**Document : santé communautaire**

### Chapitre I : Santé Communautaire et Médecine traditionnelle

## Contexte et justification

Le gouvernement guinéen a fait de l’accès équitable aux services de santé pour toutes les populations, quelques soient leur statut socio-économique et leurs lieux de résidence, **une priorité nationale**. Cette priorité s’est traduite par l’élaboration et l’adoption d’une politique nationale de santé communautaire dont la mise en œuvre constitue une étape fondamentale pour l’évolution vers la **couverture sanitaire universelle.**

Au lendemain de l’Epidémie de la Maladie à virus Ebola (MVE) qui a mis en exergue l’extrême fragilité du système de santé guinéen, le pays a engagé d’importantes réformes qui ont permis de s’engager vers la couverture sanitaire universelle par le biais de la santé communautaire.

## Santé communautaire

La santé communautaire constitue à cet effet une adaptation des soins de santé primaires aux réalités actuelles, à savoir l’impérieuse nécessité de la collaboration intersectorielle pour cerner et gérer les problèmes de santé des populations ainsi que la nécessité de développer les compétences des individus et des communautés en vue de faciliter leur implication effective dans la prise en compte de leurs problèmes de santé. C’est cela qui justifie l’utilisation des agents communautaires.

Ainsi, la stratégie des agents communautaires comme éléments indispensables du dispositif de soins a été retenue en Guinée pour assurer une meilleure pénétration des services de santé au sein des populations bénéficiaires traduisant ainsi la proposition de SE le Président Alpha CONDE au sommet de l’UA à Addis Abeba en 2015, à savoir « deux millions d’agents communautaires pour l’Afrique »

La conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Astana en Octobre 2018 a, à travers une déclaration appelée « Déclaration d’Astana » renforcé cet engagement de la Guinée pour la santé communautaire.

Ainsi, la Déclaration d’Astana, adoptée à l’unanimité à la Conférence par tous les États Membres de l’OMS, a pris des engagements dans quatre domaines clés:

* Faire des choix politiques courageux pour la santé dans tous les secteurs ;
* Instaurer des soins de santé primaires durables;
* Veiller à l’autonomisation individuelle et communautaire;
* Aligner l’appui des parties prenantes sur les politiques, stratégies et plans nationaux.

Face à ce nouvel engagement de la communauté internationale pour les soins de santé primaires en vue de la couverture sanitaire universelle, la Guinée a déjà élaboré et démarré la mise en œuvre d’une politique nationale de santé communautaire dont le principe majeur est la collaboration intersectorielle pour une appropriation communautaire. Il s’agit ainsi de s’assurer que la décentralisation des services au niveau le plus proche possible des bénéficiaires grâce à l’apport des agents de santé communautaires permet d’accroître de manière significative l’accès aux services pour une « couverture santé universelle ».

La figure ci-dessous représente le cadre conceptuel de la santé communautaire en Guinée.

Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé communautaire



Cette politique est bâtie autour des éléments ci-après :

* L’engagement communautaire ;
* L’offre des services ;
* Les ressources humaines
* Le financement ;
* La gouvernance locale

La mise en œuvre de cette politique au service de la population requiert l’implication des acteurs ci-après.

Tableau 1 : Acteurs et fonctions de la mise en œuvre de la santé communautaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Acteurs** | Fonctions |
| Chef de Centre de santé | * Coordonne le travail des ASC dans sa zone de couverture; * Supervise les ASC; * Organise les stratégies avancées pour mener les activités préventives, curatives et promotionnelles ; * Appui à la référence. |
| ASC | * Assure la supervision des RECO, * Appuie le CCS dans les stratégies avancées; * Améliore la communication entre les communautés et les RECO; * Participe pour 20% de son temps aux activités du PS ou CS et 80% dans la communauté pour renforcer les activités préventives, curatives et promotionnelles. |
| ReCo (recruté et équipé dans sa communauté, formé dans le CS) | * Offre un paquet de services intégrés au niveau communautaire (lutte contre la maladie, accouchement, eau, hygiène et assainissement, nutrition, allaitement maternel, soins prénatals, référence, VAD, etc.). |
| La communauté (Commune, COSAH, village, association, société civile) | * Réalise des activités d’eau, hygiène et assainissement, nutrition; * Mène des activités génératrices de revenus; * Assure la sensibilisation et la mobilisation sociale ; * Organise la mobilisation des fonds de santé renouvelables (mutuelles de santé) ; * Aide à la mobilisation des ressources auprès des collectivités territoriales. |

Au vu de ce tableau, il apparait que les prestations de soins et services sont fournies par les RECO sous la supervision des ASC et le soutien de la communauté.

## Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle qui est partie intégrante des soins de santé primaires constitue en Guinée une branche non négligeable du système de santé car il est très souvent le premier recours pour la plupart des malades surtout en zone rurale.

Elle est fortement liée à la culture des populations. En effet, pour restaurer son état de santé, l’homme a toujours utilisé des ressources locales tirées des matières issues de l’environnement (végétaux, terre) et de pratiques transmises de génération en génération. Compte tenu de sa proximité et de sa connaissance par la population, ce niveau est fortement utilisé en cas de maladie. Ainsi, selon les données de l’OMS, 80% de la population africaine ont recours à la médecine traditionnelle pour répondre à leurs besoins en matière de soins. C’est l’échec de ce recours qui détermine la recherche des ressources de la médecine moderne. C’est ce qui justifie que le gouvernement s’intéresse à cette thématique en la rendant plus efficace par l’établissement d’une relation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

A cet effet, la médecine traditionnelle dispose d’une déclaration de politique nationale qui a été promulguée par le décret N°94/127/PRG/SGG du 3 novembre 1994 ; ceci pour répondre efficacement aux besoins de santé croissants des populations. Cette politique se fonde sur des recommandations issues de plusieurs assises nationales et internationales qui ont toutes insisté sur la nécessité d’élaborer et de mettre en œuvre une politique nationale de médecine traditionnelle prenant en compte les éléments suivants :

* La considération de la médecine traditionnelle comme premier recours dans le système de soins, particulièrement en zone rurale. Il importe dans ce contexte de la valoriser dans une optique d’équité et de justice sociale ;
* La mise en œuvre d’une politique de valorisation et d’utilisation optimale des ressources locales disponibles que représentent les plantes médicinales ;
* La réhabilitation, la protection et la préservation de l’héritage culturel ;
* La recherche approfondie en médecine traditionnelle pour être un apport précieux à la médecine universelle.

Cependant, la médecine et la pharmacopée traditionnelles restent très peu organisées. Le nombre de tradithérapeutes augmente de façon continue et les chiffres disponibles ne sont pas fiables. C’est pourquoi dans l’organisation du système de santé, il est apparu nécessaire de mettre un accent particulier sur la médecine traditionnelle. C’est ce qui justifie son érection en division au sein de la Direction Nationale de la Santé communautaire.

## Analyse stratégique

* **Forces**
* Volonté politique affichée pour le développement de la santé communautaire et de la Médecine traditionnelle;
* Existence du code révisé des collectivités avec 14 compétences dédiées aux collectivités locales dont celle de la santé communautaire;
* Disponibilité d’une politique nationale de santé communautaire et du PNDS 2015-2024 ;
* Existence d’une déclaration de politique nationale qui a été promulguée par le décret N°94/127/PRG/SGG du 3 novembre 1994 et d’un plan directeur de la médecine traditionnelle 2003-2008.
* **Défis**
* l’appropriation de la stratégie de santé communautaire par toutes les parties prenantes ;
* l’alignement des partenaires techniques et financiers sur la stratégie de santé communautaire afin de couvrir l’ensemble du pays ;
* la pérennisation de la stratégie par la prise en charge salariale des Agents de Santé Communautaires et des Relais Communautaires par le budget de l’Etat
* la nécessité de règlementer l’exercice de la médecine traditionnelle.
* **Opportunités**
* Création de l’Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC) et du Fonds de développement local (FODEL) ;
* Dotation de l’ANAFIC à hauteur de 15% des revenus miniers pour financer les compétences transférées aux collectivités ;
* Bonne disponibilité de la communauté à accueillir les activités de santé communautaire ;
* Existence d’associations locales et d’ONG pour le soutien à la santé communautaire ;
* Existence de besoins de services à base communautaire exprimés par la population.
* **Acquis**

Il faut noter que l’accompagnement des partenaires pour la mise en œuvre de la santé communautaire est déjà sensible. Cela se traduit déjà par les actions ci-après :

* Appui de l’UNICEF pour le recrutement et le paiement des salaires de 1.855 relais communautaires (ReCo) et 190 agents de santé communautaires (ASC) dans 40 communes, jusqu’à fin décembre 2019,
* Appui du Fonds Mondial, à travers CRS, pour le recrutement et le paiement des salaires de 749 relais communautaires (ReCo) et 75 agents de santé communautaires (ASC) dans 18 communes rurales de Télimélé et Kindia, jusqu’à fin 2020,
* Appui de l’USAID, à travers Jhpiego, pour le recrutement et le paiement jusqu’à fin 2020 des salaires de 360 relais communautaires (ReCo) et de 40 agents de santé communautaires (ASC) dans 11 communes rurales de Dubréka, Forécariah, Boffa et Coyah,
* Appui de la Banque Mondiale, à travers le PRSCS, pour le recrutement et le paiement des salaires, jusqu’à fin 2020, de 2.300 relais communautaires (ReCo) et de 230 agents de santé communautaires (ASC) dans 54 communes rurales des régions de Kankan et Kindia.

