

REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTERE DE LA SANTE

Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine
Traditionnelle

ANNEE
2019

GUIDE HARMONISE DE MISE EN
ŒUVRE DE LA SANTE
COMMUNAUTAIRE

Version de Avril 2019

LES PUBLICATIONS DU MINISTERE DE LA SANTE

Ce document est une propriété du Ministère de la santé de la République de Guinée. Il contient les orientations harmonisées pour la mise en œuvre des interventions de santé en République de Guinée.

Le Guide harmonisé de mise en œuvre des interventions communautaires, le Plan opérationnel et le Plan de suivi-évaluation constituent les principaux documents d'opérationnalisation de la politique nationale et du Plan stratégique de santé communautaire. Le présent Guide harmonisé de mise en œuvre s'aligne avec les orientations de la politique nationale de santé communautaire et celles en matière de développement des ressources humaines en santé. Elle est en lien avec le processus de décentralisation et de transfert des compétences aux collectivités territoriales.

La Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT) est le porteur principal de ce Guide harmonisé qui va accompagner la mise en œuvre du Plan stratégique de santé communautaire qui couvre la période 2018-2022.

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.

La préparation, la finalisation et la validation de ce document a reçu les contributions de l'ensemble des acteurs nationaux avec le soutien et la participation des partenaires techniques et financiers suivants : ONUSIDA, OMS, UNICEF, CRS et Fonds mondial.

@ Copyright, Version initiale d'Avril 2019
Ministère de la santé de la République de Guinée
BP 585, Conakry, République de Guinée

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS DU GUIDE HARMONISE.....	6
1.1 INTRODUCTION.....	6
1.2 OBJECTIF ET STRUCTURATION DU GUIDE HARMONISE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	6
1.3 PUBLIC CIBLE DU GUIDE HARMONISE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	6
1.4 PRINCIPES DIRECTEURS, MODALITES DE REVISION ET DE MISE A JOUR DU GUIDE HARMONISE	7
II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET RAPPEL DES POLITIQUES DE SANTE	7
2.1 ORGANISATION GLOBALE DU SYSTEME.....	7
2.2 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE.....	8
2.3 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	9
2.4 POLITIQUE ET PLAN STRATEGIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE	9
III. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	11
3.1 DESCRIPTION DE LA DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	11
3.2 ROLES ET RESPONSABILITE DES AUTRES ACTEURS DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	12
3.3 DISPOSITIF DE SUIVI EVALUATION POUR LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	13
IV. APPROCHES ET PROCÉDURES HARMONISEES DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	14
4.1 DESIGN DES PROGRAMMES, DE L'EXTENSION ET DU CHOIX DES ZONES A COUVRIR	14
4.2 MODALITES ET PROCEDURES DE PREPARATION ET DEMARRAGE DES ACTIVITES DE SANTE COMMUNAUTAIRE	15
4.3 MODALITES ET PROCEDURES DE CHOIX ET RENFORCEMENT DES CAPACITES ET COMPETENCES DES ASC/RECO	16
4.3.1 Modalités et procédures de choix des RECO.....	16
4.3.2 Modalités et procédures de recrutement des ASC.....	17
4.3.3 Modalités et procédures de renforcement des capacités des ASC et des RECO	18
4.4 ÉQUIPEMENT ET SOUTIEN LOGISTIQUE AUX ASC/RECO, Y COMPRIS LES INTRANTS	20
4.4.1 Équipements des ASC et des RECO	20
4.4.2 Procédures pour les équipements des ASC et des RECO.....	21
4.4.3 Procédures concernant l'approvisionnement des ASC/RECO en produits de santé.....	21
4.5 MODALITES ET PROCEDURES DE REMUNERATION ET DE MOTIVATION DES ASC/RECO.....	22
4.6 MODALITES ET PROCEDURES DE GESTION ADMINISTRATIVE DES ASC/RECO	22
4.7 MODALITES ET PROCEDURES D'ÉVALUATION DES PERFORMANCES, SANCTIONS ET REMPLACEMENT DES ASC/RECO	23
4.8 MODALITES ET PROCEDURES DE SUPERVISION DES INTERVENTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	25
4.8.1 Procédures de supervision des activités de santé communautaire par les COSAH	25
4.8.2 Procédures de supervision du RECO par l'ASC	27
4.8.3 Procédures de supervision de l'ASC par le CCS	28
4.8.4 Procédures de supervision conjointe du niveau central.....	29
4.9 MODALITES ET PROCEDURES DE CAPITALISATION ET SUIVI EVALUATION DES INTERVENTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	30
4.10 MODALITES ET PROCEDURES DE COORDINATION DES PARTENAIRES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	31
ANNEXES.....	32
ANNEXE-1 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	32
ANNEXE-2 TERMES DE REFERENCE DE LA PLATEFORME NATIONALE MULTISECTORIELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE	32
ANNEXE-3 CONTRAT TYPE ASC ET RECO.....	34
Annexe-3.1 Modèle type de contrat du RECO	34
Annexe-3.2 Modèle type de contrat de l'ASC	38
ANNEXE-4 MODELES GENERIQUES DES TDR DE SUPERVISION.....	41
Annexe-4.1 TDR générique pour la supervision des activités de santé communautaire par le COSAH	41
Annexe-4.2 TDR générique pour la supervision du RECO par l'ASC.....	43
Annexe-4.3 TDR générique pour la supervision de l'ASC par le CCS	44
Annexe-4.4 TDR générique pour la supervision des activités de santé communautaire le niveau central.....	46
ANNEXE-5 GRILLES ET CANEVAS DE RAPPORT DE SUPERVISION	49
Annexe-5.1 Grille de supervision des activités de santé communautaire par le COSAH	49
Annexe-5.2 Grille de supervision du RECO par l'ASC	52
Annexe-5.3 Grille de supervision de l'ASC par le Chef du Centre/poste de santé	55
Annexe-5.4 Grille de supervision des activités de santé communautaire par le niveau national (accompagné du niveau régional).....	59

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANAFIC	: Agence nationale de financement des collectivités
ASC	: Agent de santé communautaire
ATPC	: Assainissement total piloté par la communauté
ATS	: Agent technique de santé
BSD	: Bureau de stratégies et de développement
CCS	: Chef du centre de santé
CHU	: Centre hospitalo-universitaire
COSAH	: Comité de santé et d'hygiène
CPCSS	: Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé
CPN	: Consultation prénatale
CPoN	: Consultation post-natale
CS/PS	: Centre de santé/Poste de santé
CSA	: Centre de santé amélioré
CSU	: Couverture santé universelle
CTRCSS	: Comité technique régional de coordination du secteur de la santé
DHIS2	: District Health Information Software 2 (DHIS2) (Système informatisé des données sanitaires des districts de santé)
DNSCMT	: Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle
DPS	: Direction préfectorale de la santé
DRS	: Direction régionale de la santé
ECD	: Équipe cadre de district
MATD	: Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PCG	: Pharmacie centrale de Guinée
PF	: Planification familiale
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PTME	: Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PV	: Procès-verbal
RECO	: Relais communautaire
RH	: Ressources humaines
SBC	: Service à base communautaire
SMI	: Santé maternelle et infantile
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SR	: Sous-récepteur
SSR	: Sous-sous-récepteur
TB	: Tuberculose
TBIS/C	: Tableau de bord de suivi des indicateurs de santé communautaire
TSC	: Technicien supérieur en santé communautaire
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

PLAN & ORGANISATION GLOBALE DU GUIDE HARMONISE DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

INTRODUCTION

- Introduction
- Objectifs du Guide
- Public cible du Guide
- Principes directeurs du Guide

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Organisation globale
- Politique nationale de santé
- Développement des RH
- Politique & stratégie de santé communautaire

CADRE INSTITUTIONNELLE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

- Direction nationale de la santé communautaire
- Rôles & responsabilités des acteurs
- Dispositif de suivi évaluation

PROCEDURES DU GUIDE HARMONISE

- Design des programmes de santé communautaire
- Modalités et procédures de démarrage
- Choix et renforcement des capacités des acteurs
 - Choix des RECO
 - Recrutement des ASC
 - Formation des ASC/RECO
- Equipement et soutien logistique aux ASC/RECO
- Remunération des ASC et RECO
- Gestion administration des acteurs de la santé communautaire
- Evaluation des performances des ASC/RECO, sanctions/remplacement
- Supervision de la santé communautaire
 - Supervision des activités par le COSAH
 - Supervision des RECO par les ASC
 - Supervision des ASC par les CCS
 - Supervision du niveau central/régional
- Capitalisation et évaluation
- Coordination de la santé communautaire
 - Coordination centrale
 - Coordination décentralisée

ANNEXES

- Grilles de supervision
 - Grille de supervision du COSAH
 - Grille de supervision du RECO par l'ASC
 - Grille de supervision de l'ASC par le CCS
 - Grille de supervision du niveau central/régional
- Contrat type du RECO
- Contrat type de l'ASC
- TDR génériques de supervision
- TDR génériques de formation
- TDR de la Plateforme multisectorielle de santé communautaire

1.1 Introduction

La République de Guinée s'est dotée d'un Plan National de Développement Sanitaire 2015 – 2024 qui vise à opérationnaliser la politique sanitaire nationale. Ce plan 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.

En vue d'assurer une mise en œuvre cohérente du PNDS, le Ministère de la santé a été réorganisée pour prendre en compte la dimension des soins de santé primaires dans l'atteinte desdits objectifs. Aussi, la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle a été créée. Elle comporte 3 sections à savoir, i) la section santé communautaire, b) la section médecine traditionnelle et c) la section santé buccodentaire.

Sous l'autorité du Ministre de la santé, la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle a pour mission, la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle et le suivi évaluation des interventions de santé communautaire.

Pour ce qui concerne la santé communautaire, le PNDS la reconnaît comme son pilier essentiel. C'est ainsi qu'en juillet 2017, la politique nationale de santé communautaire fut élaborée et validée. A la suite d'un processus inclusif et participatif, un Plan stratégique de santé communautaire 2018-2022 a été élaboré assorti d'un Plan opérationnel 2018-2020. Elle devrait contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle en vue de l'atteinte des objectifs de développement durable d'ici 2030.

Le présent Guide harmonisé de mise en œuvre vient compléter les documents d'opérationnalisation du Plan stratégique de santé communautaire 2018-2022.

1.2 Objectif et structuration du Guide harmonisé de mise en œuvre des interventions de santé communautaire

L'objectif général de ce guide est d'offrir aux acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire les orientations et les démarches à suivre pour la mise en œuvre et la gestion des interventions entrant dans le cadre de la santé communautaire, ce pour une meilleure cohérence, complémentarité et efficacité des investissements dans ce dit-domaine.

Le présent guide est structuré de la manière suivante :

- L'organisation du système de santé en Guinée en lien avec la santé communautaire
- Le cadre institutionnel, le dispositif de mise en œuvre et les rôles et responsabilités des acteurs clés de la santé communautaire
- Les approches harmonisées des différents volets et aspects importants de la mise en œuvre de la santé communautaire
- Les annexes portant sur les grilles, canevas et autres documents types relatifs à la santé communautaire

1.3 Public cible du Guide harmonisé de mise en œuvre des interventions de santé communautaire

Suivant la politique nationale et la démarche adoptée par le Ministère de la santé, la mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée se fait de manière progressive, en fonction de la disponibilité des ressources techniques, humaines et financières.

La mise en œuvre de la santé communautaire fait intervenir plusieurs acteurs à compétences, profils et responsabilités divers. Toutefois et par soucis de cohérence, le présent Guide harmonisé de mise en œuvre s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la santé communautaire. Les publics cibles sont les suivants :

- Le personnel du ministère de la santé, tant au niveau central qu'au niveau décentralisé

- Les ONG et associations nationales ou internationales impliquées dans la mise en œuvre de la santé communautaire
- Les structures centrales et déconcentrées du Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation (MATD)
- Les collectivités territoriales
- Les partenaires techniques et financiers
- Les acteurs directs de la mise en œuvre des activités de la santé communautaires (ASC, RECO notamment)

1.4 Principes directeurs, modalités de révision et de mise à jour du Guide harmonisé

Les principes clés suivants ont été pris en compte lors de la rédaction de ce guide :

- Prendre en compte le fait que la santé communautaire, suivant la politique et la vision du Ministère de la santé, constitue le levier principal des soins de santé primaires
- Considérer le politique nationale et le plan stratégique de santé communautaire comme les principaux outils de base pour le développement de la santé communautaire
- Considérer que la santé communautaire constitue un prolongement des interventions sanitaires au sein des communautés
- Se fonder sur les expériences en cours et les leçons tirées afin d'aller au-delà des approches compartimentées et sectorielles pour proposer une harmonisation des modes opératoires et de certaines stratégies
- S'efforcer de réduire les disparités dans les interventions de santé publique pour renforcer l'harmonisation et l'alignement
- Promouvoir des stratégies durables, en s'appuyant sur le contexte local et les perspectives de collaboration intersectorielle dans le cadre de la stratégie « One-Health ».

Cette version constitue la première mouture du Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire. Elle fera l'objet de révision à la suite de l'évaluation du modèle pilote avant la phase d'extension et de passage à l'échelle.

Ce guide peut être révisé périodiquement en fonction des nouveautés, innovations et chaque fois que de besoin. La date du document révisé doit être inscrite à la page de garde et à la deuxième page de ce document.

II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET RAPPEL DES POLITIQUES DE SANTE

2.1 Organisation globale du système

Le système de santé en République de Guinée, est organisé en 8 régions sanitaires et 38 Préfectures sanitaires. Sur le plan administratif, le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative à savoir i) le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général, ii) le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales de la santé (au nombre de 8) et le niveau périphérique qui est représenté par les préfectures sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé (au nombre de 33 préfectures et 05 communes à Conakry).

