**REPUBLIQUE DE GUINEE**

TRAVAIL – JUSTICE – SOLIDARITE



**MINISTERE DE LA SANTE**

****

**Direction Nationale de la Sante Communautaire et de**

**la Médecine Traditionnelle**

**GUIDE DE MOBILSATION**

**DES COMMUNAUTES POUR LA SANTE**

[Introduction 3](#_Toc470009417)

[CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA GUINÉE 4](#_Toc470009418)

[1.1 Contexte politique 4](#_Toc470009423)

[1.2 Contexte administratif 4](#_Toc470009424)

[1.3 Contexte économique 4](#_Toc470009425)

[1.4 Contexte socioculturel 5](#_Toc470009426)

[1.5 Etat de santé de la population 5](#_Toc470009427)

[Profil épidémiologique 5](#_Toc470009429)

[1.5.1 Le paludisme 5](#_Toc470009430)

[1.5.2 VIH/Sida, IST et Tuberculose 6](#_Toc470009431)

[1.5.3 Tuberculose 6](#_Toc470009432)

[1.5.4 Santé des enfants 7](#_Toc470009433)

[1.5.5 Mortalité maternelle 7](#_Toc470009434)

[1.5.6 Les autres pathologies 7](#_Toc470009435)

[1.6 Offre de soins 8](#_Toc470009436)

[Sous-secteur Public 8](#_Toc470009438)

[1.6.2 Infrastructures et Equipements 8](#_Toc470009439)

[II.. Généralités sur la mobilisation communautaire 11](#_Toc470009440)

[III. But et Objectifs de la Mobilisation Communautaire 12](#_Toc470009441)

[3.1. But 12](#_Toc470009442)

[3.2 : Objectifs 12](#_Toc470009443)

[3.3 Cycle d’Action Communautaire, un Modèle de Mobilisation des Communautés pour la santé. 12](#_Toc470009444)

[3.3.1. La phase Se préparer à mobiliser 13](#_Toc470009445)

[3.3.2. La phase « organiser les communautés pour l’action » 14](#_Toc470009446)

[3.3.3 « Explorer ensemble et établir des priorités » 14](#_Toc470009447)

[3.3.4 La phase « planifier ensemble » 15](#_Toc470009448)

[3.3.5 « Agir ensemble » 15](#_Toc470009449)

[3.3.6 « Evaluer ensemble » 16](#_Toc470009450)

[3.3.7 « Se préparer à passer à l’échelle » 16](#_Toc470009451)

[3.3.8 Principes et valeurs pour la la mise en œuvre du CAC 17](#_Toc470009452)

[3.3.9 Quelques principes de la mobilisation communautaire 17](#_Toc470009453)

[3.3.10 Les valeurs de l’équipe 17](#_Toc470009454)

[IV. Les différents acteurs dans le cycle d’action communautaire, leurs rôles et responsabilités 17](#_Toc470009455)

[4.1. Au niveau national 18](#_Toc470009456)

[4.2. Au niveau régional 18](#_Toc470009457)

[4.3. Au niveau des districts sanitaires 18](#_Toc470009458)

[4.4. Au niveau du centre de santé 19](#_Toc470009459)

[5.1 Couverture géographique de l’intervention 20](#_Toc470009460)

[5.2 Critères de sélection des centres de Santé 21](#_Toc470009461)

[VI. Plan de mobilisation communautaire 21](#_Toc470009462)

[6.2. Niveau du district sanitaire 21](#_Toc470009463)

# Introduction

La stratégie de mobilisation communautaire pour la santé est une initiative qui, tout en respectant la politique de santé communautaire en Guinée, augmentera le niveau de participation des communautés dans l’analyse de leurs problèmes de santé et la planification de stratégies locales à la résolution de ces problèmes. Cela renforcera la capacité de réponses des communautés aux problèmes de santé.

Le présent document constitue un outil pour les acteurs de la santé à tous les niveaux pour la mobilisation des communautés. Il comporte le contexte du pays, le but et les objectifs de la mobilisation communautaire, quelques concepts et principes, ainsi que le cycle d’actions communautaires.

# CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA GUINÉE



## 1.1 Contexte politique

La Guinée a accédé à l’indépendance le 2 octobre 1958, après 60 ans de colonisation française, devenant ainsi le premier pays indépendant des colonies françaises et le neuvième pays sur le continent africain. En 50 ans d’indépendance, le pays a connu cinq présidents et trois régimes politiques.

L’arrivée de la junte au pouvoir en décembre 2008 a eu pour conséquence la suspension du programme convenu avec le FMI et les autres partenaires. L’organisation des élections et le retour à l’ordre constitutionnel en 2010 ont permis de regagner la confiance des partenaires au développement qui conditionnent leur aide à des progrès en matière de démocratie, de bonne gouvernance et de respect des droits de l’homme.

## 1.2 Contexte administratif

Les quatre régions naturelles sont aménagées en huit régions administratives: Conakry (considérée comme Zone spéciale), Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N'Nzérékoré.

Les Régions administratives de l'intérieur du pays sont subdivisées en 33 préfectures. Le pays compte 38 communes urbaines, dont 5 à Conakry et 302 communautés rurales. Ces collectivités sont subdivisées en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

## 1.3 Contexte économique

Deux ans après son indépendance, la Guinée a émis, le 1er mars 1960, sa propre monnaie, le Franc Guinéen(GNF). Ainsi, depuis 1960, la Guinée dispose d’une zone monétaire propre. En 2013, un dollar américain s’échangeait contre 6800 GNF.

Les revenus fiscaux demeurent faibles (10.5% du PIB), ce qui limite les possibilités de financement des services et infrastructures de base. Le pays est classé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) parmi les nations à faible niveau de développement humain. Selon le rapport 2011 du PNUD, l’indice de développement humain pays est de 0,344, ce qui le situe au 178ème rang sur 187 pays. En 2012, la Guinée a un PIB de 410 USD par habitant[[1]](#footnote-1).

La Guinée est un pays exportateur de minerais et de produits semi-finis (représentant 83% des exportations), dont les cours sont susceptibles de fluctuations sur les marchés internationaux. Les exportations étant l’une des principales sources de revenus, le pays est sujet à des chocs extérieurs.

Ainsi, en dépit de ses potentialités favorables au développement, la Guinée est un pays pauvre. C’est ce qu’on appelle désormais le « paradoxe guinéen » : c'est-à-dire, sol et sous-sol riches mais les habitants sont pauvres. En Guinée la pauvreté devient de plus en plus visible en touchant une proportion importante de la population. Elle est un phénomène social dans le pays, caractérisée par un état de manque et de privation relatif à un ensemble de besoins essentiels : revenus, alimentation, accès aux services sociaux de base et aux actifs essentiels, etc. Après cinquante ans d’indépendance, la pauvreté est devenue une réalité de tous les jours pour les guinéens voire endémique. Selon l’ELEP 2012, le taux de pauvreté reste encore très élevé (55%) ; cette pauvreté est essentiellement rurale (82,3% de la population rurale vit en dessous du seuil de pauvreté[[2]](#footnote-2)). Cette situation difficile fait que la réalisation des OMD liés à la santé reste incertaine à l’horizon 2015.

Toutefois, grâce aux efforts fournis par le dernier gouvernement de décembre 2010, des signes encourageants apparaissent. Parmi ces efforts, on peut citer entre autres : l’unicité des comptes, la réforme des forces de sécurité, l’élaboration d’un nouveau code minier, la mise en œuvre d’un vaste programme d’investissement public dans le secteur agricole ; ce qui a permis d’avoir un taux de croissance économique de 4% (supérieur au taux de croissance de la population de 3,1% la même année) et un taux d’inflation de 11% en 2011. Grâce à ces résultats macro-économiques satisfaisants, le pays a atteint le point d’achèvement de l’IPPTE en décembre 2012, mais, la situation générale du pays au plan économique reste encore fragile.

## 1.4 Contexte socioculturel

Deux Guinéens sur trois sont analphabètes, avec des taux beaucoup plus marqués chez les femmes (79,45%)[[3]](#footnote-3), ainsi que dans les populations rurales. Cette situation influe négativement sur l’adoption de certains comportements favorables à la santé et sur la transmission par écrit des messages éducatifs (information-éducation-communication).

En plus des considérations éducatives, pour des raisons socioculturelles, les attitudes et comportements de la majorité de la population apparaissent souvent peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d’hygiène et d’assainissement, et le faible niveau d’information sur la sexualité et les méthodes contraceptives, sur le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles, y compris le SIDA. De plus, on note une augmentation de la consommation de la drogue, de la criminalité (surtout en milieu urbain), et des accidents de la circulation.

## 1.5 Etat de santé de la population



### Profil épidémiologique

Le taux de mortalité générale est estimé de 14,2‰[[4]](#footnote-4) avec 10,7‰ en zone urbaine et 14,8‰ en zone rurale.

Les principales causes de mortalité relevées dans les établissements hospitaliers publics sont : le paludisme, les infections respiratoires aigües, les anémies chez les enfants, les diarrhées, les affections hépatiques, les complications liées à l’accouchement et les tumeurs. A ces causes s’ajoutent, en augmentation progressive, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l’hypertension artérielle[[5]](#footnote-5).

Dans les structures primaires publiques, les dix premières causes de consultation sont celles d’un pays en développement dans un environnement tropical, avec une prédominance écrasante des maladies transmissibles. Selon l’annuaire statistique de 2008[[6]](#footnote-6), dans l’ordre décroissant de fréquence, on trouve le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les helminthiases, les diarrhées, les maladies génito-urinaires, les affections dermatologiques hormis la gale, les traumatismes, les anémies, les maladies à transmission sexuelle et les infections oculaires.

### 1.5.1 Le paludisme

Le paludisme constitue le plus lourd fardeau sur le système de santé du pays. Il totalise 30% de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de cinq ans. En effet, le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les formations sanitaires. Les résultats de l'enquête MICS[[7]](#footnote-7) réalisée en 2008 indiquent une prévalence nationale de paludisme de 44% chez les enfants de moins de cinq ans. Les annuaires sanitaires de 2009[[8]](#footnote-8), 2010[[9]](#footnote-9) et 2011[[10]](#footnote-10) indiquent que le paludisme est aussi la première cause d’hospitalisation (31%) et de décès (14.2%) dans les formations sanitaires.

### 1.5.2 VIH/Sida, IST et Tuberculose

***VIH/sida et IST :***La prévalence du VIH au sein de la population générale est de 1,7%[[11]](#footnote-11); elle est plus élevée chez les femmes (2,1%) contre 1,2% chez les hommes. Les femmes sont deux fois plus vulnérables que les hommes.

La prévalence maximale se rencontre dans le groupe d’âge de 40 à 44 ans (2,1%).Les prévalences les plus élevées se rencontrent entre 25 et 29 ans (2,0%), chez les 35 à 39 ans (2,9%). Tant du point de vue de la population entière que chez les jeunes de 15-24 ans, les femmes sont 2 fois plus vulnérables que les hommes.

En ce qui concerne la séroprévalence par région administrative, il existe une répartition inégale sur le territoire national : Conakry (2.7%), Mamou (1.7%) et N’Zérékoré (1.7%) ont une prévalence supérieure ou égale à la moyenne nationale. Par contre Boké (1.6%), Labé (1.6%), Faranah (1.4%) et Kindia (1.0%) ont une prévalence inférieure à la moyenne nationale[[12]](#footnote-12).

La prévalence du VIH[[13]](#footnote-13) est de 2,1% chez les femmes et de 2,5% chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2008. Cette prévalence chez les femmes enceintes présente des disparités régionales qui se répartissent comme suit : Conakry 5,76%, Kindia 4,19%, N’Zérékoré 3,13%, Boké 2,76%, Labé 2,48%, Faranah 1,98%, Mamou 1,16%, Kankan 0,94%.

Elle est plus élevée en milieu urbain (2,7%) qu’en milieu rural (1,2%).

En outre, l’épidémie est concentrée chez les patients tuberculeux (28,6%), les Professionnelles du sexe (16,7%), la population carcérale (9,4%), les miniers (5,9%), les hommes ayant des rapports Sexuels avec d’autres Hommes (HSH) (5,6%), les routiers (5,4%) et les Hommes en uniforme (5,3%)[[14]](#footnote-14).

1.5.3 Tuberculose[[15]](#footnote-15) :

Le nombre de cas de tuberculose augmente d’année en année en raison de la co-infection TB/VIH et de l’amélioration de la notification des cas. Le nombre de cas de tuberculose dépistés est passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 30% des malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une co-infection TB/VIH.

### 1.5.4 Santé des enfants

Les statistiques hospitalières montrent que les maladies les plus rencontrées chez les enfants sont le paludisme (31 %), les pathologies néonatales (28%), les infections respiratoires aigües (20%) et la diarrhée (17%).

Les principales causes de décès néonatals sont les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (23%), les prématurités (20%) et le tétanos néonatal (11%)[[16]](#footnote-16).

Les données collectées lors des Enquêtes Démographiques de Santé[[17]](#footnote-17) (EDS) montrent des progrès appréciables dans la réduction de la mortalité des enfants sur la période 1992-2005. Toutefois, le niveau des indicateurs des différentes composantes de cette mortalité des enfants est sensiblement stagnant entre 1999 et 2005 (figu*r*e *1*).

Les données de routine montrent que le taux de mortalité infanto-juvénile reste à un niveau élevé en raison de quatre facteurs: le paludisme, les causes néonatales, la pneumonie et la diarrhée. Les autres causes sont liées à la rougeole et au sida. La malnutrition est une cause sous-jacente de ces décès.

Le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d’un an contre la rougeole a connu une baisse, passant de 85,3% en 2007 à 65,4% en 2008[[18]](#footnote-18). La couverture vaccinale brute contre la rougeole avec carte seulement, est de 40% pour l’ensemble du pays. La couverture valide pour le pays par présentation de la carte est de 29% et celle valide à 1 an (carte seulement) est de 25%. Comme on le constate, ces différentes couvertures sont de plus en plus basses[[19]](#footnote-19)

Quant à la malnutrition infantile, on note une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans sur la période 1994-2007. La proportion des enfants souffrant de malnutrition chronique est passée de 29% en 1994 à 36% en 2007 (voir EDS)[[20]](#footnote-20), soit une augmentation de 7 points. Parmi les raisons de cette détérioration de l’état nutritionnel des enfants, on pourrait évoquer entre autres : (i) la situation d’insécurité qu’a connu le pays à partir de 2000, (ii) la détérioration du cadre macroéconomique devenue visible en 2003 et (iii) les mouvements sociaux parfois mortels qui ont été enregistrés en 2006 et 2007.

### 1.5.5 Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est également une question préoccupante en Guinée. Le taux de décès maternel estimé à 980 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 est passé à 724 pour 100.000 naissances vivantes selon l’EDSIV-2012 et demeure largement supérieur à la cible attendue de 396 pour 100.000 naissances en 2015[[21]](#footnote-21). Les principales causes directes[[22]](#footnote-22) des décès maternels sont les ruptures utérines (23%), les éclampsies (19%), les complications d'avortement provoqué (16%), les infections (16%), les hémorragies (15%) et les dystocies (10%).

### 1.5.6 Les autres pathologies

Les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers (col de l'utérus, sein et prostate) affectent de plus en plus les populations guinéennes. En effet, leur prévalence est en augmentation à cause des modifications du mode de vie des populations. Les maladies bucco – dentaires constituent toujours une préoccupation.

Grâce aux efforts du gouvernement, certaines pathologies anciennes et négligées telles que la trypanosomiase Humaine Africaine, la bilharziose, l'onchocercose, sont en nette régression mais demeurent une préoccupation pour les autorités sanitaires. D'autres pathologies telles la lèpre et les schistosomiases urinaire et intestinale sont sous contrôle.

## 1.6 Offre de soins

Le système de soins est subdivisé en sous-secteurs public et privé.



### Sous-secteur Public

Les services publics d’offre de soins sont organisés de manière pyramidale avec de la base au sommet: le poste de santé, le centre de santé, l’hôpital préfectoral, l’hôpital régional et l’hôpital national.

Ce type d'organisation repose sur la séparation des fonctions de ces différents niveaux de soins avec une complémentarité devant assurer une continuité des soins. Les agents de santé communautaires assurent le relais entre le poste de santé et les ménages.

Ce modèle d’organisation qui repose sur le concept de district de santé reste pertinent au plan conceptuel. L’entité préfecture qui constitue le district sanitaire dispose des éléments essentiels pour un fonctionnement cohérent à savoir un hôpital de district et un réseau de postes et centres de santé. Un tel dispositif est susceptible d’assurer une certaine continuité des soins, notamment avec l’appui des hôpitaux régionaux.

#### 1.6.2 Infrastructures et Equipements1.6.2.1 Situation des Infrastructures

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

La Guinée dispose en 2013[[23]](#footnote-23) de 925 Postes de Santé (PS), 407 Centre de Santé (CS), 5 CSA, 35 HP (Hôpitaux Préfectoraux), CMC (Centres Médicaux Communaux), 7 Hôpitaux Régionaux (HR) et 3 Hôpitaux Nationaux (HN).

Cependant, aucun des niveaux de prestations n'est en conformité avec les normes de la carte sanitaire de 2006.  : En effet la densité de postes de santé est de 12 000hts/PS au lieu de 3000 hts/PS. Ceux qui existent ne sont pas tous fonctionnels par manque de personnel et équipements adéquats. Les centres de santé sont en nombre insuffisant par rapport aux normes de la carte sanitaire guinéenne (densité proche de 30000 hts/CS pour une norme de 20 000 hts/CS)

Les hôpitaux préfectoraux et CMC, à l’image des CS, restent encore en dessous des normes de la carte sanitaire (1 HP/CMC pour 250 000 Hts).

Concernant les hôpitaux régionaux, ils respectent les ratios. Ils sont dans les normes par rapport à la carte sanitaire.

Sur le plan qualitatif, plus de la moitié des structures (60%) sont vétustes avec du matériel en mauvais état en particulier dans les postes et centres de santé.

#### 1.6.2.2 Equipements

A l’analyse de la situation, il ressort que les équipements de tous les centres de santé sont dans un état de dégradation poussée (60 %)[[24]](#footnote-24). Quant à ceux destinés aux Soins Obstétricaux Néonatals d’Urgence, ils n’existent pas, ou quand ils le sont, ne sont pas fonctionnels.

Au niveau des hôpitaux, les équipements, à l’exception des appareils de radiographie, ne sont pas conformes aux plateaux techniques attendus. Le niveau global de disponibilité des équipements dans les structures hospitalières est de 16%[[25]](#footnote-25). On constate également que les lits sont insuffisants et inégalement répartis. Seules les régions de Conakry, Faranah et N'Zérékoré ont un nombre de lits suffisants par rapport à leurs populations. En effet, le tiers des lits fonctionnels est concentré dans la seule ville de Conakry qui n’abrite que 15% de la population. Ce ratio est favorisé par la présence des trois hôpitaux nationaux. [[26]](#footnote-26).

#### 1.6.2.3 Ressources Humaines de la Santé

Les prestataires de soins dans le système de santé en 2011 sont répartis comme suit : 1559 médecins, 457 pharmaciens, 522 biologistes, 1505 Infirmiers d‘Etats, 500 sages-femmes et 4285 Agents Techniques de Santé. Les ATS sont le type de personnel le plus représenté avec 37,2%[[27]](#footnote-27).

La répartition des ressources humaines suit celle des infrastructures : 44% de ce personnel est en poste dans la région de Conakry.

Par ailleurs, la comparaison des normes d’effectifs définies dans le PNDS par rapport à la situation actuelle montre un déficit important de toutes les catégories de RHS. Mais, ce déficit est plus marqué pour certaines catégories de personnel, telles que les sages-femmes, les préparateurs en pharmacie, les techniciens de santé publique, d’imagerie médicale et de laboratoire, les aides de santé et les infirmiers spécialisés.

Toutes les catégories professionnelles sont en déficit dans les structures primaires et secondaires. Par contre, les hôpitaux du niveau tertiaire de Conakry ont un excédent de ressources humaines notamment les médecins et les ATS.

Lors de la préparation du budget 2014 le Ministère de la Santé a exprimé le souhait de recruter 2000 prestataires dont 200 médecins, 300 sages-femmes, 750 infirmiers, 600 ATS. Cette problématique est prise en compte dans le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines, en cours d’élaboration, dont le but est de rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays.

#### 1.6.2.4. Les prestations sanitaires

Conformément aux orientations de la Politique Sanitaire, un paquet minimum d’activités (PMA) est défini pour les différents échelons du secteur public. De même, il existe un paquet complémentaire d’activités (PCA) défini pour les hôpitaux préfectoraux (HP) et le Centre Médical Communal (CMC) ainsi que pour les hôpitaux régionaux (HR) et nationaux (HN).

En effet, dans le schéma actuel, le système comporte quatre échelons de soins : Centre de Santé (CS), HP, HR et HN. A ces quatre échelons, s’ajoute le niveau communautaire animé par les agents de santé communautaires.

Au plan opérationnel, la disponibilité des prestations est en décalage par rapport aux normes établies en raison surtout de :

* l’insuffisance de personnel en nombre et en profil requis notamment au niveau des Centres de Santé et des Postes de Santé de même que l’absence de logement, de sécurité entraînant une irrégularité de l’offre de soins. Cette situation s’observe également dans les hôpitaux où par exemple, dans l’Hôpital Régional de Labé, les ATS représentent 60% des paramédicaux;
* la faiblesse des capacités d’accueil au niveau des hôpitaux par insuffisance de salles et de lits d’hospitalisation, mais aussi en raison du manque de commodités dans certaines structures (absence de latrines et d’eau, absence de salles compartimentées etc.);

la faible opérationnalité du système d’appui logistique de transfert des malades et de stratégies avancées.

Globalement le système de santé est caractérisé par la faiblesse et l’iniquité dans la distribution des prestations de qualité au niveau des différentes parties du territoire. L’insuffisance en ressources humaines de même que l’insuffisance des plateaux techniques, font que de nombreux Hôpitaux Préfectoraux et Centres de santé n’assument pas leur fonction originale.

#### 1.6.2.5 Les médicaments et intrants stratégiques

Le médicament dans sa double fonction de traitement et de financement est devenu l’élément central des performances du système de santé. La capacité des centrales d’achat publique ou privées dans le pays d’assurer la disponibilité du médicament est un déterminant fondamental de la qualité des prestations et de la viabilité du système de santé.

La centrale nationale d’Achat des produits pharmaceutiques de Guinée : la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) assure l'approvisionnement des structures sanitaires, des O.N.G. participant au service public, des projets de coopération, et des institutions et autres établissements pharmaceutiques autorisés par le Ministère de la Santé. L’extension des services de la PCG au privé est limitée aux médicaments génériques.

La PCG rencontre actuellement des difficultés pour s’acquitter de sa mission et le taux de disponibilité des médicaments dans le public reste encore faible. La non-réalisation de sa restructuration et sa recapitalisation annoncées dans le PNDS 2003-2012, l’instabilité politique, monétaire , les faibles capacités financières et de gestion sont les principales causes des difficultés de la centrale d’approvisionnement. Cette situation s'est aggravée par la mesure de gratuité des soins obstétricaux entrée en vigueur depuis janvier 2011, car la part des médicaments consommés dans les structures des soins depuis la mesure est couverte par les recettes propres. Les subventions censées couvrir cet aspect sont faibles et mises à disposition tardivement.

La faiblesse des performances appelle de la part de l’Etat des mesures à la dimension de l’impact de cette situation sur le fonctionnement des structures sanitaires , la qualité et le coût du traitement prodigué aux malades.

Pour l’heure l’approvisionnement en vaccins est assuré à travers le Programme Elargi de Vaccination, sur financement des partenaires au développement.

Pour ce qui est des produits sanguins et dérivés, la production et la distribution sont exclusivement assurées par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses sept (7) antennes à l’intérieur du pays. Cependant, l’insuffisance des moyens matériels, humains et opératoires limitent la fonctionnalité des services de transfusion sanguine et la couverture des besoins des populations..[[28]](#footnote-28)

En conclusion, l’offre publique de soins reste globalement insuffisante, aussi bien en quantité qu’en qualité. Elle est très inégalement répartie entre les zones urbaines et rurales.

L’accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population en raison du contexte physique , de la pauvreté, , du faible niveau de développement des infrastructures routières et des moyens de communication.

La qualité de l’offre est jugée peu satisfaisante aussi bien par les prestataires que par les bénéficiaires. La continuité des soins est faible. L’insuffisance en ressources humaines et en plateau technique ne favorise pas l’intégration.

Le médicament n'est pas toujours disponible et accessible.

Par ailleurs, dans un contexte de sortie de crise consécutive à la MVE, il a été élaboré un Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé (PRRSS) pour la période 2015 – 2017. Ce plan constitue la première phase du Plan  *National de Développement Sanitaire (PNDS*) 2015-2024 et met l’accent sur la participation communautaire aux actions de santé. .

Ce contexte montre à suffisance l’importance de la responsabilisation communautaire dans le processus de développement des services de santé. A cet effet, la mobilisation communautaire est une stratégie pour l’appropriation des services de santé essentiels par les communautés.

# II.. Généralités sur la mobilisation communautaire

La Mobilisation Communautaire (MC) comme un **“Processus de renforcement des capacités à travers lequel des individus, des groupes communautaires ou des organisations planifient, exécutent, et évaluent des activités sur une base participative et soutenue afin d’améliorer leur santé, leur éducation et d’autres besoins, soit de leur propre initiative ou stimulée par d’autres**[[29]](#footnote-29)**’’**

La mobilisation communautaire est une approche éprouvée de Développement qui a été utilisée dans beaucoup de pays dans le monde et en Guinée, pour aider les communautés locales à identifier et résoudre leurs problèmes ou besoins. Non seulement l’approche aide les gens à améliorer leurs situations ou à combler leurs besoins, mais, par essence même, elle renforce la capacité des membres de la communauté à travailler ensemble pour la réalisation de tout objectif d’intérêt commun. Le résultat final d’une bonne initiative de mobilisation communautaire n’est pas seulement la résolution d’un problème, mais une capacité accrue des communautés à résoudre d’autres problèmes également.

La communauté est définie comme la population d’une zone sociogéographique déterminée (aire de santé) partageant en commun des problèmes de santé et la gestion d’un Centre de Santé.

# III. But et Objectifs de la Mobilisation Communautaire

## 3.1. But

La composante communautaire de la politique de santé de la Guinée a pour but le renforcement des capacités des communautés en particulier ses couches les plus affectées et les plus vulnérables afin qu’elles soient en mesure de mieux répondre aux besoins préventifs, promotionnels et curatifs en matière de santé. De façon spécifique, la présente initiative de mobilisation communautaire a pour objectifs :

## 3.2 : Objectifs

1. Renforcer les capacités des équipes de Région/District et du personnel des ONG locales dans leur rôle de formateur, superviseur et de facilitateur dans la mobilisation communautaire et la communication pour le changement de comportement.
2. Renforcer les capacités des équipes de mobilisation communautaire (EMC) au niveau du district sanitaire dans leur rôle de facilitateur du cycle d’action communautaire et de superviseur des groupes/structures communautaires.

1. Renforcer les capacités des agents de santé communautaires, les Comités de Santé et Hygiène et de tous les autres groupes/structures communautaires dans chaque collectivité locale, aire de santé à prioriseret planifier les actions, mobiliser les ressources locales en vue demettre en œuvre et monitorer leurs propres activités. Ceci permettra d’apporter des solutions aux problèmes de santé de la mère et de l’enfant inhérents à leurs communautés respectives
2. Renforcer les liens et services de références et de contre-référence entre les agents de santé communautaire et les structures de santé (Poste de santé, Centres de Santé, Hôpitaux, etc).
3. Mettre en place un système (Méthode, outils, mécanismes) d’information et de gestion de données sanitaires au niveau communautaire afin de faciliter la prise de décision des COSAH et autres structures communautaires en matière de planification et monitorage.

## 3.3 Cycle d’Action Communautaire, un Modèle de Mobilisation des Communautés pour la santé.

Pour assurer une mise en œuvre effective des activités avec une réelle participation des communautés, le Cycle d’Action Communautaire (CAC) est utilisé comme approche de Mobilisation Communautaire. La méthode de la carte sanitaire y sera intégrée afin d’assurer une identification pertinente des priorités en santé des différentes communautés. L’initiative de la MC, sera mise en œuvre tel que la présente le diagramme ci-dessous. La description de chaque phase servira de feuille de route à l’Equipe de Mobilisation Communautaire (EMC). Cette feuille de route indique les pas à suivre avec l’ensemble des objectifs et des activités à réaliser.

Comme décrit dans le graphique ci-dessous, les sept (7) phases de la Mobilisation Communautaire sont :

* Se préparer pour mobiliser;
* Organiser les communautés pour l’action;
* Explorer ensemble ;
* Planifier ensemble;
* Agir ensemble;
* Evaluer ensemble
* et Se Préparer à passer à l’échelle,.

Chaque phase sera initiée avec les communautés bénéficiaires, les succès et les défis seront évalués afin de tirer des leçons à appliquer avant de passer à l’étape suivante.

D’autre part, la transition d’une phase à la suivante ne se réalisera pas nécessairement en même temps dans toutes les communautés, cela va dépendre de l’état d’avancement de chacune d’elles.

**Organiser les Communautés pour l’Action**

**Se Préparer à Mobiliser**

**Planifier Ensemble**

**Agir Ensemble**

**Evaluer Ensemble**

**Se Préparer à passer à l’échelle**

**Explorer les questions d’Education & établir les priorités**

### 3.3.1. La phase Se préparer à mobiliser

Avant de commencer la mise en œuvre du Cycle d’Action Communautaire au niveau communautaire, un minimum de préparation sera nécessaire au niveau des régions, des préfectures, des communes et des aires de santé. Une des tâches majeures de cette phase sera l’orientation des acteurs à différents niveaux et la mise sur pied d’équipes ou de groupes de travail. Le document présentera en détail les structures et groupes de travail qui seront supportés à chaque niveau de même que leurs rôles et responsabilités. La phase « se préparer à mobiliser » consistera également en un approfondissement de la connaissance du milieu dans lequel le Projet MCSP évoluera de même qu’à la formation des membres des différentes équipes de travail qui seront soit recrutées soit constituées. Cette phase sera consacrée également en l’adoption des différents plans détaillés de travail au moins au niveau national, régional et préfectoral.

Etape 1. Mettre sur pied une équipe de mobilisation communautaire (MC)

Etape 2. Développer l’équipe de MC

Etape 3. Réunir des informations sur les ressources et les contraintes communautaires

Etape 4. Elaborer un plan de mobilisation communautaire pour aider à aller de l’avant.

### 3.3.2. La phase « organiser les communautés pour l’action »

La phase « organiser la communauté pour l’action » est extrêmement importante. C’est la phase au cours de laquelle, les premiers contacts avec les communautés sont établis. C’est le début de la préparation du partenariat avec les communautés. Les efforts initiaux pour aborder la communauté et la manière de les approcher, constituent un excellent paramètre pour évaluer le niveau d’engagement de la communauté et le succès général de la Mobilisation Communautaire.

Au moment d’appliquer la phase « Organiser les communautés pour l’action », l’objectif principal sera d’orienter les communautés, de les motiver afin d’obtenir leur support et leur participation dans le projet. Il s‘agira aussi d’aider les communautés à s’organiser pour parler d’une même voix dans le cadre de ce projet. Pour cela, les Associations de Santé Communautaire déjà existantes seront orientées afin qu’elles puissent plus tard jouer leurs rôles de façon convenable. En plus de ces structures déjà existantes, la formation d’autres groupements ou associations pourra être encouragée afin de participer de façon complémentaire aux Comités de gestion et à la résolution des problèmes de santé au niveau local. Ces différentes structures communautaires serviront d’intermédiaires avec les communautés et auront à charge la mise en œuvre des plans d’action communautaires qui seront développés dans la phase “Planifier ensemble”.

Etape 1: Orienter la communauté

Etape 2: Bâtir les relations, la confiance, la crédibilité et le sens de l’appropriation

avec la communauté.

Etape 3: Solliciter la participation de la communauté

Etape 4: Mettre sur pied un ‘groupe noyau’ issu de la communauté

### 3.3.3 « Explorer ensemble et établir des priorités »

L’objectif de cette phase est d’identifier les problèmes de santé que rencontre chaque aire de santé, d’en établir des priorités puis identifier les causes profondes. L’EMC facilitera une discussion de fond sur les problèmes de santé tels que les communautés les vivent et le ressentent. Ce ne sera pas un exercice facile car les structures communautaires (Associations de santé communautaire, mutuelle de santé) n’ont pas vraiment cette habitude. Cette phase est habituellement connue sous le nom de diagnostic participatif communautaire.

A l’aide d’outil de diagnostic, les acteurs de chaque communauté procèderont à une analyse sans complaisance de la situation de la santé. Un guide et des outils serviront à la conduite de cette phase. Cette activité pourra s’étendre vers de plus grandes communautés en vue de partager les idées et enrichir la phase d’exploration.

Etape 1: Explorer la problématique du Programme de Base avec le ‘groupe noyau’.

Etape 2: Avec le ‘groupe noyau’, explorer la problématique du programme de base avec plus de membres de la communauté.

Etape 3: Analyser l’information

Etape 4 Définir les priorités pour l’action

### 3.3.4 La phase « planifier ensemble »

Cette phase a pour objet, l’élaboration d’un plan d’action communautaire afin de répondre aux problèmes identifiés à la phase « explorer ensemble ». L’Equipe de Mobilisation Communautaire devra faciliter ce processus et les comités de gestion des CS et Associations de Santé Communautaire devront prendre les devants. N’importe quelle décision prise à ce stade est susceptible d’affecter la communauté dans son intégralité et sa capacité à réaliser les activités. De ce fait, pour assurer la prise des meilleures décisions possibles, il est nécessaire de voir la possibilité d’inviter, au besoin, d’autres personnes à la session de planification. Les résultats seront partagés avec les autres membres de la communauté et leurs remarques, si applicables, seront considérées avant de finaliser les Plans d’Action Communautaire. Les outils de facilitation à partir du CAC, que les EMC utiliseront pour faciliter la planification seront adaptés..

Compte tenu du niveau général de pauvreté dans les zones d’intervention, il est clair que les communautés n’auront pas toutes les ressources locales nécessaires pour solutionner tous les problèmes dans les Plans d’Action Communautaire. Elles seront en mesure de résoudre certains problèmes mais auront besoin de supports externes (ONG, etc.) pour d’autres. Les plans d’action communautaires (PAC) devront être réalistes et refléter cette réalité. Les communautés seront pour cela supportées pour faire une cartographie des ressources internes et externes qu’elles pourraient potentiellement utiliser dans le cadre de la résolution de leurs problèmes.

Etape 1: Déterminer qui sera impliqué dans la planification et quel serait leurs rôles et responsabilités.

Etape 2: Concevoir le processus de planification

Etape 3: Conduire/faciliter le processus de planification afin de créer un plan d’action communautaire.

### 3.3.5 « Agir ensemble »

Les groupes d’action communautaire seront en première ligne dans cette phase du CAC car il s’agira de la mise en œuvre effective des plans d’action qu’ils ont élaborés pendant la phase précédente. Toutes les stratégies et activités prévues  devraient se refléter dans les Plans d’Action Communautaire et mises en œuvre. A cette phase, il sera nécessaire de rediscuter les rôles et les responsabilités de tous les acteurs de la santé : personnel de santé, Comite de gestion du CS, ONG partenaires, chaque groupement et type de leaders, les communicateurs traditionnels, les tradithérapeutes et les élus locaux.

La mise en œuvre de cette phase inclura, entres autres, les stratégies et activités suivantes :

* la mise en place d’une organisation interne pour le bon fonctionnement du Groupe ;
* l’identification des compétences au niveau du Groupe ;
* la mobilisation des ressources externes ;
* la sensibilisation des différents groupes prioritaires ;
* l’identification des ressources internes ;
* la réalisation d’activités génératrices de revenus ;
* la formation dans les domaines spécifiques ;
* l’instauration de mesures d’assainissement du milieu.

Etape 1: Définir le rôle de l’équipe dans l’accompagnement de l’action communautaire

Etape 2: Renforcer la capacité de la communauté afin d’exécuter son plan d’action

Etape 3: Suivre le progrès communautaire

Etape 4: Résoudre les problèmes, les corriger, donner les conseils et la médiation des conflits.

### 3.3.6 « Evaluer ensemble »

Le but de cette phase est de faire le point de ce que les communautés auraient réalisé à la fin du cycle de planification. Cette phase offre une opportunité pour les structures communautaires et leurs leaders, d’identifier tout ce qui a bien marché et ce qui a moins marché afin d’en tenir compte dans le nouveau cycle de planification. Le Groupe d’Action Communautaire doit se mettre dans une posture d’une organisation communautaire qui apprend en faisant et ne doit pas rater une opportunité de tirer les leçons de ses actions de façon transparente.

Chacune des phases du CAC sera monitorée et /ou évaluée sur la base d’indicateurs et d’objectifs préalablement bien définis.

Etape 1: Identifier qui veut apprendre de l’évaluation

Etape 2: Former une équipe d’évaluation représentative avec les membres de la communauté et d’autres parties intéressées.

Etape 3: Identifier les participant(e)s qui souhaitent apprendre de l’évaluation

Etape 4: Elaborer un plan d’évaluation et des outils d’évaluation.

Etape 5: Conduire une évaluation participative

Etape 6: Analyser les résultats avec les membres de l’équipe d’évaluation

Etape 7: Donner le feedback à la communauté

Etape 8: Documenter et partager les leçons apprises et les recommandations dans l’avenir.

Etape 9: Se préparer à ré-organiser

### 3.3.7 « Se préparer à passer à l’échelle »

L’équipe de mobilisation communautaire   en coordination avec le ministère de de la Santé et le ministère de l’Action sociale choisira dans un premier temps de couvrir une partie des zones d’intervention avec la mobilisation communautaire. Dans un district donné, les aires de santé seront couvertes progressivement, afin de permettre à l’équipe du Programme et aux agents des ministères concernés d’avoir l’opportunité de corriger des éventuelles erreurs de processus avant de couvrir progressivement tout le district.

Etape 1: Avoir une vision d’aller à l’échelle dès le début du cycle d’action communautaire.

Etape 2: Déterminer l’efficacité de l’approche

Etape 3: Evaluer le potentiel d’extension

Etape 4: Consolider, définir et peaufiner l’approche

Etape 5: Avoir le consensus pour aller à l’échelle

Etape 6: Faire le plaidoyer pour des politiques de soutien

Etape 7: Définir les rôles, les relations et les responsabilités des partenaires de mise

en œuvre.

Etape 8: Sécuriser le financement et les autres ressources

Etape 9: Développer la capacité des partenaires pour mettre en œuvre le

programme.

Etape 10: Etablir et maintenir un système de suivi/évaluation.

Etape 11: Soutenir le développement institutionnel pour aller à l’échelle.

### 3.3.8 Principes et valeurs pour la mise en œuvre du CAC

Dans le cadre de la mise en œuvre du CAC  en général, l’équipe fera sienne un certain nombre de principes et de valeurs. Elle s’efforcera pendant toute la vie du projet, de les partager avec ses partenaires et les bénéficiaires,

### 3.3.9 Quelques principes de la mobilisation communautaire

La mobilisation des communautés se fera sur la base des principes qui suivent :

* Le changement social est plus soutenable quand les individus et les communautés les plus affectés par le problème s’approprient du processus de résolution.
* La Communication pour le changement social devrait **donner le pouvoir**, et être **horizontale** (plutôt que de haut en bas), **donner la voix** aux membres de la communauté qui n’avaient pas la parole avant, et centrer sur des **contenus locaux**  d’appropriation.
* **Les parents, les familles, les communautés** devront être les agents du changement.
* L’Emphase devait changer depuis la persuasion et la transmission d’information de la part d’experts externes vers le **soutien et l’appui pour le dialogue, le débatet la négociation** sur des questions auxquelles les communautés s’identifient.

### 3.3.10 Les valeurs de l’équipe

La mobilisation communautaire étant un processus planifié dont la bonne conduite aboutit à la prise de conscience et à l’engagement actif d’un ou de plusieurs acteurs de la communauté, il est alors conseillé au personnel de l’équipe de mobilisation communautaire , à celui de ses ONG partenaires et aux agents des ministères concernés d’épouser certaines valeurs et normes essentielles. Ces valeurs visent à mouler les interactions et guider leur comportement envers les communautés qu’ils servent.

Elles comprennent les éléments qu’il faut ou ne pas faire tel qu’il suit :

* **respect** des communautés et **humilité ;**
* **disponibilité** vis-à-vis des communautés et des différents partenaires et **écoute active** de leurs idées et contributions ;
* **simplicité** dans le langage, l’habillement etles rapports avec les membres de la communauté et des autres partenaires ;
* **honnêteté et intégrité;**
* **redevabilité.**

# IV. Les différents acteurs dans le cycle d’action communautaire, leurs rôles et responsabilités

Plusieurs acteurs, équipes, groupes de travail et structures intervient dans le cadre de la mise en œuvre du programme. Ces acteurs se retrouveront essentiellement à quatre (4) différents niveaux du découpage administratif de la guinée et joueront des rôles différents mais complémentaires.

## 4.1. Au niveau national

L’équipe de la mobilisation communautaire en partenariat avec le Ministère de la Santé et celui de l’Action Sociale servira de leader à tout le processus. Tous les acteurs ci-dessus cités formeront un groupe de travail qui appuiera le Ministère de la Santé pour l’atteinte des objectifs d’accroissement de la qualité des soins de santé pour tous les groupes cibles du projet que sont principalement les femmes et les enfants de Guinée.

Ce groupe de travail aura, entre autres, pour responsabilités de :

* développer et valider un document de stratégie et plan de Mobilisation Communautaire ;
* adapter le matériel de formation, supervision et de monitoring en Mobilisation Communautaire ;
* assurer la formation des formateurs en Mobilisation Communautaire ;
* superviser la formation des équipes de mobilisation communautaire ;
* coordonner, monitorer et documenter les interventions du Programme ;
* participer éventuellement aux différents processus liés au plaidoyer.

## 4.2. Au niveau régional

Le coordinateur régional de MCSP, les agents des ONG partenaires en collaboration avec les formateurs régionaux constitueront un groupe de travail chargé de la coordination et la mise en œuvre des activités. A l’image de ce qui se passe au niveau national ce groupe sera la cheville ouvrière des activités de mobilisation communautaire (MC).

De façon spécifique, ce groupe s’occupera de :

* planifier, coordonner, monitorer et superviser les activités de mobilisation communautaire au niveau des régions ;
* participer à la formation des formateurs en mobilisation communautaire et assurer le suivi de la formation des mobilisateurs communautaires et toutes autres activités de formation jugées pertinentes ;
* supporter les équipes de mobilisation communautaire dans la mise en œuvre du Cycle d’Action Communautaire ;
* diriger la documentation et le rapportage des activités de mobilisation communautaire.

## 4.3. Au niveau des districts sanitaires

Les agents des ONG locales, s’associeront à des représentants des districts sanitaires, des services locaux de développement communautaires, des services de la promotion de la femme, de l’enfant et de la famille et des représentants des Serrès des groupements d’Associations Communautaires formés, pour former dans chaque aire de santé une Equipe de Mobilisation Communautaire (EMC).

L’Equipe de Mobilisation Communautaire sera formée et supervisée par l’équipe du niveau régional et aura pour principale tâche de mettre en œuvre le Cycle d’Action Communautaire sur le terrain.

De façon détaillée, l’EMC s’occupera de :

* planifier, coordonner et monitorer les activités au niveau communautaire ;
* initier les contacts avec les communautés dans les villages et les orienter  ;
* faciliter la mise en œuvre des différentes phases du Cycle d’Action Communautaire selon les canevas établis au niveau national ;
* supporter les structures communautaires et autres associations de santé communautaire dans la mise en œuvre de leurs plans d’actions  ;
* assurer la formation et la supervision des structures communautaires ;
* assurer la documentation et le rapportage des activités de mobilisation communautaire

## 4.4. Au niveau du centre de santé

Le Groupe d’Action Communautaire et les communautés constituent la cheville ouvrière du Programme. Cette structure aura la responsabilité d’élaborer et de mettre en œuvre des plans d’action pour l’amélioration de la qualité de la santé dans les communautés respectives.

De façon détaillée, les ONG et les structures communautaires s’occuperont d’élaborer et de mettre en œuvre un plan d’action qui ciblera les problèmes prioritaires de la santé comme :

* la persistance de l’impact des trois retards sur le système de référence/évacuation ;
* la faible utilisation des méthodes modernes de contraception ;
* la faible fréquentation des structures de santé pour les Consultations Post Natales Recentrées, les accouchements assistés, les Consultations Post Natales, la Planification Familiale, la Vaccination, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant, la Santé des Adolescents et Jeunes) ;
* l’insuffisance de communication qui entrave la prise de décision au niveau ménage ;
* la faible mobilisation des quotes parts des collectivités à la caisse de solidarité de la référence /évacuation ;
* le mauvais accueil du personnel ;
* le refus de la vaccination par certains parents ;
* le faible niveau de connaissance de la population sur les questions de la santé de la reproduction (conséquences des mariages précoces, des fistules obstétricales, des avortements à risques, des mutilations génitales féminines, etc.).

Les groupes d’action communautaire auront comme rôles et responsabilités de :

* assurer le parrainage et la validation des plans avec la communauté dans son ensemble ;
* identifier et mettre en œuvre des stratégies pour toucher les plus vulnérables et les marginalisés ;
* s’assurer de l’appropriation communautaire de tout ce qui se fait ;
* développer des mécanismes de gestion appropriés et adaptés à leurs propres capacités  pour pouvoir gérer convenablement les ressources qui seront mobilisées ;
* mobiliser des ressources internes et externes à la communauté ;
* faire des compte- rendus réguliers des activités à la communauté ;

Le diagramme ci-dessous propose une vision synoptique de l’ensemble des acteurs du Programme.

Le diagramme ci-dessous propose une vision synoptique de l’ensemble des acteurs du Programme.



La Mobilisation Communautaire (MC) est une composante essentielle dans le paquet d’interventions. L’équipe de la mobilisation communautaire encouragera les acteurs de terrain et ses partenaires à utiliser « le Cycle d’Action Communautaire » pour la mise en œuvre des activités de terrain. L’équipe de mobilisation communautaire est convaincue que cette démarche permettra de façon systématique de renforcer les capacités des communautés locales à explorer à leur niveau les causes profondes de l’inaccessibilité à des services de santé de qualité et de planifier et mettre en œuvre des solutions locales.

## 5.1 Couverture géographique de l’intervention

Dans le cadre de l’application de la stratégie de mobilisation des communautés pour la santé,les zones d’interventions seront définies par les projets en collaboration avec le ministère de la santé . Elles concerneront les régions, les districts sanitaires ,les sous-préfectures ,les communes et les villages.

5.2 Critères de sélection des centres de Santé

tous les centresde Santé de la zone d’intervention bénéficieront de cette approche mais certains critères seront mis en avant pour la sélection progressive :

* centres de santé d’un district couvert par le programme ; existence de problèmes de fréquentation, participation communautaire au niveau des centre de Santé ;
* centres de santé à accès difficile ;
* centres de santé où la population est relativement pauvre.

# VI. Plan de mobilisation communautaire

Le tableau ci-dessous présent un plan générique de mise en œuvre du cycle d’action communautaire que chaque région et sous-préfecture adaptera à son contexte. Le plan a été élaboré en suivant les différentes phases et étapes du CAC. Le volet mobilisation communautaire sera mis en œuvre de façon progressive.

**6**.1. Niveau de la région

Un certain nombre de districts sanitaires (districts de la première année) seront sélectionnés dans chacune des régions concernées par le projet pour la mise en œuvre du CAC dans un premier temps en fonction de la méthodologie de progression des activités globales.

Dans chaque région et dans tous les districts sanitaires de la première année d’exécution du projet, des formateurs seront identifiés et formés au Cycle d’Action Communautaire.

## 6.2. Niveau du district sanitaire

Au niveau de chaque district sanitaire ayant des formateurs, des aires de santé seront identifiées pour recevoir la formation sur toutes les étapes du cycle d’actions communautaires. Ce processus va s’étendre progressivement à toutes les aires de santé.

Dans ce processus seront concernées en premier les aires de santé ayant quelques problèmes de fréquentation et après concertation avec l’équipe cadre de district.

Le personnel du CS, des ONG, les ASC, deux ou trois relais, les représentants des groupements féminins, des jeunes, des leaders communautaires, des communicateurs traditionnels, des leaders religieux, des mutuelles de santé et coopératives autres organisations communautaires, des ONG locales et les élus locaux seront les membres du groupe d’action communautaire (soit une quinzaine de personnes par CS).

A la deuxième année du programme le CAC sera étendu progressivement en tenant compte des leçons apprises.

**Plan détaille de mise en œuvre de la mobilisation communautaire**

| **ACTIONS** | **OBJECTIFS** | **RESPONSABLES** | **PERIODE** | **REMARQUES** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***SE PREPARER A MOBILISER*** | | | | |
| Choix d’un problème de santé et définition de la communauté | Identifier le problème de la communauté par elle-même | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Rassemblement d’une équipe de mobilisation communautaire | Rassembler les acteurs pour former une équipe de mobilisation communautaire, qui travaillera pour soutenir la communauté sur ce projet. | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Collecte d’une information sur la question de santé et la communauté | Apprendre sur les personnes qui sont les plus affectées par le problème et la communauté avec laquelle on projette de travailler | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Identification des ressources et des obstacles | Faire un inventaire des ressources qui seront disponibles (financière, humaine, matérielle et de temps) et toutes les contraintes auxquelles l’équipe fera face | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Formulation d’un plan de mobilisation communautaire | Collecter les renseignements de base, fixer l’objectif du programme et les objectifs d’ensemble de l’effort, et définir le processus que l’équipe et la communauté auront à suivre pour atteindre le but et les objectifs. Elaborer un plan de suivi / évaluation,un plan de gestion de projet et un budget. | EMC |  |  |
| Mise sur pied de l’ équipe | Revoir les tâches assignées et décider qui sera responsable de quoi,  Identifier les membres des équipes constituées et qui ont les compétences requises pour les devoirs qui leur sont assignés. | EMC |  |  |
| ***S’ORGANISER ENSEMBLE*** | | | | |
| Orientation la communauté | Inviter les membres de la communauté à une orientation sur l’effort de mobilisation | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Etablissement des relations, de confiance, de crédibilité et un sentiment d’appartenance au sein de la communauté | * Inviter les membres de la communauté à une orientation sur l’effort de mobilisation (leaders communautaires) * Etablir la confiance et la crédibilité dans la communauté * Développer l’appropriation de l’effort de mobilisation communautaire entre les membres de la communauté (la transparence, l’honnêteté, le respect mutuel) | EMC |  |  |
| Invitation à la participation communautaire | * Identifier les personnes et les groupes qui sont les plus affectés et intéressés par le problème de santé * inviter ceux qui traitent le problème avec succès malgré les circonstances difficiles pour partager leurs expériences | EMC |  |  |
| Mise sur pied d’un « groupe-noyau » de la communauté | * Développer le groupe noyau * Evaluer et suivre la capacité du groupe noyau | EMC |  |  |
| ***EXPLORER ENSEMBLE*** | | | | |
| Décision des objectifs de cette étape | Déterminer les objectifs directement liés au but d’ensemble du programme | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Exploration de la question de santé avec le groupe-noyau | Apprendre au groupe noyau autant que possible sur ses sensations courantes, ses connaissances, ses pratiques et ses croyances liées au problème et ses capacités à aborder ses besoins | Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Exploration de la question de santé dans la communauté élargie | Planifier le processus d’exploration au sein de la communauté élargie, c'est-à-dire (les objectifs, les méthodes, les ressources) | Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Analyse de l’information | Organiser les informations que le groupe a collecté de sorte qu’il puisse les utiliser pour mieux comprendre le problème, identifier les priorités et faire le suivi du progrès dans l’avenir | EMC |  |  |
| Fixation des priorités d’action | Décider les priorités de la communauté dans la phase de planification  Réviser les informations collectées par le groupe noyau pour classer les priorités éventuelles jusqu'à ce qu’il ait un accord général  Développer des stratégies avec la communauté pour les examiner. | EMC |  |  |
| ***PLANNIFIER ENSEMBLE*** | | | | |
| Décision des objectifs du processus de planification | Déterminer les objectifs du processus de planification en identifiant des tâches principales de planification et d’objectifs spécifiques dans cette phase | MS/MCSP/ONG |  |  |
| Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Identification des personnes qui participeront à la planification ainsi que leurs s rôles et responsabilités | Identifier qui participe et qui aidera les facilitateurs à mieux structurer le processus aider les participants, à comprendre leurs rôles respectifs et responsabilités dans le processus de planification. | Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Préparation de la séance de planification | Observer comment les membres de la communauté planifient d’autres activités et incorporent les leçons et activités importantes. | Groupe d’Action Communautaire  EMC |  |  |
| Réalisation / Facilitation de la séance de planification pour créer un plan d’action communautaire | Concevoir le plan d’action communautaire convenu |  |  |  |
| ***AGIR ENSEMBLE*** | | | | |
| Définition du rôle de l’équipe accompagnant l’action communautaire | Assumer les différents rôles à différents niveaux par les équipes de programme :  (Mobilisateur ou catalyseur, Organisateur Formateur/renforcement des capacités, Partenaire, Liaison, Conseiller, Défenseur/plaidoyer, Prestataire direct de services, Bailleur de fonds, Communicateur) | Groupe d’Action Communautaire  EMC |  |  |
| Renforcement de la capacité communautaire de mettre en œuvre son plan d’action | Aider les groupes de la communauté à renforcer leurs capacités.  Aider à identifier d’autres individus et organisations qui les aideront. | EMC |  |  |
| Suivi des progrès communautaires | Adapter les outils de suivi spécifiques à notre problème et à nos objectifs de renforcement de capacité communautaire. | EMC |  |  |
| Résolution de problèmes, conseils et médiation de conflits | Alerter les participants sur des problèmes existants ou potentiels.  Développer des stratégies pour prévenir, éviter et résoudre les conflits. | Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| ***MONITORER ET EVALUER ENSEMBLE*** | | | | |
| Détermination de ce que nous souhaitons apprendre de l'évaluation | Tenir compte des nombreux intervenants qui ont été impliqués ou qui ont un intérêt direct dans le projet | Groupe d’Action Communautaire  /EMC |  |  |
| Mise sur pied d’une équipe d’évaluation représentative avec des membres communautaires et d’autres parties intéressées  Détermination de ce que les participants souhaitent apprendre de l’évaluation | Créer une équipe représentative d’évaluation efficace et appropriée demander une prise en compte et une négociation minutieuse avec toutes les parties concernées | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Formulation d’un plan d’évaluation et des instruments d’évaluation | Faire ressortir la manière dont les questions d’évaluation peuvent être répondues en identifiant les méthodes qualitatives et quantitatives appropriées, | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Réalisation de l’évaluation participative | Développer le plan, les méthodes et instruments pour collecter les informations  Aider l’équipe à diriger l’évaluation | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Analyse des résultats avec les membres de l’équipe d’évaluation | Réviser les informations collectées sur le terrain  Aider l’équipe à organiser les informations | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Apporter un feed-back à la communauté | Présenter les résultats aux communautés participantes dans une manière que tout le monde comprend (c’est la restitution des résultats) | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Documentation et partage des leçons apprises et les recommandations pour l’avenir | Rendre les informations accessibles à une plus grande audience | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |
| Préparation à la réorganisation | Utiliser les résultats de l’évaluation pour déterminer s’ils ont besoin de réorganiser (changer la nature et la structure de la participation) | EMC  Groupe d’Action Communautaire |  |  |

**Annexe**

**Qu’est-ce que la Mobilisation Communautaire?**

La Mobilisation Communautaire (MC) est un **“Processus de renforcement des capacités à travers lequel des individus, des groupes communautaires ou des organisations planifient, exécutent, et évaluent des activités sur une base participative et soutenue afin d’améliorer leur santé, leur éducation et d’autres besoins, soit de leur propre initiative ou stimulée par d’autres**[[30]](#footnote-30)**’’**

La mobilisation communautaire est une approche éprouvée de Développement qui a été utilisée dans beaucoup de pays dans le monde et en Guinée, pour aider les communautés locales à identifier et résoudre leurs problèmes ou besoins. Non seulement l’approche aide les gens à améliorer leurs situations ou à combler leurs besoins, mais, par essence même, elle renforce la capacité des membres de la communauté à travailler ensemble pour la réalisation de tout objectif d’intérêt commun. Le résultat final d’une bonne initiative de mobilisation communautaire n’est pas seulement la résolution d’un problème, mais une capacité accrue des communautés à résoudre d’autres problèmes également.

**Qu’est-ce que la communauté** ?

La mobilisation communautaire concerne une « communauté » dans son sens le plus large.

Au vu du contexte changeant de migration, d’urbanisation et de mondialisation, le concept de « communauté » ne se limite plus simplement à un groupe de personnes qui vivent dans un territoire délimité. Aujourd'hui, communauté s’applique également à des groupes de personnes qui peuvent être séparées du point de vue physique mais qui sont connectées par d’autres caractéristiques communes, telles que la profession, les intérêts, l’âge, l’origine ethnique, un problème de santé commun ou la langue.

Dans le contexte de la mise en œuvre du Projet MCSP, la communauté est définie comme la population d’une zone sociogéographique déterminée (aire de santé) partageant en commun des problèmes de santé et la gestion d’un Centre de Santé.

**Qu’est-ce que la santé communautaire (contexte de la Guinée)**

C’est un concept initié par le Gouvernement Guinéen à travers le ministère de la sante et ses partenaires pour améliorer la santé de nos populations. La santé communautaire a des caractéristiques permettant de la distinguer avec d’autres systèmes de santé. Il s’agit de :

* la participation active et responsable des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé ;
* l’offre de soins de santé de proximité  à travers les Agents de Santé Communautaire (ASC);
* le coût abordable des prestations et des médicaments ;
* l’utilisation de méthodes et de techniques scientifiquement valables mais facilement appropriables par les populations.

La participation des populations se fait à travers des organisations appelées Associations des Agents de Santé Communautaire (ASC), les Comites de Sante et d’hygiène, l’implication des organisations à base communautaire (OBC).

Dans un sens plus général, la **santé communautaire** est un domaine de la [santé publique](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_publique" \o "Santé publique) qui implique une réelle participation de la [communauté](http://fr.wikipedia.org/wiki/Communaut%C3%A9" \o "Communauté) à l’amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; la mise en œuvre, la gestion et l’évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d’une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités »[[1]](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_communautaire" \l "cite_note-1).

**Qu’est-ce que l’Association des Agents de Santé Communautaire**

L’Association des Agents de Santé Communautaire (ASC) est comme toute Association, un groupement /sere volontaire de personnes, de villages, de fractions ou de quartiers mettant en commun leurs efforts, leurs moyens financiers et matériels pour parvenir à un but: l’amélioration de l’offre de soins et l’assainissement de leur environnement dans leur zone géographique dénommée ‘’AIRE DE SANTE’.

**Qu’est-ce que l’aire de santé**

L’aire de santé est une zone géographique composée de ménages, quartiers, de villages et districts.

Deux conditions sont essentielles pour sa prise en compte dans le cadre la mobilisation communautaire :

1. une aire de santé ne doit comporter qu’une seule Association des Agents de Santé Communautaire (ASC) et un seul Comite de Sante et d’hygiène;
2. le respect de la carte sanitaire est une obligation absolue.

**Le Centre de Santé**

Le Centre de Santé (CS) est une formation sanitaire du 2em niveau créée sur la base de l’engagement de l’Etat, d’un partenaire ou d’une population définie et organisée, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé et d’assainissement.

Il fonctionne sur les principes d’une gestion intégrée à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion (COSAH) mise en place par cette population.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)
6. [↑](#footnote-ref-6)
7. [↑](#footnote-ref-7)
8. [↑](#footnote-ref-8)
9. [↑](#footnote-ref-9)
10. [↑](#footnote-ref-10)
11. [↑](#footnote-ref-11)
12. [↑](#footnote-ref-12)
13. [↑](#footnote-ref-13)
14. ESCOMB 2012 [↑](#footnote-ref-14)
15. Rapport annuel 2012. Programme TB [↑](#footnote-ref-15)
16. Bilan Commun des Pays - Guinée – Aout 2011 [↑](#footnote-ref-16)
17. EDSIII-2005 [↑](#footnote-ref-17)
18. Equipe de finition : entrer en contact avec le PEV pour obtenir les données les plus récentes [↑](#footnote-ref-18)
19. Source : données de l’enquête de couverture 2011. [↑](#footnote-ref-19)
20. Enquête SMART 2012 [↑](#footnote-ref-20)
21. Rapport OMD 2010 [↑](#footnote-ref-21)
22. Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile 2012-2015 [↑](#footnote-ref-22)
23. MS/DNEHS, 2013 [↑](#footnote-ref-23)
24. MS/DNEHS, 2011 [↑](#footnote-ref-24)
25. MS/ Projets d'équipement des établissements de soins publics, mai 2011 [↑](#footnote-ref-25)
26. MS/DNEHS, mai 2011 [↑](#footnote-ref-26)
27. MS/Rapport final d’Analyse situation RHS 2012 [↑](#footnote-ref-27)
28. MS/Rapport thématique produits de santé et technologie médicale de préparation des Etats Généraux de la Santé, Mars 2014 [↑](#footnote-ref-28)
29. *Health Communication Partnership. How to mobilize communities for health and social change, 1998* [↑](#footnote-ref-29)
30. *Health Communication Partnership. How to mobilize communities for health and social change, 1998* [↑](#footnote-ref-30)