## Identification des problèmes et de leurs causes

* **Faible couverture géographique des interventions de santé communautaire à travers les ASC et RECO.**

**Causes**

* faible financement de la santé communautaire par l’Etat,
* lenteur de l’alignement des partenaires sur la stratégie nationale de santé communautaire.
* **Faible qualité des prestations des soins et services des agents de santé (CS, PS, ASC et RECO)**

**Causes**

* Insuffisance de formation et de supervision des agents,
* Insuffisance d’infrastructures et d’équipements adéquats,
* Faible disponibilité des médicaments et autres produits de santé,
* Faible utilisation des outils de rationalisation des actes médicaux.
* **Faible intégration la médecine traditionnelle dans le système de santé**

**Causes**

* Manque de collaboration effective entre les agents de santé et les tradithérapeutes,
* Faible valorisation des recherches sur les plantes médicinales,
* Insuffisance d’appui financier pour la production et la vulgarisation des recettes de la pharmacopée.
* **Faible appropriation des services de santé par les communautés**

**Causes**

* Insuffisance de diffusion de la politique nationale de santé communautaire et les différents documents de mise en œuvre à travers tout le pays,
* Faible fonctionnalité des comités de santé et d’hygiène,
* Manque de formation des élus locaux sur les compétences transférées aux collectivités dont celle de la santé.
* **La gouvernance du système de santé à tous les niveaux et la coordination des activités à base communautaire restent insuffisantes**

**Causes**

* Faible implication des autorités sanitaires à tous les niveaux,
* Insuffisance de l’alignement des partenaires évoluant dans le domaine de la santé,
* Insuffisance de collaboration intersectorielle (Ministère de la Santé, autres Ministères, collectivités locales, ONG, sous-secteur privé).

## Approches de solutions

* **Pour améliorer la couverture du pays en interventions de santé communautaire en vue d’aller vers la couverture sanitaire universelle, des actions prioritaires doivent être entreprises dont :**
  + L’engagement à la fonction publique de 1900 agents de santé communautaires (ASC) nécessaires à la mise en œuvre de la santé communautaire à l’échelle du pays,
  + La mise à disposition des collectivités (communes) du financement de la prise en charge du salaire des 18.000 relais communautaires (RECO) nécessaires à la mise en œuvre de la santé communautaire à l’échelle du pays,
  + L’accompagnement par les partenaires dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé communautaire dans le cadre de l’approvisionnement en médicaments et produits de santé, de l’équipement, de la formation et de la supervision des agents de santé à tous les niveaux.
* **Pour améliorer la qualité des prestations des soins et services, il faut :**
* Réviser, mettre à jour et rendre disponibles les ordinogrammes et former les agents des centres et postes de santé à leur utilisation,
* Mettre en œuvre le monitorage amélioré dans les centres de santé comme outil d’amélioration de la qualité de soins,
* Veiller à l’application des mesures d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections dans toutes les structures sanitaires
* **Pour améliorer l’intégration de la médecine traditionnelle il est nécessaire de :**
* Financer la production et la vulgarisation des recettes de la médecine traditionnelle,
* Nommer des points focaux de la médecine traditionnelle au sein des équipes cadres de district,
* Mettre en place un mécanisme de protection de la propriété intellectuelle.
* **Pour** **favoriser l’appropriation des services de santé par les communautés, il faut :**
* Informer et sensibiliser les élus locaux sur la nouvelle politique de santé communautaire,
* Former les élus locaux sur les compétences transférées aux collectivités,
* Restructurer et former les comités de santé et d’hygiène.
* **Pour améliorer la gouvernance du système de santé et la coordination des activités à base communautaire, il faut :**
* Mettre en place un mécanisme d’évaluation de performance des structures de gestion et d’encadrement du secteur de la santé (niveau central, régional et district),
* Améliorer le partenariat entre le ministère de la santé, les autres départements sectoriels et les ONG,

Continuer le plaidoyer pour l’alignement de tous les partenaires techniques et financiers.