Le Système de santé de la Guinée est organisé de façon pyramidale en 3 niveaux comme présenté dans le tableau suivant :

Niveau	Structures administratives	Structures de soins
Central	- Directions Nationales (DN) - Services d'appui (SA) - Services rattachés (SR) - Etablissements publics (EP)	Hôpitaux Nationaux (HN)
Intermédiaire	Directions Régionales de la Santé (DRS)	Hôpitaux Régionaux (HR)
Périphérique	Direction Préfectorale de la Santé (DPS) / Direction Communale de la santé (DCS)	Hôpitaux Préfectoraux (HP) Centres médico-Communaux (CMC) Centre de Santé Amélioré (CSA) Centres de Santé (CS) Poste de Santé (PS)

Source : Ministère de la santé

Le premier échelon de soins est constitué par les Postes et Centres de santé (CS)/CSA qui sont les structures sanitaires de base du système de santé. La santé communautaire est déployée à partir de ces structures pour ensuite aller au sein des communautés. A ce titre, les agents de santé travaillant au centre/poste de santé, en particulier le premier responsable (CCS), les agents de santé communautaires (ASC) et les relais communautaires (RECO) constituent les acteurs clés de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

2.2 Politique nationale de santé et du Plan national de développement sanitaire

L'opérationnalisation de la politique nationale de santé pour la période 2014-2024 est définie dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) couvrant cette période. L'élaboration de ce PNDS s'est faite dans un contexte de relèvement du système de santé fragilisé en 2014 d'une part par l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) et d'autre part l'affaiblissement de la gouvernance du système de santé.

La vision du PNDS était de faire « Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité, avec leur pleine participation. Les principales articulations du PNDS sont les suivantes :

But	Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne
Objectif général	Améliorer l'état de santé de la population guinéenne.
Objectifs spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> 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 3. Améliorer la performance du système national de santé
Orientations stratégiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence 2. Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées 3. Renforcement du système national de santé <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire • Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé • Développement des ressources humaines de qualité • Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité • Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé • Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

La santé communautaire s'inscrit dans la mesure des 3 stratégies majeures ainsi que les sous stratégies.

Les résultats de la mise en œuvre de ce nouveau plan permettront d'atteindre les impacts ci-après : (i) une réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 123 pour 1000 naissances vivantes à 47 pour 1000 en 2024 ; (ii) une réduction du ratio de mortalité maternelle de 724 pour 100 000 NV à 349 pour 100 000 NV en 2024 ; (iii) une réduction du taux de mortalité néonatale de 33 pour 1000 à 12,5 pour 1000 en 2024 (iv) une réduction de la mortalité infantile de 67 pour 1000 à 26 pour 1000, (v) une réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 123 pour 1000 à 47 pour 1000; (vi) les létalités liées aux maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA seront réduites par rapport à leur niveau de 2015; (vii) le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans passerait de 31% en 2015 à 21% en 2024 et (viii) le taux de malnutrition aiguë de 9% en 2015 à 4% en 2024.

Le cadrage financier du PNDS 2015-2024 a été fait en prenant en compte les données programmatiques utilisant l'outil de budgétisation OneHealth pour lever les goulots d'étranglement. La budgétisation s'est appuyée sur un scénario basé sur la maîtrise de l'inflation en dessous du seuil de 7%, ce qui devait aboutir à la variation du budget par tête d'habitant de 5% en moyenne par an durant la période. Ce scénario a permis de dégager un budget prévisionnel du PNDS à 56 336 936 244 344 Francs Guinéens (GNF), soit environ 7 727 974 793 dollars US (taux de change : 1 USD = 7290 GNF).

Le coût par orientation stratégique est de 59% pour le renforcement du système de santé, 24% pour la prévention et la prise en charge des maladies et des situations d'urgence et 17% pour le développement de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées.

2.3 Développement des ressources humaines en santé

Dans le processus de développement des ressources humaines en Guinée, le Ministère de la Santé, dans la politique de Santé communautaire a pris l'option de professionnaliser graduellement les agents de santé communautaires. La mise en œuvre de cet objectif, tient compte des orientations définies par l'OMS dans son document qui suggère aux pays de la région de prendre une option basée sur le niveau économique et essentiellement sur le profil actuel du système de santé.

Eu égard à ces recommandations, le Ministère de la santé dans son programme de développement des ressources humaines a décidé de faire un saut qualitatif pour produire des agents de santé communautaires polyvalents et professionnels. De ce fait, le Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle en étroite collaboration avec le Ministère de la santé et les partenaires, s'engagent à réaliser la formation structurée et diplômante des Agents de santé communautaires dans les écoles de soins de santé communautaire du pays.

En attendant d'observer les résultats issus de ce processus en moyen et long terme, deux stratégies intermédiaires seront mises en application, à savoir :

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

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

La formation structurée et diplômante sera assurée en partenariat avec le Ministère de l'enseignement Technique, de la formation professionnelle, de l'Emploi et du Travail. L'accent de la formation est mis sur la promotion de la santé. Pour accéder à cette formation diplômante, le candidat devra répondre aux critères suivants : a) niveau de formation académique de base (Brevet d'Étude du Premier Cycle), b) être disponible et accepté par la communauté, c) être d'une probité morale, d) maîtriser la langue du terroir et e) être capable d'assurer la responsabilité de l'ensemble de activités liées à ses fonctions.

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

2.4 Politique et Plan stratégique de santé communautaire

Sur la base des orientations majeures du PNDS, un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes a été conduit en 2018 et a abouti à l'élaboration d'un plan stratégique de santé communautaire pour la période 2018-2022.

Ce plan 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 universelle sanitaire en vue de l'atteinte des objectifs de développement durable d'ici 2030.

La vision du Plan stratégique est de faire en sorte qu'à l'horizon 2022, « *les populations des collectivités locales sont 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* ».

En ce qui concerne le Plan opérationnel 2018-2020, il vise à bâtir et consolider les fondations de la santé communautaire en Guinée à travers la mise en place en place des dispositions et dispositifs nécessaires à l'opérationnalisation de la santé communautaire et accompagner le passage à l'échelle du programme. Plus spécifiquement, le Plan opérationnel 2018-2020 vise à i) opérationnaliser l'ensemble des dispositifs de coordination et de soutien à la santé communautaire à tous les niveaux, ii) opérationnaliser la santé communautaire dans 60% des communes du pays, incluant le pipeline rural, l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé primaire, iii) mobiliser les ressources financières et techniques pour l'opérationnalisation du Plan opérationnel de la santé communautaire et iv) assurer le suivi évaluation et la disponibilité de l'information stratégique sur les performances de la santé communautaire.

Les principaux résultats attendus de ce Plan opérationnel sont les suivants :

- Le démarrage de la santé communautaire est effectif en Guinée
- Les outils et les dispositifs de gestion/coordination de la santé communautaire sont opérationnels à tous les niveaux
- 70% des communes rurales sont couvertes par des interventions de santé communautaire
- 87% du financement du Plan stratégique pour la période 2018-2020 sont acquis et sécurisés
- Les indicateurs de santé communautaire sont disponibles régulièrement et à jour
- Des orientations et des leçons tirées de la première phase de mise en œuvre du Plan stratégique 2018-2022 sont disponibles pour la revue du programme et les orientations pour la dernière phase de mise en œuvre ;

Les principaux axes stratégiques, domaines d'intervention et actions prioritaires sont les suivantes :

Tableau 1 : Synthèse des orientations et contenu du Plan stratégique de santé communautaire 2018-2022

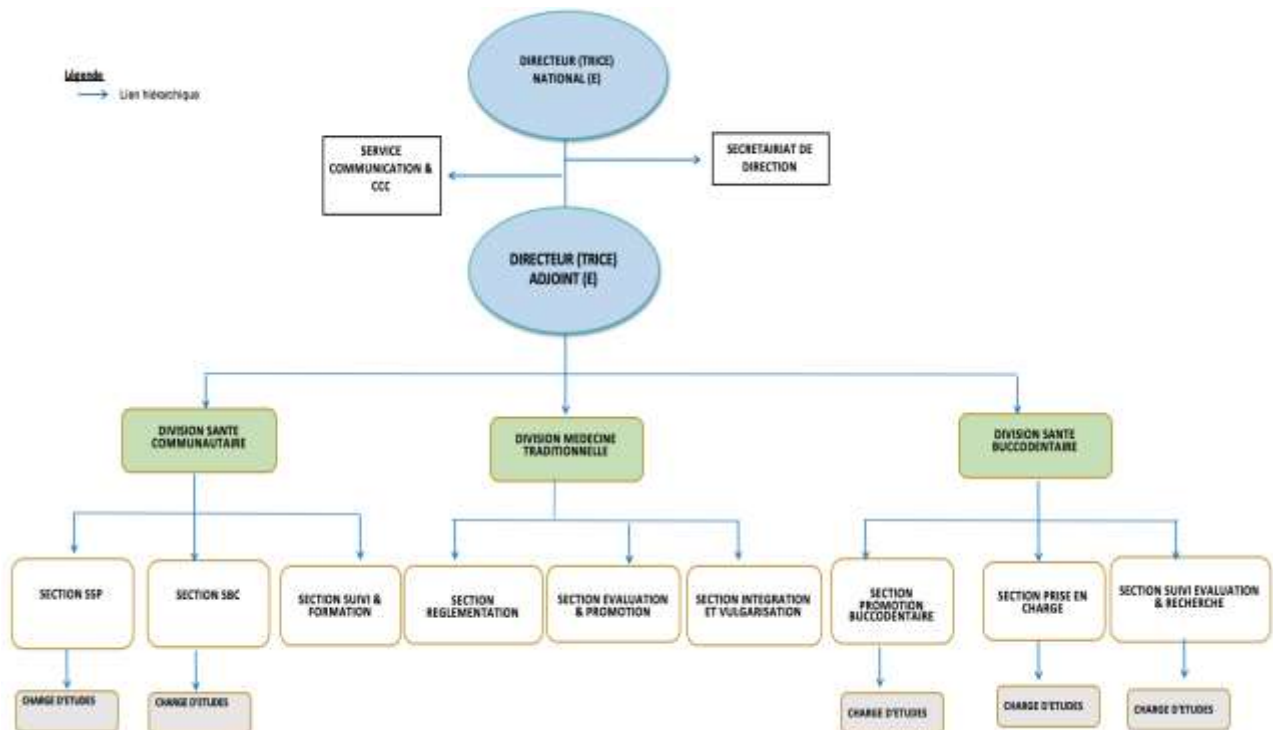
PLAN STRATEGIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2018-2022			
<p>1. Renforcement du dispositif et de l'offre de santé communautaire intégré</p> <p>\$61 890 024</p> <p>83%</p> <p>1.1 Renforcement de du dispositif l'offre de santé communautaire</p> <p>1.2 Développement des outils de gestion de la santé communautaire</p> <p>1.3 Renforcement du pipeline rural</p> <p>1.4 Renforcement des liens entre santé communautaire et médecine traditionnelle</p> <p>1.5 Renforcement et mise à niveau des écoles de formation en santé pour la santé communautaire</p> <p>1.6 Renforcement de l'offre de services intégrés et de qualité</p> <p>1.7 Amélioration de l'approvisionnement en produits et intrants de santé</p> <p>1.8 Renforcement des interventions à base communautaire en milieu urbain et semi-urbain</p>	<p>2. Renforcement de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé y compris santé communautaire</p> <p>\$2 258 482</p> <p>3%</p> <p>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</p> <p>2.2 Soutien à l'autonomisation des femmes, jeunes</p>	<p>3. Renforcement de la coordination, du financement et de la gouvernance de la santé communautaire</p> <p>\$7 972 551</p> <p>11%</p> <p>3.1 Renforcement de la communication institutionnelle et sociale autour de la santé communautaire</p> <p>3.2 Renforcement de la mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire</p> <p>3.3 Renforcement du dispositif de coordination de la santé communautaire</p>	<p>4. Renforcement de la qualité, du suivi évaluation et capitalisation des interventions de santé communautaire</p> <p>\$2 833 221</p> <p>4%</p> <p>4.1 Renforcement de la supervision et de la qualité des interventions de santé communautaire</p> <p>4.2 Renforcement du dispositif de suivi évaluation de la santé communautaire</p> <p>4.3 Capitalisation et évaluation des performances de la santé communautaire</p> <p>4.4 Développement de la recherche en santé communautaire</p>

III. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

3.1 Description de la Direction nationale de la santé communautaire

Sous l'autorité du Ministre de la santé, la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle a pour mission, la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle et d'en assurer le suivi évaluation. A ce titre, elle est particulièrement chargée :

- D'élaborer les textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé communautaire et la médecine Traditionnelle et de veiller à leur application
- D'élaborer les documents de la politique et des programmes en matière de santé communautaire et de la médecine Traditionnelle
- De définir les normes et procédures relatives à la santé communautaire et la médecine Traditionnelle
- De participer à l'organisation de la prévention primaire, particulièrement les programmes de vaccination et d'assainissement
- De contribuer au renforcement des capacités des communautés dans le processus d'appropriation des services de santé de base
- De promouvoir la pharmacopée et la médecine traditionnelle
- De délivrer les cartes ou attestations aux tradipraticiens
- De développer le partenariat entre les services de santé à la base et les communautés ainsi qu'entre les services publics et la médecine traditionnelle
- De participer à la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des programmes et projets de santé communautaire et de la médecine Traditionnelle
- D'organiser la supervision et l'évaluation des activités dans le domaine de la santé communautaire et de la médecine Traditionnelle
- De participer aux rencontres nationales, sous régionales et internationales traitant des questions de santé communautaire et de la médecine Traditionnelle



Au sein de la DNSCMT, la section suivi évaluation de la Division santé communautaire a en charge l'organisation, le développement des activités de suivi évaluation de la santé communautaire. Cela se fera en collaboration avec le Bureau de stratégie et développement (BSD) en charge du système national d'information sanitaire (SNIS). Le suivi évaluation de la santé communautaire se fera à travers les instruments du SNIS dans le cadre de l'unicité du suivi évaluation au niveau national.

3.2 Rôles et responsabilité des autres acteurs de la santé communautaire

Dans le plan stratégique de santé communautaire 2018-2022, les rôles et responsabilités des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la santé communautaire sont définis comme suit :

Acteurs	Rôles/ responsabilités
Départements ministériels (MATD, Finances, Budget, Agriculture, METFP, Ministère de la Communication, Action sociale, Mines)	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la mise en œuvre de la politique; Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire; Veiller aux transferts de ressources vers les collectivités locales à travers l'ANAFIC Assurer le contrôle de l'utilisation des ressources
MFPREMA, MATD, MS	<ul style="list-style-type: none"> Veiller au respect des normes et procédures de gestion de la carrière des agents de la fonction publique locale Assurer la mise en place de la fonction publique locale;
Élevage/Environnement, Santé	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer pour la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique à base communautaire Appuyer la promotion de l'ATPC, Hygiène du milieu, l'accès et l'utilisation de l'eau potable.
Autorités régionales	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la mobilisation des ressources matérielles et financières en faveur de la santé communautaire Faire la promotion de la santé communautaire Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions
Autorités préfectorales	<ul style="list-style-type: none"> Vulgariser les textes juridiques Encadrer le recrutement et participer à l'installation officielle des ASC et RECO Mobiliser les communautés Faire la promotion des ASC et RECO Assurer le suivi/évaluation des activités de la santé communautaire
Responsables communaux (Maires)	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des, Promouvoir les activités génératrices de revenus Participer à l'installation officielle des ASC et des RECO Mobiliser la communauté Procéder au recrutement des ASC et des RECO Valider le recrutement des ASC par arrêté du Maire Assurer le suivi des activités des ASC dans le cadre de la promotion de la santé communautaire
Comités de Santé et d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les communautés Contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des interventions à base communautaire et à la motivation des RECO Participer au choix des RECO Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des centres et postes de santé
Comités Villageois de santé	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les communautés Mobiliser les ressources locales Participer dans le processus de sélection des RECO Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des centres et postes de santé Participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires
ONG/internationales/Nationales et Associations locales	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les communautés Contribuer à la mobilisation des ressources Appuyer le processus de sélection des RECO Contribuer à l'organisation des missions conjointes de suivi et d'évaluation des activités de santé communautaire Apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires et administratives Faire le rapportage des activités communautaires au responsable du centre de santé Participer aux réunions de coordination organisées par l'ECD Intégrer leur Plan de travail dans la planification de ECD
Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> Appui technique et financier Participer au suivi/évaluation Participer au développement du processus de la mise en œuvre
Praticiens de la médecine traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer à la mobilisation des communautés, Faire l'IEC/CCC Référent/Orienter les cas Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
Leaders d'opinion	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les communautés,

(Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d'associations ou de groupements)	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la mobilisation des ressources • Participer au processus de sélection des RECO • Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC et RECO, • Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
---	--

3.3 Dispositif de suivi évaluation pour la santé communautaire

Les mécanismes de suivi-évaluation tels que définis dans le PNDS 2015-2024 et dans le document de politique de la santé communautaire permettront de suivre des indicateurs de performance de la santé communautaire. Les principales activités de suivi évaluation concerne la collecte et la validation des données, la transmission des données, la production de rapports.

Il sera mis en place un Comité technique multisectoriel de suivi des progrès par le Ministère de santé. Ce comité utilisera les indicateurs usuels tirés du catalogue national des indicateurs de santé pour évaluer la progression dans la mise en œuvre des éléments du plan stratégique.

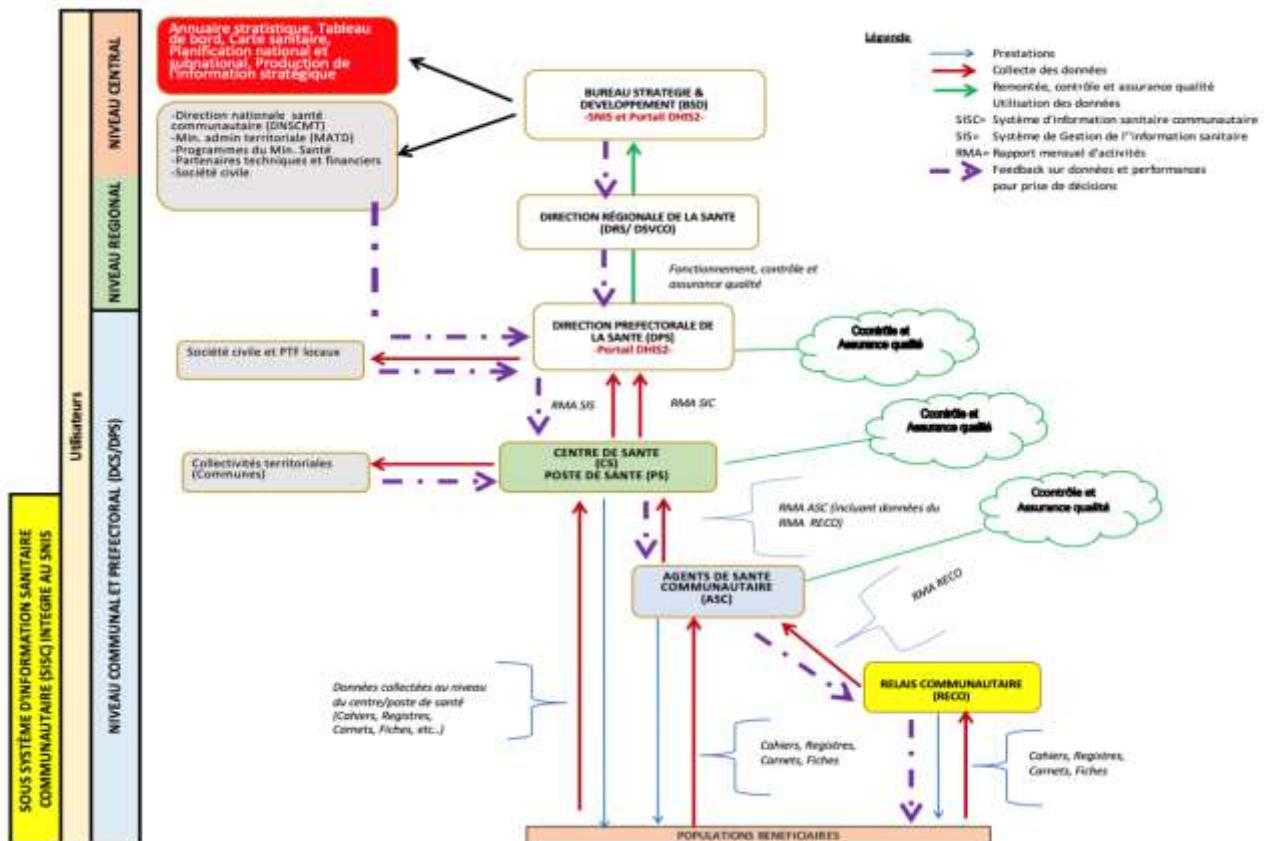
Suivant les indications du Plan de suivi évaluation, les outils qui seront utilisés sont les suivants :

- Les registres des femmes enceintes et des enfants de 0-28 jours
- Les registres des enfants de 1-59 mois
- Les registres des 5 ans et plus
- Les cahiers pour noter toutes les activités
- Les fiches et carnets spécifiques pour l’approvisionnement, la cession et la commande des produits de santé.
- Le canevas de rapport mensuel du RECO
- Le canevas de rapport mensuel de l’ASC

Les modalités de remplissage et d’exploitation de ces différents documents seront précisés lors de la formation des acteurs et des supervisions.

Le plan de suivi évaluation donne les détails sur les procédures de collecte, de contrôle qualité et validation des données de santé communautaires. Le circuit de suivi évaluation de la santé communautaire s’insère dans le circuit national du système national d’information sanitaire (SNIS) dont il constitue un sous-système.

Le graphique ci-dessous décrit ce sous-système, sa cohérence et son intégration dans le système national d’information sanitaire.



Un certain nombre d'indicateurs ont été sélectionnés, en raison de leur impact sur la santé (particulièrement celle de la mère et de l'enfant)¹.

IV. APPROCHES ET PROCÉDURES HARMONISÉES DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

4.1 Conception des programmes, de l'extension et du choix des zones à couvrir

→ Contexte et intérêt

Le Ministère de la santé à travers la Direction nationale de santé communautaire, a opté pour une mise en œuvre et un passage à l'échelle progressif de la santé communautaire. Cela induit une couverture progressive des DPS et des communes.

Ce passage à échelle se fera en fonction des moyens mis à disposition par l'État ou avec le soutien des partenaires techniques et financiers.

Cette section fournit des indications sur les aspects minimaux à considérer pour élaborer et mettre en œuvre un projet ou un programme soutenant la santé communautaire. Le contenu se réfère au Plan stratégique et au plan opérationnel de santé communautaire. Il prend également en compte les leçons tirées des premières expériences de mise en œuvre.

→ Contenu minimal d'un programme ou projet de santé communautaire

Tenant compte du contenu de la Politique nationale de santé communautaire, du Plan stratégique et du Plan opérationnel de santé communautaire ainsi que des leçons tirées des premières expériences de mise en œuvre, un projet et programme qui adresse la santé communautaire devrait contenir au minimum les points suivants :

Que doit comporter un programme ou projet de Santé communautaire ?
<ul style="list-style-type: none">• Rationnel ou justification du choix des communes• Liste des communes• Durée• Montant• Types d'activités<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Missions multisectorielles de préparation sur le terrain dans chaque commune<input type="checkbox"/> Mobilisation sociale des communautés autour de la santé communautaire<input type="checkbox"/> Choix des RECO par les communautés<input type="checkbox"/> Recrutement des ASC conjointement avec les collectivités locales et DPS<input type="checkbox"/> Formation des ASC et RECO<input type="checkbox"/> Équipements et dotation en produits de santé des ASC et RECO<input type="checkbox"/> Rémunération des ASC et RECO<input type="checkbox"/> Supervisions post formation des ASC et RECO<input type="checkbox"/> Supervisions et monitorages des activités de santé communautaire<input type="checkbox"/> Renforcement des capacités et plateaux techniques des centres de santé<input type="checkbox"/> Appui à la coordination de la santé communautaire au niveau local et central<input type="checkbox"/> Plan de dévolution<input type="checkbox"/> Activités d'évaluation• Planning de mise en œuvre (activités, responsable, période de mise en œuvre, montant)

¹ Cf. le cadre des résultats du Plan opérationnel 2018-2020 et le Plan de suivi évaluation du Plan stratégique 2018-2022

A faire	Se référer au Plan stratégique et au plan opérationnel de santé communautaire Associer la DNSCMT/Ministère de la santé au processus : l'implication des DPS et chef de centre de santé est déterminant dans le processus
A ne pas faire	Prédéfinir son programme/projet sans discussion avec la DNSCMT
Destinataire/utilisateur	Personnel de la DNSCMT Partenaires nationaux et internationaux Porteur de projet pour la santé communautaire
Étapes et processus clés	1-Prendre contact avec la DNSCMT 2-Construire ensemble le contenu du projet 3-Participer aux rencontres de coordination
Observations	Analyser les financements disponibles ainsi que les gaps concernant le fonctionnement de la DNSCMT, la coordination, le suivi et la supervision pour en tenir dans le budget du projet/programme

4.2 Modalités et procédures de préparation et démarrage des activités de santé communautaire

Le succès de la mise en œuvre des interventions dépend en grande partie de la qualité de la préparation tant au niveau institutionnel qu'au sein des communautés.

La qualité de la préparation vise les objectifs suivants afin de s'assurer que :

- Le projet/programme ou l'intervention est aligné avec la politique nationale de santé communautaire et les perspectives du Ministère de la santé en termes de priorité géographique pour l'extension et/ou la consolidation de la santé communautaire
- Au-delà de l'alignement, les interventions sont harmonisées, complémentaires et/ou synergiques à celles existantes
- L'ensemble des besoins sont prises en compte et que les initiatives seront bien coordonnées aussi bien au niveau central que local.

Les modalités proposées sont les suivantes :

Niveau d'application/ Volet		Processus
Au niveau du Ministère de la santé	Préparation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Établir les données de base des zones à couvrir : nombre et liste des communes, population désagrégée de chaque commune, le nombre de centre de santé, nombre et profil du personnel du centre de santé, nombre de groupement / association/ONG qui évoluent dans la commune, liste des agents communautaire évoluant dans la commune, la cartographie des partenaires, la fonctionnalité des COSAH, la fonctionnalité des communes ; ○ Établir des besoins pour la mise en œuvre (y compris activités et budget) ○ Établir et faire valider la feuille de route ○ Établir le plan de financement et de décaissement des ressources financières pour la mise en œuvre ; ○ Établir un calendrier de renforcement du plateau technique et de des ressources humaines des centres de santé en collaboration avec les services techniques (DRH, DIEM, BSD, DNPM, DNGELM, DAF) ; ○ Établir la collaboration active avec les acteurs (MATD, MENA, MASPFE)

	Démarrage	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mission de prospection et de préparation dans chaque commune ; ○ Élaborer, avec les partenaires, un plan détaillé de mise en œuvre basé sur les faits qui comprenne les activités programmatiques, financières, des achats, logistiques et de relations avec les bailleurs de fonds ; ○ Organiser un atelier de démarrage pour orienter toutes les parties prenantes et les partenaires sur les exigences pour la mise en œuvre ○ Établir le plan de travail (choix des RECO et recrutement des ASC) du comité de pilotage local (Comité de coordination communal du secteur de la santé), ○ Réajuster/mettre à jour la feuille de route de mise en œuvre ; ○ Établir la liste et mobiliser les formateurs ; ○ Établir le plan et calendrier de formation ; ○ Reproduire les outils et manuels de formation ; ○ Déterminer le besoin de renforcement des capacités de la DNSCMT, des centres de santé et son étendue,
Au niveau des communautés		<ul style="list-style-type: none"> ○ Atelier d'orientation des acteurs au niveau communautaire (DPS et COSAH) ○ Identification et contractualisation avec les groupements / associations /ONG à impliquer dans la mobilisation sociale ; ○ Former les animateurs de ces groupements sur la santé communautaire ; ○ Mise en œuvre des activités de mobilisation sociale et du choix des RECO avec l'appui des animateurs formés ; ○ Valider la liste des RECO par la commune avec l'appui des COSAH

4.3 Modalités et procédures de choix et renforcement des capacités et compétences des ASC/RECO

4.3.1 Modalités et procédures de choix des RECO

La politique nationale de santé communautaire prévoit que le nombre d'ASC à recruter par zone soit basé sur la taille de la population (1 ASC pour 650 habitants en zone rurale et 1 ASC pour 1000 habitants en zone urbaine) et de l'accessibilité dans ce processus de capitalisation du dividende démographique, l'approche genre sera utilisée avec un accent particulier sur les jeunes et les femmes. Les profils spécifiques des RECO et des ASC sont les suivants :

Profil du Relais communautaire (RECO)	Profil de l'Agent de santé communautaire
<p>Un relai communautaire est une personne formée, chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités de surveillance et de prévention selon le paquet de services défini.</p> <p>Sa formation est de courte durée (4 semaines), suivie d'applications pratiques. Il doit avoir le profil suivant :</p>	<p>L'Agent de santé communautaire est une personne ayant reçu une formation requise, dans une école accréditée, en soins de santé primaires, et chargée de délivrer un paquet défini de services de promotion, de prévention, de surveillance et de soins curatifs et réadaptatifs.</p> <p>A cet effet, l'ASC est doté de compétences requises pour réaliser les interventions de santé communautaire telles que définies dans le</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Être volontaire et prêt à servir dans sa collectivité - Être membre résident de la communauté, - Avoir la confiance de la communauté pour sa probité morale et sa disponibilité - Jouir d'une santé lui permettant d'accomplir les activités, - Être âgé de 18 à 50 ans - Savoir lire et écrire en français - Savoir parler la langue du terroir 	<p>paquet de services essentiels de santé intégrés. Il aura le profil suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de formation académique de base : Brevet d'Étude - Formation structurée et diplômante dans une école de santé communautaire - Être disponible et accepté par la communauté - Être d'une bonne probité morale - Maîtriser la langue du terroir - Être capable d'assurer la responsabilité de l'ensemble de ses activités liées à ses fonctions.
--	--

Le choix de l'agent de santé communautaire et du relais communautaire se fera sur appel à candidature locale par le maire de la commune avec la participation du DPS (pour le cas de l'ASC). Ce choix sera fait par la communauté elle-même avec l'appui du chef de centre de santé, du COSAH, des responsables d'ONG locales si elles existent.

La réunion de sélection est sanctionnée par un procès-verbal (PV) rédigé et signé par les membres du comité de sélection. Ce PV est transmis au Maire pour prise d'un acte administratif d'engagement avec amputation à qui de droit.

Dans le cadre de la validation technique des dossiers de candidature l'avis de la DPS sera sollicité. Ce comité de sélection comprend les membres suivants le Maire ou son représentant, le Chef de district/quartier ou son représentant, le Président du Comité de santé et d'hygiène, le Président de groupement des jeunes, la Présidente de groupement des femmes, un représentant des ONG locales et le chef de centre de santé avec voix non délibérative

L'ASC doit être officiellement installé au poste de Santé /centre de Santé par le maire en présence des autorités sanitaires, des ONG locales, des partenaires, des organisations à base communautaire, des autorités religieuses, coutumières et des collectivités. Il sera supervisé par le chef de centre de santé.

Procédures de choix des Relais communautaires (RECO)
<ul style="list-style-type: none"> • Estimer le nombre des RECO par commune par la Direction nationale de la santé communautaire • Discuter et partager l'information sur les critères de choix des RECO avec les acteurs de terrain (le maire, le COSAH, le CCS, les leaders communautaires) • Prendre en compte la question genre • Prendre en compte l'ajustement démographique et ou géographique suivant les données de terrain • Organiser une assise communautaire pour le choix des RECO • Remplir et transmettre le PV du choix de RECO à la commune (canevas de PV fourni par la DNSCMT) • Valider les listes des RECO par la commune lors d'une réunion conjointe du COSAH et la commune • Transmettre la liste validée à l'autorité préfectorale (préfecture et DPS), régionale (gouvernorat et DRS) et centrale (MATD et MS/DNSCMT) • Vérifier la conformité (nombre, localité, respect du profil, respect du processus) du choix des RECO lors d'une réunion avec les représentants du niveau central (PNACC, DNSCMT) du niveau régional (SERACCO, DRS), niveau préfectoral (DMR, DPS) et niveau communal (Maire, CCS, COSAH) • Préparer et faire signer les contrats après formation

4.3.2 Modalités et procédures de recrutement des ASC

Suivant les directives de l'OMS, reprise dans la politique et le Plan stratégique de santé communautaire, l'Agent de santé communautaire est un professionnel de santé formé pendant au moins trois ans dans une école de formation professionnelle en santé communautaire.

Les procédures de recrutement doivent être ouvertes à tous, transparentes et équitables. Elles doivent comprendre au moins un test écrit et un test pratique.

Procédures de recrutement des Agents de santé communautaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimer le nombre d'ASC par commune à travers la DNSCMT en collaboration avec la DRH, DAF, MATD et l'ANAFIC • Discuter et partager l'information sur les critères de recrutement des ASC avec les acteurs de terrain • Mettre en place une commission de recrutement au niveau préfectoral sous l'égide du DPS avec l'appui du niveau central (DNSCMT et MATD) et l'INSP • Lancer l'avis de recrutement des ASC • Administrer les épreuves écrites et pratiques • Vérifier la conformité (nombre, localité, respect du profil, respect du processus) du recrutement des ASC lors d'une réunion avec les représentants du niveau central (MATD, DNSCMT, l'INSP) du niveau régional (SERACCO, DRS), niveau préfectoral (DMR, DPS) • Formation /recyclage des ASC (formation théorique, pratique suivi de test d'admissibilité)². • Préparer et faire signer les contrats avec chaque ASC³ 	

4.3.3 Modalités et procédures de renforcement des capacités des ASC et des RECO

Le renforcement des capacités des acteurs de la santé communautaire (ASC et RECO) repose sur les domaines de compétence dévolus à chacun d'entre eux suivant les directives de l'OMS. Ces domaines de compétences sont les suivants :

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	
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 le soutien à la surveillance de la croissance de l'enfant	X	
8	Promotion de la santé reproductive et du planning familial	X	
9	Promotion du dépistage du VIH/SIDA	X	
10	Promotion de l'allaitement maternel exclusif	X	X
11	Promotion des soins post-partum	X	X
12	Promotion de la vaccination selon les directives nationales	X	X
13	Promotion de la méthode kangourou de soins maternels en faveur des enfants de faible poids à la naissance	X	X
14	Promotion de soins néonataux de base	X	X
15	Administration du misoprostol pour prévenir l'hémorragie post-partum		X

² Cette disposition est valable pendant la phase transitoire du programme, en attendant que les écoles de santé fournissent les ASC formés à partir des modules harmonisés de santé communautaire

³ Le contrat doit être signé entre l'ASC et la commune et le Chef de centre de santé doit également parapher ce contrat. Un modèle est fourni dans les annexes

16	Fourniture d'un soutien continu pour la femme en travail en présence d'une accoucheuse qualifiée	X	X
17	Surveillance des maladies à potentiel épidémique	X	X
18	Promotion de la santé reproductive et du planning familial		X
19	Promotion de l'alimentation de complément		X
20	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de moins de 5 ans (paludisme, diarrhées et infections respiratoires aiguës)		X
21	Promotion et le soutien à la surveillance de la croissance		X
22	Violences basées sur le genre		X
23	Promotion du dépistage des cas de malnutrition		X
24	Promotion de l'hygiène	X	X
25	Lutte contre les maladies		X
TOTAL		17	21

➔ Formation et renforcement des capacités des ASC/RECO

Sur la base des domaines de compétence, des modules de formation ont été élaborés par le Ministère de la santé de la Guinée dont l'un pour les agents de santé communautaire et un autre pour les relais communautaires.

Pour dispenser les formations, des formateurs ont été formés ou seront formés sur l'utilisation et la dispensation du contenu des formations. Il est prévu que chaque formation soit suivie automatiquement de missions d'appui et de suivi post-formation afin de consolider les acquisitions des formations et corriger les imperfections/insuffisances.

Les documents exclusivement conseillés pour la formation des ASC et RECO sont les suivants :

- Module de référence pour la formation des agents de santé communautaire
- Module de référence pour la formation des relais communautaires
- Guide du formateur des agents de santé communautaire
- Guide du formateur des relais communautaires

Les procédures de formation des RECO et des ASC (phase transitoire) sont les suivantes :

Formation initiale	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer le plan de formation Arrêter et estimer le nombre total à former, nombre total de session, nombre de session par localité, le nombre de formateurs par localité, Établir le budget de la formation Établir le planning de formation Identifier et mobiliser les formateurs Faire le briefing des formateurs avec la participation du niveau régional Faire la reprographie des documents et manuels de formation Responsabiliser un coordinateur de la formation au niveau DPS Vérifier la concordance entre les personnes et la liste de formation avant le début Organiser des missions de supervision pendant le déroulement des sessions Finaliser la liste des personnes formées Actualiser la base de données des personnes formées
Formation continue	<ul style="list-style-type: none"> Suivi post formation Supervision régulière Prendre en compte les recommandations des supervisions antérieures et les performances constatées

➔ Formation et renforcement des capacités techniciens de santé communautaire (TSC)

Pour se conformer aux recommandations de l'OMS, le Ministère de la santé a décidé que les écoles de santé communautaires devront former et mettre sur le marché des Techniciens de santé communautaire (TSC).

Le Technicien de santé communautaire (TSC), selon les directives de l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), est un professionnel de santé qui, de par sa formation et son diplôme, est habilité à dispenser des soins promotionnels, préventifs, curatifs et palliatifs/réadaptatifs et de réinsertion sociale aux individus de tous les âges, aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien-portants.

Comme recommandé par l'OOAS et l'approche du Pipeline rural de l'OMS, pour accéder à la formation de l'agent de santé communautaire, il faut :

Être apte sur le plan physique et mental

Être détenteur du diplôme du BEPC

Avoir une maîtrise de la langue ou des langues parlées dans la localité

Avoir un bon niveau de connaissances en matière de séries scientifiques

Être résidant dans la région (localité)

Réussir au concours national d'entrée

Avoir un esprit d'équipe (surtout respect des autres).

La formation des techniciens en santé communautaire sera faite dans les écoles de formation en santé communautaire sur la base du curriculum de formation initiale des techniciens de santé communautaire. Ce curriculum définit également le profil des écoles de formation et le profil des enseignants qui seront aptes à dispenser les différents modules de formation.



Pour une meilleure opérationnalisation du processus sus-décri, il est recommandé aux acteurs de mise en œuvre, de prendre attache avec le responsable des normes et qualité des formations à la DNSCMT.

4.4 Équipement et soutien logistique aux ASC/RECO, y compris les intrants

4.4.1 Équipements des ASC et des RECO

Les équipements des ASC et des RECO doivent leur permettre de remplir leur rôle en rapport avec leurs domaines de compétences respectifs. Ils comprennent d'un côté les équipements de travail et de l'autre côté les outils de gestion de leurs activités.

Équipements		Outils de gestion
- Caisse communautaire ou armoire	- Téléphone (optionnel)	- Cahier de l'ASC - Registres

<ul style="list-style-type: none"> - Sac à dos - Badge - Gilet/Dossard, - Torche mixte (solaire et piles) - Imperméable - Bottes de protection - Casquette - Kit SRO (gobelet gradué de 1 litre, tasse et cuillères, Sceau de 20 litres avec couvercle etc...) - Mégaphone - Kit de lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> - Tablette (optionnel) - Toise - Culotte pèse enfant - Balance Salter - MUAC - TIMER - Boite de sécurité - Tensiomètre (pour les ASC) - Moto (pour les ASC) 	<ul style="list-style-type: none"> - Algorithmes - Carnet de commande des médicaments - Fiche de stock - Registre de surveillance épidémiologique - Carnet de rapport - Fiche de compilation des données - Fiche de référence/contre référence - Boite à image intégrée - Guide des messages, affiches, dépliants, flyers etc.
--	---	---

Les équipements doivent être renouvelés en fonction de leur durée de vie ou d'usage. Pour certains équipements, il existe des besoins récurrents à prévoir, à savoir :

- Les piles pour permettre l'utilisation des torches
- Le carburant, l'assurance et l'entretien des motos pour les agents de santé communautaire
- Les savons et liquides de désinfection des mains

4.4.2 Procédures pour les équipements des ASC et des RECO

Les procédures pour l'acquisition et la mise à disposition des équipements pour les ASC et les RECO est le suivant :

- Établir la liste des ASC/ RECO formés et déployer sur le terrain
- Estimer les besoins en équipement et faire la commande (à faire assez tôt)
- Faire le plan de distribution incluant le coût
- Assurer la distribution des équipements et la documentation de cette distribution

NB : *Au cours des supervision, le point doit être fait sur l'état de fonctionnalité des équipements et la disponibilité des outils de gestion de la santé communautaire.*

4.4.3 Procédures concernant l'approvisionnement des ASC/RECO en produits de santé

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

- L'ASC et le RECO bénéficieront d'une dotation de base en intrants et médicaments par le centre ou poste de santé dont il relève pour le démarrage de ses activités
- Le réapprovisionnement se fera au niveau de la formation sanitaire sur la base des besoins estimés et des rapports d'activités par l'ASC (comprenant celles des RECO sous sa responsabilité) 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 ou le RECO aux prix homologués ou fixés par l'État.

Les fonds recouverts par la vente des médicaments doivent être reversés au centre ou poste de santé. Le ministère a enregistré des données qui témoignent de la grande charge financière sur les recettes du centre et une politique de gratuité potentiellement étouffante pour la structure de santé des foies.

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

Procédures d'approvisionnement de l'ASC/RECO
<ul style="list-style-type: none"> • Une dotation initiale est faite à chaque ASC ou RECO en début démarrage des activités • A la fin de chaque mois :

- Sur la base des outils, l'ASC aide les RECO à établir le bilan de l'utilisation des produits de santé
- Vérifie la concordance entre les données de prestation, les consommations de produits et les stocks restants
- Établit les besoins en produits de santé des RECO placés sous sa responsabilité
- L'ASC fait également le point sur la situation des stocks qu'il détenait et gérait lui-même
- L'ASC consolide les consommations, les stocks restants et les besoins en approvisionnement pour lui-même et pour les RECO placés sous sa responsabilité. Ces données sont consignées dans son RMA et dans la fiche de consommation mensuelle et de commande de produits de santé
- Le CCS vérifie et contrôle les informations fournies par l'ASC sur les consommations de produits de la période ainsi que la commande pour le mois suivant
- A la suite de cette vérification, la commande de produits de l'ASC et des RECO sont validés.

NB : Les commandes de produits du Centre/Poste de santé prennent en compte les besoins des ASC et des RECO.

Pour une meilleure opérationnalisation du processus sus-décrit, il est recommandé aux acteurs de mise en œuvre, de prendre attache avec le gestionnaire de stocks et approvisionnement à la DNSCMT.

4.5 Modalités et procédures de rémunération et de motivation des ASC/RECO

La politique de santé communautaire prévoit que l'ASC et le RECO reçoivent une rémunération fixée et harmonisée pour chaque catégorie d'acteurs. Les montants de la rémunération et les modalités de paiement sont inscrits dans le contrat qui lie les RECO et les ASC aux communes dont ils dépendent.

En plus de ce salaire, les ASC et les RECO intégreront la fonction locale et pourront recevoir d'autres gratifications ou avantages décidées par chaque commune en fonction de son contexte et des possibilités techniques et financières.

Les salaires des ASC et des RECO sont versés mensuellement à chacun selon les procédures suivantes :

Procédures de rémunération de l'ASC/RECO

- A la fin de chaque mois :
 - L'ASC envoie au CCS le point sur la présence et les prestations effectives des RECO placés sous sa responsabilité
 - Le CCS fait le point sur la fonctionnalité effective de l'ASC
 - Le CCS envoie ce point et la copie du RMA de l'ASC à la commune
- La commune procède à la vérification et au paiement des salaires⁴.

NB : Les modalités de paiement ou de transfert des salaires aux ASC et RECO doivent viser l'efficacité, la sécurisation des fonds et la réduction des frais pour entrer en possession du salaire.

Dans le cadre de la contribution des collectivités territoriales au financement de la santé communautaire, l'État dans le cadre du transfert des compétences a prévu de transférer des ressources financières à ces entités via l'Agence nationale de financement des collectivités (ANAFIC). Les mesures suivantes permettront de garantir la durabilité de la prise en compte de la santé communautaire dans le budget des collectivités territoriales :

- Inscription de l'ASC et du RECO dans la nomenclature des postes administratifs des communes
- L'inscription d'une ligne budgétaire relative à la santé communautaire dans le Plan annuel d'investissement de chaque commune
- Le suivi et la documentation du respect des engagements des communes dans la santé communautaire

4.6 Modalités et procédures de Gestion administrative des ASC/RECO

Les ASC et les RECO signent des contrats de travail avec la commune dont il relève. Une partie de leur gestion fait intervenir des acteurs du système de santé car ils font partie intégrante du maillon du système de santé.

⁴ Pendant les phases transitoires ou démarrage des programmes, il se peut que les salaires soient payés par un tiers acteur, cela en fonction des contingences liées à la gestion des fonds. Dans ce cas, le paiement est effectué une fois que la commune donne son accord. Le point sur le paiement ainsi que les copies des états de paiement doivent être envoyés périodiquement à la commune pour documentation et archivage

Actes/volets administratifs	CCS	Commune
Préparation du contrat initial	Confirme l'identité	Élabore le draft
Signature du contrat initial	Paraphe le contrat	Cosigne le contrat
Évaluation du contrat (performance de l'agent)	Mène l'évaluation technique et propose le renouvellement ou non	Participe à l'évaluation
Renouvellement du contrat	Paraphe le contrat	Décide du renouvellement
Autorisation d'absence	Donne son avis	Autorise
Autorisation de congé	Donne son avis	Autorise
Dossier administratif		Prépare, conserve et archive

Afin d'assurer une mise en œuvre efficace de la santé communautaire, il est important de créer et maintenir non seulement une cohésion, une solidarité et une complémentarité entre les acteurs de la santé communautaire d'une part, et d'autre part, un environnement favorable au sein des communautés. L'environnement favorable au sein des communautés permettra une meilleure implication et participation des populations et une facilité de travail pour les ASC et les RECO.

Les mesures préconisées sont les suivantes :

- Le CCS veillera à encourager la collaboration et le dialogue permanent entre les ASC et le RECO. Les prémisses de conflits devraient être détectés et résolus. Lorsqu'un conflit s'installe, entre les ASC et le RECO, la situation devrait être portée à la connaissance du COSAH. Ce point peut faire l'objet d'une session spéciale, en fonction de l'importance, ou être simplement inscrit à l'ordre du jour d'une réunion normale du COSAH. Les mesures sont alors prises pour ramener la sérénité entre les acteurs ou trouver une alternative au cas par cas et en fonction de l'intensité ou de la gravité
- L'ASC veillera et contribuera à installer et maintenir un environnement favorable de travail pour le RECO. Ses descentes dans la communauté ou les supervisions constituent une opportunité pour résoudre les conflits et améliorer l'environnement de travail du RECO
- Le COSAH contribuera à résoudre les conflits entre ASC, ASC et RECO, entre les acteurs (ASC, RECO) et la communauté. Cela passera par la prévention, le dialogue et l'intermédiation. Au besoin, les leaders d'opinion seront mis à profit pour résoudre les conflits éventuels et/ou maintenir l'environnement favorable aux prestations de santé communautaire.

4.7 Modalités et procédures d'évaluation des performances, sanctions et remplacement des ASC/RECO

Compte tenu de l'importance de la santé communautaire pour le développement des soins de santé primaires, les performances de la santé communautaire seront régulièrement évaluées. Cela est aussi valable pour les acteurs de premier plan que sont les ASC et les RECO.

Les supervisions constituent une opportunité d'évaluation technique de la maîtrise des actes et des prestations des ASC et des RECO. Elles constituent une fenêtre d'opportunité pour corriger les erreurs, renforcer ou faire la mise à jour des connaissances des ASC et des RECO.

La documentation des activités des ASC et des RECO combinée aux données concernant leur gestion administrative offre une base pour l'évaluation des performances des ASC et des RECO.

L'évaluation des performances peut se faire avant le renouvellement ou à la fin de chaque année. Les éléments pouvant être pris en compte au cours de cette évaluation sont les suivants :

- La présence et le travail effectif sur le terrain
- L'acceptation et l'intégration au sein de la communauté
- L'appréciation de la qualité du travail (appréciation par les communautés à travers autoévaluation communautaire)
- Les résultats obtenus (à juger en fonction du contexte et de la survenue d'évènements comme l'insuffisance de ressource, la saison, la rupture des produits de santé, la sécurité, etc..)

L'évaluation du RECO est faite par le COSAH tandis que celle de l'ASC fait intervenir la DPS (en rappel, le Chef du centre/poste de santé siège dans le COSAH).

Les critères d'évaluation des ASC/RECO sont entre autres :

Résultat	Signification
L'environnement favorable et intégration	Il s'agit de voir si : <ul style="list-style-type: none"> • L'ASC ou le RECO est accepté par sa communauté • L'ASC ou le RECO contribue à la cohésion sociale (et non pas être un facteur de conflit) • L'ASC ou le RECO arrive à susciter une bonne participation communautaire
Gestion des produits de santé	Il s'agit ici de voir si : <ul style="list-style-type: none"> • L'ASC ou le RECO gère bien les produits de santé conformément aux normes • L'ASC ou le RECO cède les produits de santé gratuitement ou suivant le prix fixé le cas échéant • L'ASC ou le RECO lutte contre l'intrusion et l'utilisation des médicaments de qualité inférieur aussi bien dans son stock qu'au sein de sa communauté
Tenue des équipements et remplissage des outils	Il s'agit de vérifier si l'ASC ou le RECO assure une tenue correcte des équipements, des outils, les remplit (outils) et les utilisent (équipements) correctement et les conserve dans de bonnes conditions
Exécution du plan de travail ou atteinte des objectifs	Il s'agit d'analyser le volume d'activités mises en œuvre ou les objectifs atteints par l'ASC ou le RECO, suivant les prévisions
Résultats directs obtenus	Il s'agit d'analyser les résultats obtenus (en chiffre) au niveau des différentes prestations en se basant sur le RMA de l'ASC et le RMA du RECO.
Changements ou effets induits	Il s'agit d'analyser les changements induits au sein de la communauté du fait des activités des ASC et/ou des RECO. Ils s'apprécient en termes de : <ul style="list-style-type: none"> • Fréquentation initiale et continue des services de santé • L'amélioration des comportements en matière d'hygiène, d'assainissement et de mode de vie • L'amélioration du cadre de vie et d'autres pratiques ayant rapport avec la santé

L'évaluation ne doit pas se baser sur les données d'une seule période mais sur plusieurs, ceci afin de vérifier s'il n'y a pas une dynamique d'amélioration des différents items de l'évaluation.

Les modalités de résultat de l'évaluation sont les suivants :

Résultat	Signification
Excellent	L'ASC ou le RECO mène correctement ses activités. Les résultats atteignent ou dépassent les prévisions. Les rapports sont complets et reçus dans les délais, les produits de santé sont bien gérés. Les équipements sont tenus suivants les normes. L'ASC ou le RECO arrive à mener ses activités dans la communauté sans entraves avec une bonne participation communautaire. Les changements sont visibles et très importants au sein des communautés.
Moyen	L'ASC ou le RECO mène ses activités et les résultats s'approchent des prévisions. Les rapports sont parfois incomplets et reçus parfois dans les délais, les produits de santé sont assez bien gérés. L'ASC ou le RECO arrive à mener ses activités dans la communauté avec quelques entraves et une participation communautaire moyenne. Les changements sont visibles au sein des communautés, mais en deçà des attentes.
Médiocre	L'ASC ou le RECO ne mène pas toutes ses activités, et les résultats n'atteignent pas les prévisions. Les rapports sont reçus souvent hors délais et sont incomplets la plus part du temps, les produits de santé sont mal gérés. L'ASC ou le RECO mène difficilement ses activités dans la communauté avec des entraves et une participation communautaire faible. Les changements sont peu visibles au sein des communautés.
Inquiétant	L'ASC ou le RECO mène assez peu d'activités. Les résultats sont en deçà des attentes. Les données et rapports ne sont pas disponibles. Les produits de santé sont mal gérés. L'ASC ou le RECO est en conflit avec sa communauté. Les changements sont peu visibles, voire inexistants, au sein des communautés

Les modalités d'appréciation ou de sanctions suite de l'évaluation sont les suivantes :

- Félicitations (avec lettre ou diplôme de reconnaissance des performances)⁵
- Encouragements

⁵ Tous les agents de santé communautaires performants bénéficieront d'une progression professionnelle en fonction du plan de carrière et/ou des récompenses et avantages en fonction des réalités de leurs zones d'intervention. Quand l'agent deviendra membre à part entière un de la fonction publique locale, il se soumettra aux exigences de lois régissant en la matière

- Avertissement
- Blâme
- Décision de fin ou de non renouvellement du contrat

Les décisions de renouvellement ou de remplacement de l'ASC ou du RECO sont prises à la suite de cette évaluation.

En cas de décision de remplacement, l'ASC ou RECO doit au préalable être entendu et notifié avec une explication claire sur les motivations. Cela vise à réduire les incompréhensions et de continuer en faire des alliés de la santé communautaire et non des adversaires potentiels. Compte tenu de l'ancrage communautaire du RECO, il est important que la décision de remplacement soit partagée avec les leaders communautaires par le biais des COSAH.

Une fois la décision de remplacement prise, le processus de renouvellement suit les procédures décrites aux points 4.3.1 et 4.3.2.

Au cas où le nombre d'ASC ou de RECO à remplacer n'est pas suffisant pour organiser une session entière de formation, les procédures de capacitation seront les suivantes :

- S'il s'agit d'un RECO, un formateur sera envoyé pour encadrer la personne pendant 5 jours puis l'ASC mis à contribution pour poursuivre le renforcement des capacités sur les autres aspects. Le formateur fera ensuite 2 autres visites de 2 jours chacune afin de consolider les acquis.
- S'il s'agit d'un ASC, il sera envoyé auprès d'un formateur qui se chargera de le former in situ et de suivre son stage de remise à niveau. A l'issue de cette formation, l'ASC est envoyé dans son lieu d'affectation et un suivi post-formation sera mise en œuvre pour consolider ses connaissances et ses acquis

4.8 Modalités et procédures de supervision des interventions de santé communautaire

Le superviseur, utilisant des grilles de supervision approuvées par les autorités sanitaires, sera responsable des points suivants :

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

Il est entendu que la supervision doit renforcer le dialogue dans les deux sens. La supervision intégrée peut être suivie au besoin de supervision spécifique programmatique ou organisationnelle.

D'autres détails sur les principes, les objectifs, les méthodes, les périodicités de supervision et les grilles de supervision seront dans les documents normatifs destinés à cet effet.

4.8.1 Procédures de supervision des activités de santé communautaire par les COSAH

Pourquoi la supervision

- S'assurer que les acteurs de la santé communautaires (ASC et RECO) sont en place et travaillent
- S'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires pour la mise en œuvre des activités de santé communautaire
- S'assurer que les acteurs de santé communautaire sont payés et travaillent dans un environnement favorable
- Renforcer au besoin, la qualité des interventions à travers des mesures correctives adaptées
- S'assurer que les activités de santé communautaire sont mises en œuvre conformément aux directives nationales
- Créer les conditions pour la rétention des acteurs et la durabilité de la santé communautaire
- Vérifier dans la communauté si les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés

- Promouvoir la confiance dans la résolution de problèmes et la prise de décision (bonne analyse)
- Fournir des occasions de réflexion et de communication des cas d'expérience

Objectif général de la supervision :

Les activités de santé communautaire mises en œuvre sont conformes aux directives nationales et produisent les résultats escomptés dans la communauté.

Objectifs spécifiques :

- Les acteurs de la santé communautaire sont en place avec les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des activités de la santé communautaire
- Les acteurs de la santé communautaire bénéficient de leur motivation et salaire dans les délais requis
- Les directives nationales sur l'approvisionnement en produits de santé sont respectées
- Les dispositifs de rétention et de durabilité des activités de santé communautaire sont en place
- Les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés

Le déroulement de la supervision

• La périodicité de la supervision

- La supervision se fait chaque mois

Dans certaines circonstances, une supervision plus fréquente pourra être appropriée, mais aucune supervision ne devrait être moins fréquente qu'une fois par mois.

Une supervision non planifiée pourra être envisagée sur une base ad hoc. Sa préparation et son exécution obéiront aux mêmes principes ci-dessous.

• La préparation de la supervision

- Le CCS fait le point sur : l'évolution des indicateurs de santé communautaire, la disponibilité des outils de santé communautaire, la gestion des produits de santé et la présence effective des ASC et RECO
- Le représentant de la commune fait le point sur l'état de paiements des ASC et RECO et la disponibilité des moyens sur l'entretien et le fonctionnement des motos
- Le CCS et le représentant de la commune se concertent pour définir les sites à visiter
- Informer les responsables des sites à visiter sur la date retenue
- Vérifier la disponibilité des moyens pour la supervision et la disponibilité de la grille de supervision
- Faire ressortir les recommandations de la supervision antérieure

• Les outils de la supervision

- Grille de supervision de COSAH
- RMA du CCS
- RMA du RECO
- RMA de l'ASC
- Canevas de rapport

• Les modalités de la supervision

- Convenir du lieu et de l'heure de rencontre avec l'ensemble des membres du COSAH
- Partager les documents (termes de référence, RMA du centre de santé, autres données de supervision) 48h à 72h avant
- Effectuer les visites de terrain
- Tenir la réunion du COSAH pour apprécier la mise en œuvre des activités de santé communautaire y compris les constats faits lors des visites terrain
- Faire le point sur la gestion des produits de santé et l'approvisionnement
- Faire le point sur la mise en œuvre des recommandations antérieures
- Convenir des actions d'amélioration (recommandations)

• Le rapport de la supervision

- Se référer au canevas de rapport
- Passer en revue les notes prises lors des visites de terrains pour rédiger le rapport (le rapport est élaboré par le CCS)

- Partager le rapport avec la DPS et les autres membres de la commune

4.8.2 Procédures de supervision du RECO par l'ASC

Pourquoi la supervision

- C'est une activité complexe et nouvelle dont la durée de la formation ne permet pas de s'assurer d'une maîtrise optimale des tâches
- Il est nécessaire de maintenir une qualité adéquate des prestations ainsi qu'un environnement favorable
- Développer et améliorer les compétences de base
- Accroître et développer les connaissances requises pour la pratique
- Promouvoir la confiance dans la résolution de problèmes et la prise de décision (bonne analyse)
- Fournir des occasions de réflexion et de communication des cas d'expérience
- S'assurer que toutes les directives sont appliquées notamment la gestion des produits de santé et les prestations

Objectif général de la supervision :

Les prestations de santé communautaire mises en œuvre par le RECO sont conformes aux directives nationales et produisent les résultats escomptés.

Objectifs spécifiques :

- Les différentes tâches dévolues au RECO sont maîtrisées et effectuées
- Les prestations offertes par le RECO sont de qualité et acceptées par la communauté
- Les directives sur la gestion des produits de santé et les prestations sont appliquées.

Le déroulement de la supervision

• La périodicité de la supervision

- La supervision se fait chaque mois

Dans certaines circonstances, une supervision plus fréquente pourra être appropriée, mais aucune supervision ne devrait être moins fréquente qu'une fois par mois.

Une supervision non planifiée pourra être envisagée sur une base ad hoc. Sa préparation et son exécution obéiront aux mêmes principes ci-dessous.

• La préparation de la supervision

- Préparer le planning (trimestriel) des supervisions des RECO placés sous sa responsabilité
- Informer les RECO, le CCS et les COSAH du planning
- Vérifier la disponibilité des moyens pour la supervision (fonctionnalité de la moto et le carburant) et la disponibilité de la grille de supervision
- Faire ressortir les recommandations de la supervision antérieure
- Établir les performances de chaque RECO (analyse longitudinale des données qui se trouvent dans le RMA des RECO)
- S'assurer de la disponibilité des RECO sur le terrain avant de démarrer la supervision

• Les outils de la supervision

- Grille de supervision de l'ASC vers le RECO
- RMA du RECO
- RMA de l'ASC lui-même
- Cahier de l'ASC
- Module de formation du RECO

• Les modalités de la supervision

- Convenir du lieu de rencontre avec le RECO ou choisir un lieu à sa convenance (de préférence chez lui)
- Accompagner le RECO dans quelques prestations
- Faire le point sur les constats, échanger sur les aspects à améliorer en se référant au module de formation
- Faire le point sur la gestion des produits de santé et l'approvisionnement

- convenir des actions d'amélioration (recommandations)
- féliciter, encourager et mettre fin à l'activité de supervision

- Le rapport de la supervision

- se référer au canevas de rapport
- passer en revue les notes prises dans le cahier pendant la supervision pour rédiger le rapport
- partager le rapport avec le CCS et le COSAH

4.8.3 Procédures de supervision de l'ASC par le CCS

Pourquoi la supervision

- C'est une activité complexe et nouvelle dont la durée de la formation ne permet pas de s'assurer d'une maîtrise optimale des tâches
- Il est nécessaire de maintenir une qualité adéquate des prestations ainsi qu'un environnement favorable
- Développer et améliorer les compétences de base
- Accroître et développer les connaissances requises pour la pratique
- Promouvoir la confiance dans la résolution de problèmes et la prise de décision (bonne analyse)
- Fournir des occasions de réflexion et de communication des cas d'expérience
- S'assurer que toutes les directives sont appliquées notamment la gestion des produits de santé et les prestations

Objectif général de la supervision :

Les prestations de santé communautaire mises en œuvre par l'ASC sont conformes aux directives nationales et produisent les résultats escomptés.

Objectifs spécifiques :

- Les différentes tâches dévolues à l'ASC sont maîtrisées et effectuées
- Les prestations offertes par l'ASC sont de qualité et acceptées par la communauté
- Les directives sur la gestion des produits de santé et les prestations sont appliquées.

Le déroulement de la supervision

- La périodicité de la supervision

- La supervision se fait chaque mois

Dans certaines circonstances, une supervision plus fréquente pourra être appropriée, mais aucune supervision ne devrait être moins fréquente qu'une fois par mois.
Une supervision non planifiée pourra être envisagée sur une base ad hoc. Sa préparation et son exécution obéiront aux mêmes principes ci-dessous.

- La préparation de la supervision

- Préparer le planning des supervisions des ASC placés sous sa responsabilité
- Informer les ASC et les COSAH du planning
- Vérifier la disponibilité des moyens pour la supervision (fonctionnalité de la moto et le carburant) et la disponibilité de la grille de supervision
- Faire ressortir les recommandations de la supervision antérieure
- Établir les performances de chaque ASC (analyse longitudinale des données qui se trouvent dans le RMA des RECO)
- S'assurer de la disponibilité des ASC sur le terrain avant de démarrer la supervision

- Les outils de la supervision

- Grille de supervision du CCS vers l'ASC
- RMA de l'ASC lui-même
- Cahier de l'ASC
- Module et guide de formation du ASC pour orienter sur le contenu du renforcement des capacités

- Les modalités de la supervision
 - convenir de la date de supervision
 - accompagner l'ASC dans quelques prestations au sein de la communauté
 - faire le point sur les constats, échanger sur les aspects à améliorer en se référant au module de formation
 - faire le point sur la gestion des produits de santé et l'approvisionnement
 - convenir des actions d'amélioration (recommandations)
 - féliciter, encourager et mettre fin à l'activité de supervision
- Le rapport de la supervision
 - se référer au canevas de rapport
 - passer en revue les notes prises dans le cahier pendant la supervision pour rédiger le rapport
 - partager le rapport avec le DPS et le COSAH

4.8.4 Procédures de supervision conjointe du niveau central

Pourquoi la supervision

- S'assurer que les acteurs de la santé communautaires (ASC, RECO, CCS, SBC et COSAH) sont en place et travaillent
- S'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires pour la mise en œuvre des activités de santé communautaire
- S'assurer que les acteurs de santé communautaire sont payés et travaillent dans un environnement favorable
- S'assurer que les activités de santé communautaire sont mises en œuvre conformément aux directives nationales
- Créer les conditions pour la rétention des acteurs et la durabilité de la santé communautaire
- Discuter des performances de la santé communautaire en vue d'identifier les solutions aux goulots d'étranglement
- Discuter la coordination des interventions et l'implication des acteurs à tous les niveaux
- Promouvoir la confiance dans la résolution de problèmes et la prise de décision (bonne analyse) ;
- Fournir des occasions de réflexion et de communication des cas d'expérience ;

Objectif général de la supervision :

Les activités de santé communautaire mises en œuvre sont conformes aux directives nationales, sont efficacement coordonnées et produisent les résultats escomptés dans la DPS.

Objectifs spécifiques :

- Les acteurs de la santé communautaire sont en place avec les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des activités de la santé communautaire
- Les acteurs de la santé communautaire bénéficient de leur motivation et salaire dans les délais requis
- Les directives nationales sur l'approvisionnement en produits de santé sont respectées
- Les dispositifs de rétention et de durabilité des activités de santé communautaire sont en place
- Les partenaires et les interventions de santé communautaires sont efficacement coordonnés
- Les données de santé communautaire sont de qualité et utilisées au niveau DPS et communal
- Les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés

Le déroulement de la supervision

- La périodicité de la supervision
 - La supervision se fait chaque 3 mois (trimestriel)
 - Dans certaines circonstances, une supervision plus fréquente pourra être appropriée, mais aucune supervision ne devrait être moins fréquente qu'une fois tous les 3 mois.
 - Une supervision non planifiée pourra être envisagée sur une base ad hoc. Sa préparation et son exécution obéiront aux mêmes principes ci-dessous.
- La préparation de la supervision
 - La section suivi évaluation de la DNSCMT en collaboration avec les autres sections fait le point détaillé sur l'évolution des indicateurs de santé communautaire.

<ul style="list-style-type: none"> ○ La DPS fait le point sur la disponibilité des outils de santé communautaire, la gestion des produits de santé, la fonctionnalité des CS/PS, la fonctionnalité des COSAH, la présence effective des ASC/RECO dans chaque commune, la situation du paiement des ASC/RECO au niveau des communes, le fonctionnement des motos et l'état des autres équipements clés ○ La DPS avec la DNSCMT se concertent pour définir les sites à visiter ○ La DPS informe les responsables des sites à visiter sur la date retenue ○ Vérifier la disponibilité des moyens logistiques pour la supervision et la disponibilité de la grille de supervision ○ Faire ressortir les recommandations de la supervision antérieure
<ul style="list-style-type: none"> ● Les outils de la supervision
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grille de supervision du niveau central ○ Rapport d'analyse des données de performance ○ Rapport sur l'approvisionnement en produits de santé ○ Rapports de réunion mensuelle du centre de Santé ○ Canevas de rapport
<ul style="list-style-type: none"> ● Les modalités de la supervision
<ul style="list-style-type: none"> ○ C'est une supervision mixte qui comprend la DNSCMT, Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition, Bureau Stratégie et Développement, MATD, les programmes (PNLP, Programme National de lutte contre la tuberculose et Programme élargi de vaccination) et la DRS. ○ La supervision vise le niveau DPS et inclut les visites terrains ○ Convenir de la date de la supervision avec l'ensemble des parties prenantes ○ Partager les documents 48h à 72h avant ○ Tenir la réunion de supervision pour apprécier la mise en œuvre des activités de santé communautaire y compris les constats faits lors des visites terrain ○ Faire le point sur la gestion des produits de santé et l'approvisionnement ○ Faire le point sur la mise en œuvre des recommandations antérieures ○ Convenir des actions d'amélioration (recommandations)
<ul style="list-style-type: none"> ● Le rapport de la supervision
<ul style="list-style-type: none"> ○ Se référer au canevas de rapport ○ Passer en revue les notes prises lors des visites de terrains pour rédiger le rapport ○ Partager le rapport avec la DRS, la DPS et les autres membres de la délégation ○ Actualiser le canevas de suivi de la mise en œuvre et le plan de travail de la DNSCMT ○ Documenter les bonnes pratiques et leçons apprises (l'équipe de suivi évaluation de la DNSCMT)

4.9 Modalités et procédures de capitalisation et suivi évaluation des interventions de santé communautaire

La capitalisation des données de santé communautaire débuté depuis les interventions des ASC et des RECO où les données de prestations sont consignées dans les supports appropriés (cahier, registres, carnets, fiches, etc..). La qualité des données des RECO est assurée par les ASC tout au long du mois.

Les données des RECO sont ensuite synthétisées dans le canevas de son rapport mensuel d'activités (RMA). Les ASC collectent les RMA des RECO qu'ils synthétisent et y ajoutent leurs données de prestations pour constituer le RMA de l'ASC.

Le RMA de l'ASC est ensuite transmis au niveau du Centre/poste de santé. Les données issues du RMA de l'ASC sont ensuite incluses dans le RMA du Centre/poste de santé.

Les données du RMA du Centre de santé, après validation au niveau de la DPS sont saisies dans le portail de DHIS2. Une copie du RMA du Centre de santé est envoyé à la commune pour la capitalisation des données de santé communautaire.

Le contrôle qualité des données de santé communautaire sont faites à toutes les niveaux.

La capitalisation des données de santé communautaire se fait au niveau des outils primaires (cahier, registres, carnets, fiches, outils de supervision, etc..), au niveau des outils secondaires (RMA du RECO, RMA de

l'ASC et RMA du Centre/poste de santé) puis au niveau tertiaire dans le DHIS2 et dans les rapports élaborés par la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

Pour suivre les progrès de la santé communautaire, des indicateurs appropriés seront choisis et intégrés dans le DHIS2. Une partie des données et des indicateurs sera choisie pour constituer un Tableau de bord de suivi des indicateurs de santé communautaire (TBIS/C). Le TBIS/C constitue un instrument simplifié de suivi au niveau central des progrès et des performances de la santé communautaire.

Sur la base du TBIS/C et des autres informations, la DNSCMT élaborera un rapport périodique sur la mise en œuvre de la santé communautaire. Ce rapport inclut à la fois les données programmatiques et les données financières. Il est prévu également une revue semestrielle du programme de santé communautaire afin de se faire une idée sur les progrès, les goulots d'étranglement et proposer des mesures de réajustement.

NB : Les détails sont consignés dans le Plan de suivi évaluation du Plan stratégique de santé communautaire

4.10 Modalités et procédures de coordination des partenaires de la santé communautaire

La coordination des interventions de santé communautaire est nécessaire à tous les niveaux afin de garantir l'alignement, l'harmonisation, la cohérence et la complémentarité entre intervenants d'une part et d'autre part entre les partenaires techniques et financiers.

Au niveau communal, la coordination de la santé communautaire se fait sous la houlette du COSAH. A ce titre, il coordonne :

- Le démarrage des interventions
- Le recrutement/ choix des acteurs clés (RECO, ASC) ainsi que leur évaluation et remplacement en cas de besoin
- L'établissement des besoins pour le renforcement des capacités et du plateau des centres/poste de santé
- Les interventions des partenaires
- La mobilisation des ressources, notamment local pour le financement de la santé communautaire
- Le développement des initiatives de motivation visant la rétention des ASC et des RECO
- La supervision et l'évaluation des activités de santé communautaire dans l'aire de la commune.

Les réunions mensuelles du COSAH et les supervisions constituent les opportunités pour assurer le suivi des interventions, la supervision des acteurs et faire le point sur la coordination des interventions de santé communautaire. Les décisions visant la consolidation des interventions et l'accroissement des performances de la santé communautaire sont prises et suivies.

Au niveau préfectoral, la coordination des interventions de santé communautaires se fait dans le cadre du Comité préfectoral de coordination du secteur santé (CPCSS). Cette coordination vise l'harmonisation, l'alignement et la synergie des différentes initiatives de santé communautaire au niveau préfectoral. Outre l'appropriation et le suivi des interventions, les rencontres du CPCSS permettront de réfléchir et concrétiser la pérennisation des interventions de santé communautaire via l'opérationnalisation de la fonction publique locale et le fonds de développement local. A moyen terme, des discussions seront entreprises dans le sens de créer une articulation entre ce cadre de concertation et celui dénommé "ONE HEALTH" afin d'éviter la multiplicité des cadres de concertation.

Au niveau régional, la coordination et le suivi des interventions de santé communautaire seront intégrés dans les thèmes et les activités du Comité technique régional de coordination du secteur de la santé (CTRCSS).

Au niveau national (central), la coordination des interventions de santé se fait dans le cadre de la Plateforme multisectorielle de santé communautaire mise en place par le Ministère de la santé. La DNSCMT s'assure de la fonctionnalité et de la capitalisation des actions et des décisions de la Plateforme. La plateforme multisectorielle a pour mission, d'harmoniser les interventions des acteurs, de mutualiser les ressources et de coordonner l'ensemble des interventions en santé communautaire dans le pays. Les détails sur les objectifs, le fonctionnement et la composition de la Plateforme sont consignés en annexe-3 de ce document.

Annexe-1 Références bibliographiques

- 1- Ministère de la Santé en Guinée : Politique Nationale de la santé communautaire
- 2- Plan stratégique de santé communautaire 2018-2022
- 3- Plan de suivi évaluation du Plan stratégique de santé communautaire 2018-2022
- 4- Politique Nationale de Promotion de la Santé
- 5- Rapport de la Cartographie des Agents de Santé Communautaire et les structures de Sante en Guinée
- 6- Ministère de la santé, Cadre de mise en œuvre de la santé communautaire, Février 2017
- 7- Ministère de la Sante, Expérience de la santé communautaire en Guinée
- 8- Ministère de Santé, Direction nationale de la prévention et de la santé Communautaire, cadre de référence de l'organisation et du fonctionnement des comités d'hygiène
- 9- Ministère de Santé, Direction nationale de la prévention et de la santé Communautaire, Réunion de plateforme du 29 Septembre
- 10- Curriculum de formation des agents communautaires dans les écoles de santé communautaire
- 11- Formation et Insertion au Travail des Agents de Santé communautaire
- 12- Catalogue National des Indicateurs du Secteur de la Santé
- 13- Rapport de l'Atelier d'intégration et d'harmonisation du programme de Formation structurante et diplômante
- 14- Ministère de la sante. Direction Nationale de la Sante Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Stratégie de mobilisation des communautés pour la santé
- 15- Améliorer les mécanismes de mobilisation des communautés pour la santé pour un changement de comportement durable
- 16- Termes de référence pour une réunion de coordination des partenaires impliqués dans la sante communautaire. : État des lieux et harmonisation des interventions a base communautaire. Structures de Dialogue.
- 17- Étude sur la conception et plan de décentralisation et de déconcentration et son application au secteur de la sante. FWC Bénéficiaires – Europe AID
- 18- Les Agents de santé communautaire : Effet des incitations et des dés incitations sur leur motivation, le maintien en poste et la durabilité. BASICS II
- 19- The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Dean B. Carson
- 20- The rural pipeline to longer-term rural practice: General practitioners and specialists. Marcella M. S Kwan.
- 21- Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives
- 22- Programme d'agents de sante communautaires dans la région africaine de l'OMS : Données factuelles et options – Note d'orientation. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. 2017
- 23- Manuel de référence simplifié, formation de l'Agent de sante communautaire
- 24- Modèle d'interventions de l'UNICEF en Guinée (One pager)
- 25- Guide de supervision formative : Schéma Directeur des approvisionnements et de la distribution des médicaments essentiels du mali; Niveau communautaire
- 26- Ministère de la Sante. République de Guinée. Direction de la Sante Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Rapport Annuel 2016.
- 27- République de Guinée. Ministère de la sante. Plan National de Développement Sanitaire. PNDS. 2015 – 2024
- 28- République de Guinée. Ministère de la Sante. Directives Nationales de Planification Sanitaire.
- 29- Ministère de la Sante. Bureau Stratégie et Développement. Division Information Sanitaire et Recherche. Section Statistiques et Informations Sanitaires. Rapport mensuel de l'activité des Agents de santé communautaire

Annexe-2 Termes de référence de la Plateforme nationale multisectorielle de santé communautaire
**PORTANT CREATION, ATTRIBUTION, COMPOSITION DE LA PLATEFORME
MULTISECTORIELLE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE**
PREAMBULE

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de

Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle. Sous le leadership de cette direction, une politique nationale de santé communautaire a été élaborée et adoptée. Un plan stratégique pour la période 2018-2022 assorti d'un plan opérationnel et d'un plan de suivi évaluation a été élaboré.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait sur une approche progressive en fonction des moyens disponibles et le secteur de la santé communautaire est marqué par une multitude d'intervenants et d'interventions. En droite ligne avec la politique et la stratégie de santé communautaire, il est devenu impératif que l'ensemble des initiatives et soutiens soient coordonnés, alignés et harmonisés tant au niveau central qu'au niveau locorégional.

Prenant acte de cette nécessité, il est prévu ce qui suit :

Article 1^{er} Création

Il est créé au sein du Ministère de la Santé de la République de Guinée, une Plateforme multisectorielle en faveur de la Santé Communautaire.

Article 2 : Mission

La plateforme multisectorielle a pour mission d'harmoniser les interventions des acteurs, de mutualiser les ressources et de coordonner l'ensemble des interventions en santé communautaire dans le pays.

Article 3 : Fonctionnement de la plateforme multisectorielle en santé communautaire.

La plateforme se réunira une (1) fois chaque trimestre. L'ordre du jour et les procès-verbaux de ces réunions seront partagés avec le comité directeur de la plateforme multisectorielle.

Au sein de la plateforme, cinq (5) commissions (ou taskforces) seront mises en place et qui auront pour rôle de coordonner la mise en œuvre des activités planifiées et validées par la plateforme. Ces commissions sont les suivantes :

1. Commission chargée de la coordination
2. Commission chargée de l'élaboration et de révision des documents normatifs
3. Commission chargée de la mobilisation des ressources
4. Commission chargée de la communication
5. Commission chargée du suivi/évaluation

Ces commissions se réuniront une fois par mois pour discuter des thématiques spécifiques à chaque commission. Les procès -verbaux seront partagés à toutes les commissions de la plateforme.

Article 4 : Composition

La plateforme multisectorielle est un groupe technique de travail composé des cadres des Ministères de la Santé, du ministère de la décentralisation et l'administration du territoire, de l'Élevage, de l'Environnement, de l'Action Social, des ONG et des partenaires techniques et financiers.

Plus précisément, les commissions de la plateforme sont composées comme suit :

Commission chargée de la coordination	Président : Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire. Vice-Président : Direction Nationale de la Décentralisation. Rapporteur : OMS et RTI Membre : ONUSIDA, UNFPA, GIZ, USAID, PASSP, HSD. DNSFN
Commission chargée de	Président : PASA

l'élaboration et de révision des documents normatifs	Vice-Président : GIZ Rapporteur : ONUSIDA, Programme PCIMNE et Santé Plus Membre : RTI, OIM, AGIL, PEV, UNICEF, OMS, Chef de Division Santé Publique Vétérinaire et MATD
Commission chargée de la mobilisation des ressources	Président : PASSP Vice-Président : ANSS Rapporteur : MSF et FMG Membre : GIZ, Terre des hommes, Tinkisso, Environnement, GFF/BM et MATD
Commission chargée de la communication	Président : Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition Vice-Président : UNICEF Rapporteur : Palu et AGIL Membre : PNPCSP, Georgetwoun, ONUSIDA, MSF/ B, Lèpre, DMR, DNPCSP et MATD
Commission chargée du suivi/évaluation	Président : GIZ Vice-Président : USAID Rapporteur : JHPIEGO/HSD et POSSAV Membre : Direction Nationale de l'Enfance, MATD, Santé Familiale, et Programme TB et THA

Article 5 : Disposition finale

La présente note de service qui prend effet à compter de sa date signature sera enregistré et publié partout où besoin sera.

Annexe-3 Contrat type ASC et RECO

Annexe-3.1 Modèle type de contrat du RECO

(ARMOIRIES & ENTETE DE LA COMMUNE)

CONTRAT DE TRAVAIL A DUREE DETERMINE

Conclu entre

Mr/Mme	
Contacts	
Ci-nommé	Relais communautaire en abrégé « RECO »

Et

Mr/Mme	
Contacts	
Ci-nommé	Maire ou représentant attitré de la commune

Préambule

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait au niveau communal sous le leadership des autorités communales dans le cadre du transfert des compétences et des ressources come-me prévu dans les textes de la décentralisation. En vue d'assurer la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, la commune a conduit un processus de choix d'acteurs locaux que sont les relais communautaires pour assurer des prestations (RECO).

Signification et compréhension des termes

RECO	Désigne ici le Relais communautaire qui signe le contrat
Le contractant	Désigne ici le Relais communautaire qui signe le contrat
L'Agent de santé communautaire ou ASC	Désigne un agent de santé formé dans le cadre de la santé communautaire et qui dispose d'un contrat avec la commune pour exercer ce rôle. Un RECO est placé sous la supervision d'un ASC
Santé communautaire	Désigne ici l'ensemble des actes promotionnels et de prestations effectuées par l'ASC et le RECO et pour lesquels ils ont reçu une formation adéquate
Absence	Désigne ici les jours ouvrables où le RECO ne pourra pas travailler, soit parce qu'il effectue un déplacement hors de sa zone ou sera occupé pour une raison quelconque
Congé	Désigne le fait pour un RECO de ne pas être en mesure de prester car il est indisponible ou en voyage. Cela suppose que l'ASC en a été informé et que la commune (ou le centre de santé) a donné son accord préalable
Abandon de poste	Désigne ici le fait pour le RECO d'être absent à son poste, sans avoir préalablement notifié et demander l'autorisation. L'absence est qualifiée d'abandon de poste au-delà de xx jours (avec ou sans nouvelle)
Démission	Désigne ici le fait pour un RECO de notifier à l'ASC ou à la commune le fait qu'il délaisse son métier ou ne pourra plus l'exercer

Article 1^{er} : Objet du Contrat

Renforcer l'offre des services de santé complet tels que définis dans le paquet d'activités du relais communautaire (RECO) selon la Politique Nationale de « Santé Communautaire » de la République de Guinée.

Article 2 : Durée et Montant du Contrat

Le présent contrat a une durée déterminée de trois (3) ans, comme suit :

Date de début du contrat	
Date de fin du contrat	

La rémunération est payable mensuellement en francs guinéen (GNF) après approbation que le contractant a effectivement mené à bien ses activités.

Montant de la rémunération	
----------------------------	--

Le présent contrat ne donne pas droit à d'autres compensations financières ou de quelques autres natures que ce soit.

Article 3 : Rattachement

Sur la base du présent contrat, le RECO est rattaché comme suit :

Administrativement à la commune de :	
Techniquement sous tutelle du Centre/poste de santé de :	

Article 4 : Tâches essentielles et obligations du relai communautaire

Le relai communautaire est responsable de la fourniture du paquet intégré de services de santé suivant les compétences définies et pour lesquelles il a reçu une formation soit un secteur/village.

Les tâches essentielles du relai communautaire comportent au moins les éléments suivants :

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

En plus de ces tâches promotionnelles, le Relais communautaire est appelé à :

- Réaliser certaines prestations comme le dépistage et le traitement de certaines maladies
- Distribuer gratuitement des produits de santé (selon une liste et une démarche précise)
- Céder à des prix préalablement fixés des produits de santé

Les obligations du contractant sont les suivantes :

- Respecter les us et coutumes de la communauté
- Participer à la vie sociale de la communauté
- Développer et entretenir une attitude responsable pour être un modèle de la communauté afin de donner l'exemple
- Assurer correctement et entièrement ses tâches (incluant une présence assidue au sein de sa communauté
- Rendre compte régulièrement à l'agent de santé communautaire les sujets de préoccupation de la communauté ;
- Collaborer étroitement avec l'Agent de santé communautaire qui le supervise
- Préparer les rapports d'activités ;
- Veiller à ce que les données de suivi soient acheminées à l'instance supérieure en temps voulu ;
- Faciliter l'accès des membres de l'équipe de supervision à lui-même et aux membres de la communauté.

Article 5 : Obligations de la commune

Dans la cadre de l'exécution du présent contrat, les obligations de la commune sont entre autres les suivantes :

- Rendre disponibles les intrants pour l'offre des services de santé complet tels que définis dans le paquet d'activités ;
- Appuyer le suivi des activités de rapportage et de l'évaluation de la performance du RECO ;
- S'assurer du paiement régulier des salaires ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et sanitaires en vue d'assurer un cadre de travail favorable à la fourniture du paquet d'activités dévolu au RECO;
- Veiller à l'évaluation et au renouvellement à temps du contrat du RECO à l'échéance

Article 6 : Obligations du Centre/poste de santé

Dans la cadre de l'exécution du présent contrat, les obligations du Centre/poste de santé, dont le Relais communautaire dépend, sont entre autres les suivants :

- Rendre disponible les outils et matériels de travail pour le contractant
- Rendre disponible les intrants pour l'offre des services de santé complet tels que définis dans le paquet d'activités ;
- Veiller à ce que l'Agent de santé communautaire supervise, appui et renforce les capacités du RECO
- Veiller à ce que l'Agent de santé communautaire assure le suivi des activités et le rapportage ainsi que l'évaluation de la performance du RECO ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et sanitaires en vue d'assurer un cadre de travail favorable à la fourniture du paquet d'activités dévolu au RECO;

Article 7 : Des congés et des absences

Le contractant doit notifier au préalable ses absences (voyages ou autres) hors de sa communauté à l'agent de santé communautaire qui le supervise. Ce dernier tient informé le chef du centre de santé et la commune de cette absence.

Le contractant peut solliciter un congé dont la durée cumulée sur l'année n'excèdera pas 30 jours ouvrables. Les congés sont autorisés par la commune.

Dès lors que la fonction publique locale sera opérationnalisée et que le relais communautaire en fait partie, les règles communes en matière d'absences, de congés et d'évaluation lui sera appliqué.

Article 8 : Résiliation du contrat

Chaque partie peut à tout moment mettre fin au présent contrat :

- La commune peut mettre fin au contrat ou ne pas renouveler le contrat du RECO
 - o Après évaluation des performances et avis favorable du COSAH. Les modalités de cette évaluation et les sanctions sont précisées dans le Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire élaboré par le Ministère de la santé
 - o Lorsque que le RECO commet des fautes graves dans l'exercice de ses fonctions, qu'il s'agisse d'un manquement grave à ses obligations professionnelles ou d'une infraction au droit ou la commission de faits au sein de la communauté susceptible d'entacher sa moralité et compromettre sa crédibilité et l'exercice de sa fonction au sein de sa communauté
- Le RECO peut à tout moment mettre fin à son contrat, à sa convenance. Cependant, il prend le soin de tenir informé l'ASC (qui en informe le Chef du Centre/poste de santé et la Commune) au moins **deux mois à l'avance**

Tout différent intervenant entre les parties relatif à l'interprétation ou l'exécution du présent contrat sera soumis au règlement à l'amiable et de commun accord.

Article 9 : Disposition générales

- La résiliation du contrat ou le non renouvellement du contrat ne donne pas lieu à des indemnités à verser au RECO
- Après abandon, résiliation ou non renouvellement du contrat, le RECO est tenu de rétrocéder le matériel encore utilisable à la commune, sauf si autorisation expresse de garder lui a été donnée par la commune
- Ce contrat est régi par la loi guinéenne en vigueur en matériel de travail.

Article 10 : Entrée en vigueur

Le présent contrat établi en trois (03) exemplaires (une copie pour la commune, une copie pour le contractant et une copie pour le Centre/poste de santé). Il prend effet à compter de sa date de signature.

....., le// 201.....

<u>Pour le RECO</u>
Nom, prénom Signature Date de signature

<u>Pour la mairie</u>
Nom, prénom Signature Date de signature

<u>Pour le Centre /poste de santé</u>
--

Nom, prénom Signature Date de signature

Annexe-3.2 Modèle type de contrat de l'ASC

(ARMOIRIES & ENTETE DE LA COMMUNE)

CONTRAT DE TRAVAIL A DUREE DETERMINE

Conclu entre

Mr/Mme	
Contacts	
Ci-nommé	Agent de santé communautaire en abrégé « ASC »

Et

Mr/Mme	
Contacts	
Ci-nommé	Maire ou représentant attitré de la commune

Préambule

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait au niveau communal sous le leadership des autorités communales dans le cadre du transfert des compétences et des ressources come-me prévu dans les textes de la décentralisation. En vue d'assurer la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, la commune en collaboration avec le Ministère de la santé a conduit un processus de recrutement et de formation d'acteurs locaux, appelés Agents de santé communautaire (ASC) pour assurer des prestations de santé communautaires dans l'aire exclusif de la commune.

Signification et compréhension des termes

RECO	Désigne ici le Relais communautaire qui signe le contrat
Le contractant	Désigne ici le l'agent de santé communautaire qui signe le contrat
L'Agent de santé communautaire ou ASC	Désigne un agent de santé formé dans le cadre de la santé communautaire et qui dispose d'un contrat avec la commune pour exercer ce rôle. Un ASC supervision plusieurs RECO
Santé communautaire	Désigne ici l'ensemble des actes promotionnels et de prestations effectués par l'ASC et le RECO et pour lesquels ils ont reçu une formation adéquate
Absence	Désigne ici les jours ouvrables où l'ASC ne pourra pas travailler, soit parce

	qu'il effectue un déplacement hors de sa zone ou sera occupé pour une raison quelconque
Congé	Désigne le fait pour un ASC de ne pas être en mesure de prester car il est indisponible ou en voyage. Cela suppose que l'ASC en a été informé et que la commune (ou le centre de santé) a donné son accord préalable
Abandon de poste	Désigne ici le fait pour l'ASC d'être absent à son poste, sans avoir préalablement notifié et demander l'autorisation. L'absence est qualifiée d'abandon de poste au-delà de xx jours (avec ou sans nouvelle)
Démission	Désigne ici le fait pour un ASC de notifier au Chef du Centre/poste de santé ou à la commune le fait qu'il délaisse son métier ou ne pourra plus l'exercer

Article 1^{er} : Objet du Contrat

Renforcer l'offre des services de santé complet tels que définis dans le paquet d'activités de l'agent de santé communautaire (ASC) selon la Politique Nationale de « Santé Communautaire » de la République de Guinée.

Article 2 : Durée et Montant du Contrat

Le présent contrat a une durée déterminée de trois (3) ans, comme suit :

Date de début du contrat	
Date de fin du contrat	

La rémunération est payable mensuellement en francs guinéen (GNF) après approbation que le contractant a effectivement mené à bien ses activités.

Montant de la rémunération	
----------------------------	--

Le présent contrat ne donne pas droit à d'autres compensations financières ou de quelques autres natures que ce soit.

Article 3 : Rattachement

Sur la base du présent contrat, l'ASC est rattaché comme suit :

Administrativement à la commune de :	
Techniquement sous tutelle du Centre/poste de santé de :	

Article 4 : Tâches essentielles et obligations de l'agent de santé communautaire

L'agent de santé communautaire est responsable de la fourniture du paquet intégré de services de santé suivant les compétences définies et pour lesquelles il a reçu une formation soit un secteur/village.

L'agent de santé communautaire effectuera des prestations et des tâches dans les domaines de compétences sur la base desquelles il a été formé et équipé en conséquence.

Il passera 20% de son temps de travail au sein du Centre/poste de santé de rattachement et 80% de son temps de travail pour des prestations au sein de la communauté et/ou en soutien aux relais communautaires placés sous sa responsabilité

De par ses activités, il devra contribuer à :

- Augmenter la disponibilité, l'accès et les performances des services à base communautaire locale
- Augmenter la fréquentation et l'utilisation des services essentiels de soins de santé primaire, notamment les CPN, la vaccination, le suivi des nouveau-nés, la PCIMNE
- Augmenter le taux d'accouchement assisté

- Augmenter la détection et la prise en charge des cas de paludisme, d'IRA, de diarrhées et de malnutrition, ou la référence le cas échéant
- Augmenter l'utilisation continue des services en recherchant les perdus de vue
- Renforcer la surveillance épidémiologique à base communautaire dans son aire sanitaire

En plus de ces tâches promotionnelles, l'ASC est appelé à :

- Réaliser certaines prestations comme le dépistage et le traitement de certaines maladies
- Distribuer gratuitement des produits de santé (selon une liste et une démarche précise)
- Céder à des prix préalablement fixés des produits de santé
- Superviser et soutenir les RECO placés sous sa responsabilité
- Contribuer à améliorer le système de gouvernance locale

Les obligations du contractant sont les suivantes :

- Respecter les us et coutumes de la communauté
- Participer à la vie sociale de la communauté
- Développer et entretenir une attitude responsable pour être un modèle de la communauté afin de donner l'exemple
- Assurer correctement et entièrement ses tâches (incluant une présence assidue au sein de sa communauté)
- Rendre compte régulièrement au Chef du centre/poste de santé des sujets de préoccupation de la communauté ;
- Collaborer étroitement avec Chef du centre/poste de santé qui le supervise
- Préparer les rapports d'activités des RECO et de lui-même (RMA du RECO, RMA de l'ASC) en suivant le canevas proposé ;
- Veiller à ce que les données de suivi soient acheminées au centre/poste de santé dans les délais requis ;
- Faciliter l'accès des membres de l'équipe de supervision à lui-même, aux RECO et aux membres de la communauté.

Article 5 : Obligations de la commune

Dans la cadre de l'exécution du présent contrat, les obligations de la commune sont entre autres les suivantes :

- Rendre disponibles les moyens pour les activités de l'ASC (motos, entretien, carburant) ;
- