainsi que la prescription rationnelle des produits de santé sur la base d'arbres de décision (ordinogrammes ou protocoles thérapeutiques);
- Réintégrer les communautés dans leur rôle d'acteurs majeurs dans le fonctionnement des centres de santé de leur ressort, notamment pour leur implication pour la résolution des problèmes de santé et la gestion des recettes financières et matérielles mais aussi dans la facilitation de la mise en œuvre des activités de santé au sein des communautés;
- Accroître progressivement le plateau technique des centres de santé sur la base des PMA révisés afin de répondre aux besoins en soins générés par les activités de santé communautaires
- Mettre à la disposition des ASC une dotation de base en intrants et médicaments pour le démarrage de ses activités. Le réapprovisionnement se fera au niveau de la formation sanitaire sur la base des besoins estimés et des rapports d'activités par

l'ASC en collaboration avec les agents de santé du centre ou du poste de santé. Certains médicaments non gratuits fournis par la structure de tutelle seront cédés aux populations par l'ASC aux prix homologués ou fixés par l'État. Les fonds recouverts par la vente des médicaments doivent être reversés aux centres ou postes de santé.

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

La médecine traditionnelle constitue un enjeu important en matière de santé publique pour la Guinée. En effet, elle reste toujours un recours significatif pour les populations, particulièrement en zone rurale. Depuis l'indépendance, des efforts importants sont déployés en vue de son institutionnalisation et de sa prise en compte effective dans le système national de santé¹⁴. Cette volonté politique vise à :

- a) Optimiser l'utilisation des ressources de la médecine traditionnelle;
- b) Promouvoir les pratiques utiles, en éliminant celles qui sont nuisibles et ;
- c) Préserver le savoir médical traditionnel en l'insérant dans le système éducatif.

En droite ligne avec ces orientations, il s'agira de renforcer les liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle. A cet effet, des réunions semestrielles de la commission de coordination des activités de concertation entre les praticiens de la médecine conventionnelle et de la médecine traditionnelle seront organisées au niveau national. A l'issue de ces différentes rencontres, des Plaidoyers seront faits auprès des

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

autorités compétentes pour l'intégration des aspects de la médecine traditionnelle dans le système national de santé

Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé primaires.

Selon l'annuaire statique 2021 de l'Institut National de la statistique, l'indice de pauvreté était de 43,7 % entre 2018-2019 avec une tendance à la réduction et des disparités entre zone urbaine et zone rurale (en milieu rural, ce taux est estimé à 64,7% en 2012 et 55,4 en 2019). Par ailleurs, les comptes nationaux de la santé 2014-2019 ont démontré que les dépenses de santé sont fortement supportées par les familles à hauteur de 62,5%. Cette charge est confirmée selon les résultats de 2021 avec une tendance à la baisse de 51,1%.

Cette situation entraîne des dépenses importantes avec des conséquences entraînant des décès pour des causes évitables. La mise en œuvre des activités de santé communautaire va augmenter la demande de services et de soins de santé, subséquemment l'accès des populations aux informations. De plus, les besoins nouveaux de soins de santé seront mis en exergue soit par les individus même parce qu'ils ont pris conscience ou par les ASC et les RECO. Ces besoins peuvent parfois nécessiter des références ou des soins complémentaires (y compris des médicaments) qui n'entrent pas dans le cadre de la gratuité. Pour les personnes démunies, indigentes ou économiquement fragiles, la barrière financière va limiter leur recours aux soins. Aussi, la stratégie visant à cibler et favoriser l'accès aux services et de soins de santé constitue une composante importante de la santé communautaire. Pour les autres groupes économiquement vulnérables comme les femmes et les jeunes, il s'agira de faire le plaidoyer auprès des autres ministères, des PTF et des communes afin de soutenir l'autonomisation à travers l'appui aux activités génératrices de revenus et de microprojets communautaires. En soutien à ces initiatives, les acteurs clés de la santé communautaire seront formés au plaidoyer et au soutien/accompagnement de ces initiatives. En complément à ce dispositif, le plaidoyer visera à convaincre les communes rurales et les COSAH afin qu'elles affectent une part des ressources financières collectées localement à la mise en place d'un fonds de soutien à l'accès à la santé communautaire des personnes démunies, indigentes ou économiquement fragiles.

Axe stratégique 3 : Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire.

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

Dans le processus de développement des ressources humaines en Guinée, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 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.

Le recrutement des ASC vise à pallier l'insuffisance de personnel au niveau périphérique, en raison d'un ASC pour 10 relais communautaires. La mise en place de ce personnel devrait tirer les leçons de la mobilisation et de la perte du personnel de santé au niveau local qui dégarrit les centres de santé au profit des zones urbaines qui deviennent des points d'hyper concentration du personnel de santé. Les ASC sont des agents de santé tandis que les RECO sont du personnel communautaire identifié par les communautés elles-mêmes. Ils assurent des paquets de services intégrés couvrant les aspects préventifs, promotionnels, curatifs et réadaptatifs.

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

¹⁵Programmes 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

Au niveau du 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, présentés et discutés ainsi que les résultats obtenus en santé communautaire afin de mobiliser les ressources nécessaires et impliquer davantage les différentes parties prenantes.

Au niveau communal, des réunions mensuelles techniques sont organisées dans les centres de santé pour collecter et analyser les différentes informations des interventions de santé communautaire. Cette rencontre connaîtra la participation des ASC, des RECO, des agents des postes de santé, des centres de santé et les membres 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 centres de santé en tant que membre statutaire du conseil communal, les représentants des organisations de la société civile, les plateformes communautaires et les PTF. Cette occasion est mise à profit pour identifier les problèmes et assurer la prise des décisions y compris la mobilisation des ressources locales.

Au niveau sous-préfectoral, une synthèse sous-préfectorale de monitoring sera réalisée une fois par semestre sous la responsabilité du conseil communal. Cette instance permettra de présenter les résultats des activités de santé, de discuter des plans de résolution des problèmes identifiés au niveau communautaire. A cette synthèse participeront les COSAH, les agents de santé, les représentants des ASC, des RECO, les représentants des organisations de la société civile, les différentes plateformes communautaires, et les PTF. Les soins de santé primaires étant une compétence transférée aux collectivités locales, le transfert des ressources liées à l'exercice de cette compétence doit être effective. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'alignera sur les procédures de gestion financière à travers les structures communautaires décentralisées en vigueur pour garantir

une rémunération adéquate aux agents de santé communautaire/relais communautaires. Les collectivités locales auront un niveau d'engagement significatif dans le financement de la santé. Depuis la loi de finance 2019 (Article 20), il est institué un appui direct au budget local de l'ensemble des collectivités locales du pays à hauteur de 15% des recettes minières de l'État et les réformes récentes ont renforcé ce financement.

En plus des dotations de l'État aux collectivités et des budgets locaux, les services de santé communautaire bénéficient :

- (i) Des ressources extérieures mises à disposition par les Partenaires Techniques et Financiers sur la base de conventions entre ces derniers et l'État ;
- (ii) Des appuis communautaires à types de dons et de legs par les ressortissants locaux, diaspora et autres bonnes volontés ;
- (iii) Des financements de la coopération décentralisée ;
- (iv) Des financements innovants (téléphonie, sociétés, carbone, tabac, alcool, etc.) ;
- (v) Des subventions directes de l'État aux services communautaires de santé (centres, postes de santé, agents de santé communautaire et relais communautaires, etc.) ;
- (vi) Du recouvrement des coûts de prestations de santé au niveau des formations sanitaires de base et des communautés ;
- (vii) Des mutuelles de santé et les assurances maladies universelles.

Axe stratégique 4 : Renforcement de la qualité, du suivi évaluation, capitalisation et valorisation des interventions de santé communautaire.

Les interventions de santé communautaire sont mises en œuvre depuis 2018. La mise en place d'un paquet réformé et intégré de soins de santé primaires essentiels au niveau communautaire, dispensé par les ASC et les RECO dans les districts sanitaires de Kindia et Téliélé, a été évalué entre mai 2020 et février 2021 avec le district sanitaire de Fria comme zone de comparaison. Cette enquête a révélé, entre autres, que les RECO sont accessibles et efficaces dans leurs communautés et que la sensibilisation et la couverture de la santé

communautaire sont élevées dans leurs districts d'intervention¹⁶. L'encadrement en cascade des acteurs s'appuyant sur des outils adaptés et des compétences renforcées reste indispensable pour s'assurer que les interventions menées sur le terrain sont de qualité et conformes aux normes exigées par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

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

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

Tableau 7. Orientations pour l'élaboration de l'agenda de recherche en santé communautaire

Questionnements	Quelques thématiques de recherche
	1. Étude de faisabilité de l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre des services à base

¹⁶ Evaluation de la Stratégie de Santé de communautaire dans les districts Sanitaires de Kindia et Téliélé, République de Guinée, 2020

<ul style="list-style-type: none"> • Comment doter l'ensemble du territoire de la Guinée en ASC professionnalisés; • Comment opérationnaliser des décisions complexes sur la rémunération des agents de santé communautaire? • Comment accroître l'accès aux soins de santé primaire des indigents, démunis et populations économiquement fragiles? • Comment faire participer et responsabiliser les populations sur les interventions de santé communautaire ? 	<p>communautaire dans les districts sanitaires de la République de Guinée</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Étude sur les déterminants de l'acceptabilité sociale de cette intervention par les Agents Techniques de Santé et par la communauté bénéficiaire des services 3. Exploration analytique des facteurs de succès et les facteurs limitant l'utilisation des Agents Techniques de Santé pour l'offre de service à base communautaire en République de Guinée 4. Évaluation du coût de l'utilisation d'un Agent technique de santé conformément au paquet d'activités intégrées définis dans la politique nationale de santé communautaire 5. Étude sur la perception de cette intervention par les Agents Techniques de Santé et par la communauté bénéficiaire des services
--	---

8.7 Présentation des axes et interventions

Axe stratégique	Résultats intermédiaires (RI)
Axe stratégique 1 : Renforcement du	(RI) 1.1/ intervention : Renforcement du dispositif de l'offre de santé communautaire

dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré	(RI) 1.2/ intervention : Renforcement des liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle
	(RI) 1.3/ intervention : Renforcement et mise à niveau des écoles de formation en matière de santé communautaire
	(RI) 1.4/ intervention : Amélioration de l'approvisionnement en produits et intrants de santé
	(RI) 1.5/ intervention : Renforcement des interventions à base communautaire en milieu urbain et semi-urbain
Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé primaire	(RI) 2.1/ intervention : Mise en place de dispositif de protection et d'aide à l'accès aux services et de soins de santé communautaire pour les personnes démunies et indigentes
	(RI) 2.2/ intervention : Mobilisation sociale et veille citoyenne
Axe stratégique 3 : Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire	(RI) 3.1/ intervention : Organisation des réunions de coordination à tous les niveaux
	(RI) 3.2/ intervention : Renforcement des Ressources humaines de la santé communautaire
	(RI) 3.3/ intervention : Renforcement de la capacité de la DNSCMT en gouvernance
	(RI) 3.4/ intervention : Renforcement du financement de la santé communautaire
Axe stratégique 4 : Renforcement de la qualité, du suivi évaluation, capitalisation et valorisation des	(RI) 4.1/ intervention : Renforcement de la supervision et de la qualité des interventions de santé communautaire
	(RI) 4.2/ intervention : Développement des outils de gestion de la santé communautaire
	(RI) 4.3/ intervention : Renforcement des outils promotionnels et de l'offre de services intégrés et de qualité

interventions de santé communautaire	(RI) 4.4/ intervention : Renforcement du dispositif de suivi évaluation de la santé
	(RI) 4.5/ intervention : Capitalisation, documentation et évaluation des performances de la santé communautaire
	(RI) 4.6/ intervention : Développement de la recherche en santé communautaire

Tableau 8. Actions prioritaires pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2023-2027

Résultats intermédiaires	Actions prioritaires	2023	2024	2025	2026	2027
Axe stratégique 1 : Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégrée						
1.1. Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire	1.1.1 Orientation de 9 cadres régionaux, 30 cadres préfectoraux et 96 cadres communaux sur la stratégie de santé communautaire dans les 15 districts sanitaires non intégrés à la stratégie de santé communautaire des régions de Boké, Labé et Conakry pendant 2 jours en 2023-2024	X	X			
	1.1.2 Mise à niveau des autorités communales des 20 nouvelles communes du pays sur la stratégie de santé communautaire en 2023	X				
	1.1.3 Dotation/Renouvellement des kits et équipements adaptés pour les 817 ASC et 8044 RECO en 2023 et 1986 ASC et 19858 RECO en 2025 et 2027			X		X
	1.1.4 Développement de mécanismes alternatifs de motivation (Appuyer la mise en place des ASC/RECO en coopérative pour faire des activités génératrices de revenus ; élaboration des satisfécits pour les 20 meilleures ASC et RECO ; Financement de la formation en santé communautaire des 40 meilleures RECO dont 5 par région et 40 meilleures ASC en soins de santé primaire dont 5 par région) parmi les 1.986 ASC et 19.858 RECO avec les différentes parties prenantes de la santé communautaire de 2023-2027	X	X	X	X	X

1.1.5 Organisation des ateliers de formation en soins de santé primaires (l'utilisation des ordinogrammes, le monitoring amélioré, l'élaboration des commandes, la gestion des intrants et le paquet intégré de la santé communautaire) l'équipe cadre de district sanitaire, les agents de santé des centres de santé et postes de santé y compris les ASC et/ou RECO chaque 2 ans	X		X		
1.1.6 Plaidoyer pour la dotation des centres et postes de santé en matériels/équipements sur la base de l'inventaire et des besoins en 2023-2027	X	X	X	X	X
1.1.7 Intégration des 20 nouvelles communes du pays dans la stratégie nationale de santé communautaire/SSP les centres de santé /postes de santé de 2023-2024	X	X			
1.1.8 Dotation de la DNSCMT, des 8 SBC régionaux et des 39 SBC préfectoraux en matériels informatiques (laptop et antivirus) et logistiques (Véhicules, motos, assurance, entretien, carburant) de 2023-2027	X	X	X	X	X
1.1.9 Poursuivre l'assistance technique a la DNSCMT (5 assistants techniques : spécialiste santé communautaire, Suivi évaluation, partenariat, GAS, Formation, normes et qualité et documentaliste (Gestionnaire des connaissances) et assurer le renforcement de compétence de 5 cadres de la DNSCMT à travers les formations en santé communautaire, santé publique puis leur participation aux rencontres nationales et internationales de 2023-2027	X	X	X	X	X
1.1.10 Mise à niveau des SBC des 39 districts sanitaires en santé communautaire par le niveau central en 2023 et 2025	X		X		

1.1.11	Orientation des cadres des 8 IRS et 39 DPS/DCS sur la politique nationale de la médecine traditionnelle pendant 3 jours en 2023-2025			X		
1.1.12	Appui à la formation des 500 COSAH par les DMR, SBC régionaux et préfectoraux sur leur rôle et responsabilité dans la gestion des centres de santé en 2024 et 2026		X		X	
1.1.13	Renforcement des capacités des acteurs communautaire (concept, diagnostic, planification des besoins et mobilisation des ressources) dans les 8 régions de 580 participants pendant 3 jours en 2024-2025		X	X		
1.1.14	Organisation des formations continues des COSAH dans les communes sur leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	X	X	X	X	X
1.1.15	Formation des cadres du niveau national, régional, préfectoral et communal sur le Guide d'utilisation des outils de collecte et de rapportage des données de la santé communautaire pendant 5 jours (An 1 et 5) et Formation des acteurs de mise en place des mutuelles de santé dans les 438 centres de santé de An (1-5) dans les 8 régions	X	X	X	X	X
1.1.16	Formation des 2190 participants dans les 438 centres de santé sur la mise en place et le mode de gestion des mutuelles de santé		X			
1.1.17	Formation nationale, régionale, préfectorale et communale des cadres sur des outils de collecte et de rapportage des données de la santé communautaire pendant 5 jours (An 1 et 5)	X				X

	1.1.18 Formation des élus locaux en plaidoyer (paquet intégré, C4D) pour la mobilisation des ressources locales en faveur de la santé communautaire en An1 et An 5	X				X
	1.1.19 Organisation des activités de promotion de la santé communautaire en Guinée pendant 1 mois par an (An 1-5) (Tables rondes, émissions interactives, bulletins sur la viabilité des Centres de santé par an (An 1-5))	X	X	X	X	X

1.2. Renforcement des liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle	1.2.1 Organisation des réunions semestrielles de la commission de coordination des activités de concertation entre les praticiens de la médecine conventionnelle et de la médecine traditionnelle au niveau nationale de 2023-2027	X	X	X	X	X
	1.2.2 Plaidoyer auprès des autorités compétentes pour l'intégration des aspects de la médecine traditionnelle dans le système national de santé	X				
1.3. Renforcement et mise à niveau des écoles de formation en matière de santé communautaire	1.3.1 Plaidoyer auprès des autorités compétentes pour la prise en compte des modules de formation dans les curricula des écoles de santé communautaire 2023-2025	X		X		
	1.3.2 Supervision des écoles de formation de santé communautaire de 2023-2027	X	X	X	X	X
1.4. Amélioration de l'approvisionnement en produits et intrants de santé	1.4.1 Mise à jour de la composition du kit de médicaments pour les RECO, circuit/mécanismes d'approvisionnement et des modalités de gestion financières en 2025 et 2027			X		X

	1.4.2 Participation et suivi de la quantification des médicaments des centres de santé auprès de la DNPM de 2023-2027	X	X	X	X	X
1.5. Renforcement des interventions à base communautaire en milieu urbain et semi-urbain	1.5.1 Formation et appui de 39 OSC (1 par district sanitaire) dans la mise en œuvre des activités de la santé communautaire en milieu urbain et semi-urbain en 2023-2024	X	X			
	1.5.2 Mise en place d'un cadre contractuel avec les organisations/associations et groupements pour les interventions de santé communautaire en milieu urbain de 2023-2024	X	X			
	1.5.3 Concertation régionale entre la DNSCMT et les OSC en 2024-2026		X		X	
	1.5.4 Intégration des groupements de femmes et associations de jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire de 2023-2027	X				X

Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé primaire						
2.1 Mise en place de dispositif de protection et d'aide à l'accès aux services et de soins de santé communautaire pour les personnes démunies et indigentes	2.1.1 Cartographie annuelle des mutuelles de santé existantes de l'an 1 à l'an 5	X				
	2.1.2 Elaboration, validation, édition, dissémination et reprographie des outils de gestion et modules de formation sur les mutuelles An1 et An4	X			X	
	2.1.3 Organisation d'une Réunion annuelle de concertation sur la prise en charge des indigents avec la participation du MATD, ANIES, Fonds national d'indigence et DNSCMT de 2023 à 2027	X	X	X	X	X
	2.1.4 Extraction du registre social unifié des indigents des 39 districts sanitaires chaque année (An 1-5)	X	X	X	X	X
	2.1.5 Mise en place d'un cadre de concertation avec les services en charge des indigents pour la définition des indicateurs pour leur prise en charge au niveau hôpital et centres de santé		X			
2.2 Mobilisation sociale et veille citoyenne	2.2.1 Formation des 47 points focaux régionaux et préfectoraux de communication/ promotion de la santé sur les activités promotionnelles et de mobilisation communautaire en An1 et An3	X		X		
	2.2.2 Mise en place d'un cadre de concertation entre la DNSCMT, le MATD, la Jeunesse et les actions sociales pour le renforcement du partenariat autour de la stratégie de mise en œuvre de la santé communautaire (organisation d'une réunion de concertation par région An (1 et 4)	X			X	
Axe stratégique 3 : Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire						

3.1 Organisation des réunions de coordination à tous les niveaux	3.1.1 Appui à l'organisation des assises villageoises mensuelles sur la santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	X	X	X	X	X
	3.1.2 Appui à la synthèse communale trimestrielle en intégrant les aspects de santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	X	X	X	X	X
	3.1.3 Appui aux districts sanitaires pour l'organisation des réunions de CTPS de l'an 1 à l'an 5	X	X	X	X	X
	3.1.4 Appui à l'organisation des réunions (mensuelle de coordination, plateforme trimestrielle régionale et plateforme semestrielle) de An 1 à An 5	X	X	X	X	X
3.2 Renforcement des ressources humaines de la santé communautaire	3.2.1 Recrutement et Paiement des salaires pour les 817 ASC et 8044 RECO en 2023 et 1986 ASC et 19858 RECO en 2024-2027	X	X	X	X	X
	3.2.2 Dotation mensuelle en carburant et entretien des motos des 1986 ASC pour leur fonctionnement de 2023-2027	X	X	X	X	X
	3.2.3 Paiement annuel de l'assurance et des vignettes des motos des 1986 ASC de 2023-2027 par l'Etat et les PTF	X	X	X	X	X
3.3 Renforcement de la capacité de la DNSCMT en gouvernance	3.3.1 Plaidoyer auprès des communes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources endogènes (mairies) en faveur des COSAH pour leur fonctionnement de 2023-2027	X	X	X	X	X
	3.3.2 Appui au fonctionnement de la DNSCMT et ses structures déconcentrées (An 1 à 5)	X	X	X	X	X
	3.3.3 Identification et intégration des mutuelles de santé pour le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire de 2023-2027	X				X
3.4 Renforcement du financement de la santé communautaire	3.4.1 Intégration des aspects de la santé communautaire dans les PDL/PAI des communes de An 1 - An 5	X	X	X	X	X

	3.4.2 Renforcement du plaidoyer auprès de l'Etat et les PTF pour le financement de la santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	X	X	X	X	X
Axe stratégique 4 : Renforcement de la qualité, du suivi évaluation, capitalisation et valorisation des interventions de santé communautaire						
4.1 Renforcement de la supervision et de la qualité des interventions de santé communautaire	4.1.1 Supervisions nationales (trimestrielles, semestrielles et post formation) des interventions de la santé communautaire vers les régions y compris la supervision conjointe par la DNSCMT, MATD, les autres acteurs et les PTF 2 fois par an pendant 14 jours (An 1 - 5)	X	X	X	X	X
	4.1.2 Appui à l'organisation des CTRS dans les 8 régions en prenant en compte l'analyse de la qualité des interventions de santé communautaire	X	X	X	X	X
	4.1.3 Organisation d'un atelier de paramétrage des indicateurs de santé communautaire dans le DHIS 2 avec le SNIS en 2023-2025	X		X		

4.2 Développement des outils de gestion de la santé communautaire

4.2.1 Evaluation, harmonisation, dissémination validation et production des outils de gestion (3000 Guides de supervision, 3000 outils primaires et de suivi des activités, canevas de plan d'actions, canevas de rapport y compris toutes les activités d'appui) des données et des intrants par 50 participants en 2023-2026

X

X

	4.2.2 Reprographie et dissémination des documents normatifs révisés de la santé communautaire (Guide harmonisé, plan stratégique, outils de formation, outils de gestion) y compris les ordinogrammes pour la mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire en 2023 et 2025	X			X	
	4.2.3 Organisation d'un atelier de paramétrage des indicateurs de santé communautaire dans le DHIS 2 avec le SNIS en 2023-2025	X		X		
4.3 Renforcement des outils promotionnels et de l'offre de services intégrés et de qualité	4.3.1 Production des outils promotionnels sur la santé communautaire en 2023 et 2026	X			X	
	4.3.2 Actualisation des modules SSP, du manuel du participant, du guide du formateur, d'agenda de formation et des boites à images intégrées des ASC et des RECO en 2023	X				
4.4 Renforcement du dispositif de suivi évaluation de la santé communautaire	4.4.1 Analyse trimestrielle des données des centres de santé du Dhis2 par les suivi-évaluations de la DNSCMT, BSD, des programmes et des PTF pendant 3 jours de An 1 - 5	X	X	X	X	X
	4.4.2 Dissémination du plan de suivi-évaluation de la santé communautaire T1 (An 1)	X				

	4.4.3 Digitalisation des données de la santé communautaire (Achat des smartphones, Formation de 20 formateurs, formation des ASC et dotation en connexion internet) pendant 5 jours dans les districts sanitaires de la Guinée (1 PFR et 1 SBC par préfecture concernée) en 2023 et 2027	X					X
4.5 Capitalisation, documentation et évaluation des performances de la santé communautaire	4.5.1 Organisation de la revue annuelle des activités de santé communautaire pendant 5 jours au T4 (An 1-5)	X	X	X	X	X	X
	4.5.2 Organisation d'une réunion de concertation des acteurs (MATD, MSHP, OSC, PTF) sur la fonctionnalité des COSAH en 2024 et 2026		X		X		
	4.5.3 Evaluation à mi-parcours du plan stratégique national de la santé communautaire 2023-2027 en T2 2025			X			
	4.5.4 Evaluation finale du plan stratégique national de la santé communautaire 2023- 2027 à partir du T3 de An 5						X
	4.5.5 Organisation d'une étude sur la mise en œuvre de la santé communautaire dans les districts sanitaires de la Guinée T2 2025 et T2 2027			X			X
	4.4.6 Elaboration du plan d'action opérationnel annuel de la DNSCMT (An 1-5) T4	X	X	X	X	X	X
	4.4.7 Documentation sur les bonnes pratiques de la mise en œuvre de la santé communautaire par an (A1-5)	X	X	X	X	X	X
	4.4.8 Evaluation de la qualité des soins de santé primaire dans 16 centres de santé 'dont 2 par région chaque 2 ans		X				X
4.6 Développement de la recherche en santé communautaire	4.6.1 Renforcement des capacités des cadres de la DNSCMT pour l'élaboration des protocoles de recherche en santé	X					
	4.6.2 Mise en place d'un pool de recherches opérationnelles sur la santé communautaire en Guinée (Elaboration d'un agenda, Elaboration de thèse de mémoire, planification des études)	X	X	X	X	X	X

Tableau 9. *Programmation Financière du Plan Stratégique National de Sante Communautaire 2023-2027*

RI/Actions	Actions prioritaires	Qtés	Coût (en GNF)		Programmation Financière annuelle (en GNF)				
			Unitaire	Total	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027
Résultats intermédiaires (RI) 1.1 / interventions : Renforcement du dispositif de l'offre de santé communautaire									
A.1.1.1	Orientation de 9 cadres régionaux, 30 cadres préfectoraux et 96 cadres communaux sur la stratégie de santé communautaire dans les 15 districts sanitaires non intégrés à la stratégie de santé communautaire des régions de Boké, Labé et Conakry pendant 2 jours en 2023-2024	2	376,342,000	752,684,000	376,342,000	376,342,000	-	-	-

A.1.1.2	Mise à niveau des autorités communales des 20 nouvelles communes du pays sur la stratégie de santé communautaire en 2023	1	83,406,500	83,406,500	83,406,500				
A.1.1.3	Dotation/Renouvellement des kits et équipements adaptés pour les 817 ASC et 8044 RECO en 2023 et 1986 ASC et 19858 RECO en 2025 et 2027	2	12,691,364,000	25,382,728,000			12,691,364,000	-	12691364 000

A.1.1.4	Développement de mécanismes alternatifs de motivation (Appuyer la mise en place des ASC/RECO en coopérative pour faire des activités génératrices de revenu ; élaboration des satisfécits pour les 20 meilleures ASC et RECO ; Financement de la formation en santé communautaire des 40 meilleures RECO dont 5 par région et 40 meilleures ASC en soins de santé primaire dont 5 par région) parmi les 1.986 ASC et 19.858 RECO avec les différentes parties prenantes de la santé	5	271,755,052,000	1,358,775,260,000	271,755,052,000	271,755,052,000	271,755,052,000	271,755,052,000	271,755,052,000
---------	---	---	-----------------	-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

communautair
e de 2023-2027

A.1.1.5	Organisation des ateliers de formation en soins de santé primaires (l'utilisation des ordinogrammes, le monitoring amélioré, l'élaboration des commandes, la gestion des intrants et le paquet intégré de la santé communautaire) l'équipe cadre de district sanitaire, les agents de santé des centres de santé et postes de santé y compris les ASC et/ou RECO chaque 2 ans	2	120,890,500	241,781,000	120,890,500	-	120,890,500	-	-
A.1.1.6	Plaidoyer pour la dotation des centres et postes de santé en matériels/équipements sur la base de l'inventaire et	5	20,000,000	100,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000

	des besoins en 2023-2027								
A.1.1.7	Intégration des 20 nouvelles communes du pays dans la stratégie nationale de santé communautaire/SSP les centres de santé /postes de santé de 2023-2024	2	1,952,120,576	3,904,241,152	1,952,120,576	1,952,120,576	-	-	-
A.1.1.8	Dotation de la DNSCMT, des 8 SBC régionaux et des 39 SBC préfectoraux en matériels informatiques (laptop et antivirus) et logistiques (Véhicules, motos, assurance, entretien, carburant) de 2023-2027	5	811,732,707	4,058,663,536	811,732,707	811,732,707	811,732,707	811,732,707	811,732,707

A.1.1.9	<p>Dotation de la DNSCMT en appui technique (5 assistants techniques : spécialiste santé communautaire, Suivi évaluation, partenariat, GAS, Formation, normes et qualité) et assurer le renforcement de compétence de 5 cadres de la DNSCMT à travers les formations en santé communautaire, santé publique puis leur participation aux rencontres nationales et internationales de 2023-2027.</p>	5	1,518,452,380	7,592,261,900	1,518,452,380	1,518,452,380	1,518,452,380	1,518,452,380	1,518,452,380
A.1.1.10	<p>Mise à niveau des SBC des 39 districts sanitaires en santé communautaire</p>	2	205,360,750	410,721,500	205,360,750	-	205,360,750	-	-

	e par le niveau central en 2023 et 2025								
A.1.1.11	Orientation des cadres des 8 IRS et 39 DPS/DCS sur la politique nationale de la médecine traditionnelle pendant 3 jours en 2023-2025	1	239,376,520	239,376,520		-	239,376,520	-	-
A.1.1.12	Appui à la formation des 500 COSAH par les DMR, SBC régionaux et préfectoraux sur leur rôle et responsabilité dans la gestion des centres de santé en 2024 et 2026	1	4,000,512,000	4,000,512,000		4,000,512,000	-	4,000,512,000	-
A.1.1.13	Renforcement des capacités des acteurs communautaire (concept, diagnostic, planification des besoins et mobilisation des ressources) dans les 8	2	243,098,500	486,197,000		243,098,500	243,098,500	-	-

	régions de 580 participants pendant 3 jours en 2024-2025								
A.1.1.14	Organisation des formations continues des COSAH dans les communes sur leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	5	1,806,734,000	9,033,670,000	1,806,734,000	1,806,734,000	1,806,734,000	1,806,734,000	1,806,734,000

A.1.1.15	Formation des cadres du niveau national, régional, préfectoral et communal sur le Guide d'utilisation des outils de collecte et de rapportage des données de la santé communautaire pendant 5 jours (An 1 et 5) et Formation des acteurs de mise en place des mutuelles de santé dans les 438 centres de santé de An (1-5) dans les 8 régions	5	987,567,400	4,937,837,000	987,567,400	987,567,400	987,567,400	987,567,400	987,567,400
A.1.1.16	Formation des 2190 participants dans les 438 centres de santé sur la mise en place et le mode de gestion des mutuelles de santé	1	2,598,902,000	2,598,902,000	-	2,598,902,000	-	-	-

A.1.1.17	Formation nationale, régionale, préfectorale et communale des cadres sur des outils de collecte et de rapportage des données de la santé communautaire pendant 5 jours (An 1 et 5)	2	135,909,000	271,818,000	135,909,000	-	-	-	135,909,000
A.1.1.18	Formation des élus locaux en plaidoyer (paquet intégré, C4D) pour la mobilisation des ressources locales en faveur de la santé communautaire en An1 et An 5	2	2 05714000	5,411,428,000	2,705,714,000	-	-	-	2,705,714,000
A.1.1.19	Organisation des activités de promotion de la santé communautaire en Guinée pendant 1 mois par an (An 1-5) (Tables rondes, émissions interactives,	5	110,000,000	550,000,000	110,000,000	110,000,000	110,000,000	110,000,000	110,000,000

	bulletins sur la viabilité des Centres de santé par an (An 1-5)								
Résultats intermédiaires (RI) 1.2/ interventions : Renforcement des liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle									
A.1.2.1	Organisation des réunions semestrielles de la commission de coordination des activités de concertation entre les praticiens de la médecine conventionnelle et de la médecine traditionnelle au niveau nationale de 2023-2027	5	99,810,500	499,052,500	99,810,500	99,810,500	99,810,500	99,810,500	99,810,500
A.1.2.2	Plaidoyer auprès des autorités compétentes pour l'intégration des aspects de la médecine traditionnelle	1	438,990,000	438,990,000	438,990,000	-	-	-	-

	dans le système national de santé								
Résultats intermédiaires (RI) 1.3/ interventions : Renforcement et mise à niveau des écoles de formation en matière de santé communautaire									
A.1.3.1	Plaidoyer auprès des autorités compétentes pour la prise en compte des modules de formation dans le curricula des écoles de santé communautaire 2023-2025	2	85,000,000	170,000,000	85,000,000			85,000,000	
A.1.3.2	Supervision des écoles de formation de santé communautaire de 2023-2027	2	213,501,560	427,003,120	213,501,560	213,501,560	213,501,560	213,501,560	213,501,560
Résultats intermédiaires (RI) 1.4/ interventions : Amélioration de l'approvisionnement en produits et intrants de santé									
A.1.4.1	Mettre à jour la composition du kit de médicaments pour les RECO, circuit/mécanismes d'approvisionnement et des modalités de	2	140,330,500	280,661,000			140,330,500	140,330,500	

	gestion financières en 2025 et 2027								
A.1.4.2	Participation et suivi de la quantification des médicaments des centres de santé auprès de la DNPM de 2023-2027	5	20,000,000	100,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000
Résultats intermédiaires (RI) 1.5/ interventions : Renforcement des interventions à base communautaire en milieu urbain et semi-urbain									
A.1.5.1	Formation et appui de 39 OSC (1 par district sanitaire) dans la mise en œuvre des activités de la santé communautaire en milieu urbain et semi-urbain en 2023-2024	2	2,417,300,560	4,834,601,120	2,417,300,560	2,417,300,560	-	-	-

A.1.5.2	Mise en place d'un cadre contractuel avec les organisations/associations et groupements pour les interventions de santé communautaire en milieu urbain de 2023-2024	2	228,053,500	456,107,000	228,053,500	228,053,500	-	-	-
A.1.5.3	Concertation régionale entre la DNSCMT et les OSC en 2024-2026	2	34,633,000	69,266,000		34,633,000		34,633,000	
A.1.5.4	Intégration des groupements de femmes et associations de jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire de 2023-2027	2	126,591,000	253,182,000	126,591,000	-	-	-	126,591,000
Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé primaire									
Résultats intermédiaires (RI) 2.1 / interventions : Mise en place de dispositif de protection et d'aide à l'accès aux services et de soins de santé communautaire pour les personnes démunies et indigentes									
A.2.1.1	Cartographie annuelle des mutuelles de santé existantes de l'an 1 à l'an 5	1	20,550,000	20,550,000	20,550,000	-	-	-	-

A.2.1.2	Elaboration, validation, édition, dissémination et reprographie des outils de gestion et modules de formation sur les mutuelles An1 et An4	4	735,750,000	2,943,000,000	1,471,500,000	-	-	1,471,500,000	-
A.2.1.3	Organisation d'une Réunion annuelle de concertation sur la prise en charge des indigents avec la participation du MATD, ANIES, Fonds national d'indigence et DNSCMT de 2023 à 2027	5	120,840,000	604,200,000	120,840,000	120,840,000	120,840,000	120,840,000	120,840,000
A.2.1.4	Extraction du registre social unifié les indigents des 39 districts sanitaires chaque année (An 1-5)	5	10,000,000	50,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000

A.2.1.5	Mettre en place d'un cadre de concertation avec les services en charge des indigents pour la définition des indicateurs pour leur prise en charge au niveau hôpital et centres de santé	1	15,000,000	15,000,000	-	15,000,000	-	-	-
Résultats intermédiaires (RI) 2.2/interventions : Mobilisation sociale et veille citoyenne									
A.2.2.1	Formation des 47 points focaux régionaux et préfectoraux de communication / promotion de la santé sur les activités de promotion et de mobilisation communautaire en An1 et An3	2	511,603,000	1,023,206,000	511,603,000	-	511,603,000	-	-

A.2.2.2	Mettre en place un cadre de concertation entre la DNSCMT, le MATD, la Jeunesse et les actions sociales pour le renforcement du partenariat autour de la stratégie de mise en œuvre de la santé communautaire (organisation d'une réunion de concertation par région An (1 et 4)	2	21,600,000	43,200,000	43,200,000	-	-	43,200,000	-
Axe stratégique 3 : Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire									
Résultats intermédiaires (RI) 3.1 / interventions : Organisation des réunions de coordination à tous les niveaux									
A.3.1.1	Appui à l'organisation des assises villageoises mensuelles sur la santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	60	3,650,000	219,000,000	43,800,000	43,800,000	43,800,000	43,800,000	43,800,000

A.3.1.2	Appui à la synthèse communale trimestrielle en intégrant les aspects de santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	20	27,195,000	543,900,000	108,780,000	108,780,000	108,780,000	108,780,000	108,780,000
A.3.1.3	Appui aux districts sanitaires pour l'organisation des réunions de CTPS de l'an 1 à l'an 5	78	15,000,000	1,170,000,000	234,000,000	234,000,000	234,000,000	234,000,000	234,000,000
A.3.1.4	Appui à l'organisation des réunions (mensuelle de coordination, plateforme trimestrielle régionale et plateforme semestrielle) de An 1 à An 5	5	418,445,920	2,092,229,600	418,445,920	418,445,920	418,445,920	418,445,920	418,445,920
Résultats intermédiaires (RI) 3.2 / interventions : Renforcement des ressources humaines de la santé									
A.3.2.1	Dotation mensuelle en carburant et entretien des motos des 1986 ASC pour leur fonctionnement de 2023-2027.	5	7,705,680,000	38,528,400,000	7,705,680,000	7,705,680,000	7,705,680,000	7,705,680,000	7,705,680,000

A.3.2.2	Payement annuel de l'assurance et des vignettes des motos des 1986 ASC de 2023-2027 par l'Etat et les PTF	5	2,184,600,000	10,923,000,000	2,184,600,000	2,184,600,000	2,184,600,000	2,184,600,000	2,184,600,000
A.3.2.3	Développement de mécanismes alternatifs de motivation (Appuyer la mise en place des ASC/RECO en coopérative pour faire des activités génératrices de revenu ; élaboration des satisfécits pour les 20 meilleures ASC et RECO ; Financement de la formation en santé communautaire des 40 meilleures RECO dont 5 par région et 40 meilleures ASC en soins de santé primaire dont 5 par région) parmi	5	271,755,052,000	1,358,775,260,000	271,755,052,000	271,755,052,000	271,755,052,000	271,755,052,000	271,755,052,000

	les 1.986 ASC et 19.858 RECO avec les différentes parties prenantes de la santé communautaire de 2023-2027								
Résultats intermédiaires (RI) 3.3 / interventions : Renforcement de la capacité de la DNSCMT en gouvernance									
A.3.3.1	Plaidoyer auprès des communes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources endogènes (mairies) en faveur des COSAH pour leur	5	95,000,000	475,000,000	95,000,000	95,000,000	95,000,000	95,000,000	95,000,000

	fonctionnement de 2023-2027								
A.3.3.2	Appui au fonctionnement de la DNSCMT et ses structures déconcentrées (An 1 à 5)	5	189,000,000	3,750,101,000	750,020,200	750,020,200	750,020,200	750,020,200	750,020,200
A.3.3.3	Identification et intégration des mutuelles de santé pour le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire de 2023-2027	2	35,000,000	70,000,000	35,000,000	-	-	-	35,000,000
Résultats intermédiaires (RI) 3.4 / interventions : Renforcement du financement de la santé communautaire									
A.3.4.1	Intégration des aspects de la santé communautaire dans les PDL/PAI des communes de An 1 - An 5	5	181,000,000	905,000,000	181,000,000	181,000,000	181,000,000	181,000,000	181,000,000

A.3.4.2	Renforcement du plaidoyer auprès de l'Etat et les PTF pour le financement de la santé communautaire de l'an 1 à l'an 5	5	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000	20,000,000
---------	--	---	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Axe stratégique 4 : Renforcement de la qualité, du suivi évaluation, capitalisation et valorisation des interventions de santé communautaire

Résultats intermédiaires (RI) 4.1 / interventions : Renforcement de la supervision et de la qualité des interventions de santé communautaire

A.4.1.1	Supervisions nationales (trimestrielles, semestrielles et post formation) des interventions de la santé communautaire vers les régions y compris la supervision conjointe par la DNSCMT, MATD, les autres acteurs et les PTF 2 fois par an pendant 14 jours (An 1 - 5)	5	1,445,431,200	7,227,156,000	1,445,431,200	1,445,431,200	1,445,431,200	1,445,431,200	1,445,431,200
---------	--	---	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

A.4.1.2	Appui à l'organisation des CTRS dans les 8 régions en prenant en compte l'analyse de la qualité des interventions de santé communautaire	10	95,000,000	950,000,000	427,003,120	427,003,120	427,003,120	427,003,120	427,003,120
Résultats intermédiaires (RI) 4.2/ interventions : Renforcement des outils promotionnels et de l'offre de services intégrés et de qualité									
A.4.2.1	Production des outils promotionnels sur la santé communautaire en 2023 et 2026	2	786,980,000	1,573,960,000	786,980,000	-	-	786,980,000	-
A.4.2.2	Actualisation des modules SSP, du manuel du participant, du guide du formateur, d'agenda de formation et des boîtes à images intégrées des ASC et des RECO en 2023	1	280,661,000	280,661,000	280,661,000	-	-	-	-
Résultats intermédiaires (RI) 4.3/interventions : Développement des outils de gestion de la santé communautaire									

A.4.3.1	Evaluation, harmonisation, dissémination validation et production des outils de gestion (3000 guide supervision, 3000 outils primaires et de suivi des activités, canevas de plan d'actions canevas de rapport y compris toutes les activités d'appui) des données et des intrants par 50 participants en 2023-2026	2	475,980,600	951,961,200	475,980,600			475,980,600	
A.4.3.2	Reprographie et dissémination des documents normatifs révisés de la santé communautaire (Guide harmonisé, plan stratégique, outils de formation, outils de	5	6,518,618,560	32,593,092,800	6,518,618,560			6,518,618,560	

	gestion) y compris les ordinogrammes pour la mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire en 2023 et 2025								
A.4.3.3	Organisation d'un atelier de paramétrage des indicateurs de santé communautaire dans le DHIS 2 avec le SNIS en 2023-2025	2	105,000,000	210,000,000	105,000,000		105,000,000		
Résultats intermédiaires (RI) 4.4/interventions : Renforcement du dispositif de suivi évaluation de la santé communautaire									
A.4.4.1	Analyse trimestrielle des données des centres de santé du Dhis2 par les suivi-évaluations de la DNSCMT, BSD, des programmes et des PTF pendant 3 jours de An 1 - 5	10	213,501,560	2,135,015,600	427,003,120	427,003,120	427,003,120	427,003,120	427,003,120

A.4.4.2	Dissémination du plan de suivi-évaluation de la santé communautaire T1 (An 1)	2	242,875,200	485,750,400	485,750,400	-	-	-	
A.4.4.3	Digitalisation des données de la santé communautaire (Achat des smartphones, Formation de 20 formateurs formation des ASC et dotation en connexion internet) pendant 5 jours dans les districts sanitaires de la Guinée (1 PFR et 1 SBC par préfecture concernée) en 2023 et 2027	2	3,987,765,900	7,975,531,800	3,987,765,900				3,987,765,900
Résultats intermédiaires (RI) 4.5/interventions : Capitalisation, documentation et évaluation des performances de la santé communautaire									
A.4.5.1	Organisation de la revue annuelle des activités de santé communautaire pendant 5 jours au T4 (An 1-5)	5	108,000,000	540,000,000	108,000,000	108,000,000	108,000,000	108,000,000	108,000,000

A.4.5.2	Organisation d'une réunion de concertation des acteurs (MATD, MSHP, OSC, PTF) sur la fonctionnalité des COSAH en 2024 et 2026	2	95,000,000	190,000,000		95,000,000	-	95,000,000	-
A.4.5.3	Evaluation à mi-parcours du plan stratégique national de la santé communautaire e 2023-2027 en T2 2025	1	135,000,000	135,000,000	-	-	135,000,000	-	-
A.4.5.4	Evaluation finale du plan stratégique national de la santé communautaire e 2023- 2027 à partir du T3 de An 5	1	350,000,000	350,000,000	-	-	-	-	350,000,000
A.4.5.5	Organisation d'une étude sur la mise en œuvre de la santé communautaire dans les districts sanitaires de la Guinée T2 2025 et T2 2027	2	230,000,000	460,000,000			92,000,000		92,000,000

A.4.5.6	Elaboration du plan d'action opérationnel annuel de la DNSCMT (An 1-5) T4	5	229,606,800	1,148,034,000	229,606,800	229,606,800	229,606,800	229,606,800	229,606,800
A.4.5.7	Documentation sur les bonnes pratiques de la mise en œuvre de la santé communautaire par an (A1-5)	5	50,000,000	250,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000
A.4.5.8	Evaluation de la qualité des soins de santé primaire dans 16 centres de santé 'dont 2 par région chaque 2 ans	2	486,000,000	972,000,000		194,400,000			19,400,000
Résultats intermédiaires (RI) 4.6/ interventions : Développement de la recherche en santé communautaire									
A.4.6.1	Renforcement des capacités des cadres de la DNSCMT pour l'élaboration des protocoles de recherche en santé	1	95,000,000	95,000,000	95,000,000	-	-	-	-

A.4.6.2	Mettre en place recherches des opérationnelles sur la santé communautaire en Guinée (Elaboration d'un agenda, Elaboration de thèse de mémoire, planification des études)	20	30,000,000	600,000,000	120,000,000	120,000,000	120,000,000	120,000,000	120,000,000
---------	--	----	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Tableau 10. Budget du plan selon les axes stratégiques

Axes	Budget USD	Proportion
Axe 1	158,907,181	49.5%
Axe 2	526,928	0.2%
Axe 3	157,505,766	49.0%
Axe 4	4,207,056	1.3%
Total	321,146,930	100%

Tableau 11. Budget du plan selon les années de mise en œuvre

Années	Budget USD	Proportion
2023	65,274,534	20%
2024	64,008,090	20%
2025	64,245,090	20%
2026	64,149,319	20%
2027	63,469,944	20%
Total	321,146,975	100%

Tableau 12. **Plan de Suivi-Évaluation du Plan Stratégique National de Sante Communautaire 2023-2027**

Les indicateurs ci-dessous sont proposés pour le suivi de chaque axe du Plan stratégique de la santé communautaire.

Axes stratégiques	Indicateurs	Valeur de base (2022)	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027
Axe stratégique 1 : Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré	% des RECO recrutés	55%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de RECO attendus	19858	20545	21079	21628	22190	22767
	% des ASC recrutés	55%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de ASC attendus	1986	2055	2108	2163	2219	2277
	% des RECO fonctionnel	70%	100%	100%	100%	100%	100%
	% des ASC fonctionnel	70%	100%	100%	100%	100%	100%
	% des communes intégrées	73%	100%	100%	100%	100%	100%

	Nombre total de communes à intégrées	265	290	315	340	362	
	% des communes intégrées fonctionnelles	59%	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux de disponibilité des rapports de consommation des intrants	NA	100%	100%	100%	100%	100%
Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé primaire	% des collectivités territoriales ayant inscrit une ligne budgétaire pour les agents communautaires (RECO) dans leur PAI	0	100%	100%	100%	100%	100%
	% des collectivités territoriales ayant libéré une ligne budgétaire pour les agents communautaires (RECO)	0	100%	100%	100%	100%	100%

Axe stratégique 3 : Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire	Taux de mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire	NA	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux d'exécution du budget du plan stratégique	NA	100%	100%	100%	100%	100%
	% des réunions de coordination tenues au niveau communal sur la santé communautaire	NA	100%	100%	100%	100%	100%
	% des réunions de coordination tenues au niveau préfectoral sur la santé communautaire	NA	100%	100%	100%	100%	100%
	% de tenue des réunions de coordination du niveau central	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Axe stratégique 4 : Renforcement de la	% de complétude des rapports	80%	100%	100%	100%	100%	100%

supervision et de la qualité des interventions de la santé communautaire	% de promptitude des rapports	70%	100%	100%	100%	100%	100%
	% de recherche réalisée en santé communautaire	50%	100%	100%	100%	100%	100%

Annexe : Liste des participants aux travaux d'élaboration du PSNSC et du plan Suivi évaluation

N°	PRENOMS ET NOMS	FONCTION	PROVENANCE	CONTACT
1	Dr Mamady KOUROUMA	DN/DNSCMT	CONAKRY	622,938,532
2	Dr Mamady CISSE	DNA/DNSCMT	CONAKRY	624,103,606
3	Dr Faya Bruno TENGUANO	Chef de Division Santé Communautaire/DNSCMT	CONAKRY	622,145,903
4	Dr Ahmadou DIALLO	SBC/IRS	LABE	628,360,365
5	Abdourahame Oumou DIALLO	Chef projet FMK	KINDIA	628,519,472
6	Mamadou Iamarana D BARRY	SERPOCO	KINDIA	628,048,136
7	Thierno yagouba DIALLO	Coordinateur des programmes	CONAKRY	622,509,200
8	Dr Mamadou Pathe BAH	DPS	LELOUMA	628,557,134
9	Dr Abdoulaye BARRY	DPS	TOUGUE	628,520,613
10	Dr Alain Tokpo DOUALAMOU	SBC/IRS	KINDIA	621,158,022
11	Dr Siba KOULEMOU	SBC/IRS	N'ZEREKORE	622,408,687
12	Dr René MILLIMONO	SBC/DPS	KANKAN	622,081,063
13	Dr Sakoba BERETE	SBC/IRS	KANKAN	622,043,206
14	Dr Bountouraby Lany BANGOURA	SFR/PEV	CONAKRY	623,638,939
15	Boubacar DIALLO	Maire	LABE	622,038,913
16	Dr Amadou SOW	DPS	MALI	622,363,793
17	Dr Zézé BEAVOGUI	DPS	KOUBIA	664,034,515
18	Dr Sékou DOUMBOUYA	DPS	FARANAH	622,901,734

19	Dr Moussa SOUMAH	DSNPS	CONAKRY	622,379,061
20	Dr Mamadou Lamine BARRY	PFR /IRS	MAMOU	622,379,062
21	Dr N'Gamet CAMARA	Cheffe Section	CONAKRY	628,990,205
22	Dr Yacouba KANDE	Chef Section	CONAKRY	622,203,287
23	Dr C laude IRANDOUNO	CNA/PNLP	CONAKRY	622,189,096
24	Amadou Habib DIALLO	Maire	LABE	621,118,361
25	Mamadou Saliou BAH	POSSAV	CONAKRY	621,535,058
26	Fodé CONDE	MATD	CONAKRY	628,737,854
27	Mama Bamba DIAWARA	Cheffe de division MT/DNSCMT	CONAKRY	622,601,767
28	Dr Ansoumane SOUARE	MCM	KANKAN	622,814,985
29	Dr Aissata Cherif DIALLO	BSD/MSHP	CONAKRY	620,115,373
30	Dr Sékou SOUMAH	SBC/IRS	MAMOU	628,889,839
31	Dr Thierno Souleymane DIALLO	MCM/DPS	MAMOU	622,972,757
32	Dr Souro KAMANO	Spécialiste Santé/USAID	CONAKRY	628,189,257
33	Dr Mohamoud Sama CHERIF	IRS	FARANAH	628,889,797
34	Thierno Sadjou DIALLO	CHEF SECTION/DNSCMT	CONAKRY	622,086,890
35	Kabine DOUMBOUYA	Chargé GAS/DNSCMT	CONAKRY	625,437,084
36	Dr Barré ONIVOGUI	Chargé Formation, Normes et Qualité/DNSCMT	CONAKRY	627,589,228
37	Parfait RABEZAMANARY	PM QSS/CH CRS	CONAKRY	627,474,324
38	Dr Mamadou DIALLO	Chef projet Child fund	MAMOU	622,351,254
39	Dr Fatoumata Damaro CAMARA	Chargée d'étude/DNSCMT	CONAKRY	628,020,529

40	Dr Sylvestre SANDOUNO	Chargé suivi-évaluation/DNSCMT	CONAKRY	622,001,398
41	Dr Halimatou TOUNKARA	Chargée d'étude/DNSCMT	CONAKRY	622,296,104
42	Sékou TRAORE	GIZ	CONAKRY	628,689,850
43	Abdoulaye Oumar DIALLO	UNICEF	CONAKRY	622,607,959
44	Dr Sadou SOW	OMS	LABE	621,302,921
45	Dr Mamady 2 NABE	CRS	CONAKRY	622,434,073
46	Julien KAMANO	Chargé du Partenariat/DNSCMT	CONAKRY	624,002,306
47	Dr Idrissa 5 DIALLO	DPS	N'ZEREKORE	628,256,225
48	Dr Aboubacar Ténin OULARE	Chargé d'étude	CONAKRY	628,401,775
49	Ousmane BAH	Stagiaire	CONAKRY	621,142,012
50	Mohamed Saliou BAH	PNLAT	CONAKRY	611,670,457
51	Alhouseny CAMARA	PCG	CONAKRY	621,176,730
52	Almamy BAH	DPS	LABE	622,030,818
53	Mensah EKNEKE	Chef projet CJMAD	CONAKRY	620,030,818
54	Dr Kassié FANGAMOU	IRS	LABE	622,944,638
55	Michel SANDY	Chef unité PNLSH	CONAKRY	629,300,755
56	Dr Facinet YATTARA	Consultant national Senior	CONAKRY	621,823,587
57	Dr Sadan SIDIBE	CNA/PNLMTN-CTP	CONAKRY	622,312,528
58	Lc Innocent TOURE	Coordonnateur /CJMAD	CONAKRY	628,704,327
59	Ahmed KABORE	Consultant international	BURKINA FASO	70,333,324

60	Jo Anne BENNETT	Consultant national junior	CONAKRY	626,951,728
61	Moussa KABA	Chef unité MSPH	CONAKRY	622,016,677
62	Gaston CHERIF	Assistant suivi-évaluation/ PNLMTN-CTP	CONAKRY	627,258,386
63	Souleymane KANTE	Stagiaire/DNSCMT	CONAKRY	625,118,081
64	Dr Néné OULARE	Chargée d'étude/DNSCMT	CONAKRY	622,002,634
65	Dr Christine SANDOUNO	PFSCMT/PNLP	CONAKRY	628,060,068
66	Dr Younoussa SYLLA	Gestionnaire de données/SNPS	CONAKRY	622,808,702
67	Dr Tamba LENO	Chargé d'étude/ SNPS	CONAKRY	620,554,883
68	Dr Binéta Jho DIAGNE	Stagiaire/DNSCMT	CONAKRY	628,717,952
69	Dr Amadou BAH	Stagiaire/DNSCMT	CONAKRY	610,060,411
70	Fodé KOUROUMA	Médecin	CONAKRY	628,780,661
71	Aboubacar Massagbè DIAKITE	Directeur Pays Santé intégrée	CONAKRY	628,348,894
72	Dr Rouguiatou N'DIAYE	Pharmacien PNLAT	CONAKRY	622,858,608
73	Dr Aboubacar SYLLA	SBC/DSVCo	CONAKRY	620,406,209
74	Faya Benjamin TOLNO	Coordonnateur suivi et évaluation/Plan International Guinée	CONAKRY	628,084,229
75	Moussa 1 CONDE	Spécialiste suivi-évaluation/	CONAKRY	628,630,620

76	Ibrahima Sékou SOW	Consultant GFF/ Banque Mondiale	CONAKRY	620,025,957
77	Bamba Mamady CAMARA	Conseiller SC/ Jhpiego	CONAKRY	622,216,281
78	Geneviève Nowai KOUROUMA	Comptable/DNSCMT	CONAKRY	610,408,017
79	Dr Denise BENJAMIN	Chargée d'étude/DNSCMT	CONAKRY	628,235,153
80	Dr Nènè Oumou BARRY	Chargée d'étude/DNSCMT	CONAKRY	628,001,051
81	Mariama KOUYATE	Spécialiste suivi-évaluation/ CJMAD	CONAKRY	622,902,656
82	Dr Aboubacar Sidiki MAGASSOUBA	Consultant	CONAKRY	622,396,910
83	Dr Amadou Bella DIALLO	CTB	CONAKRY	628,684,847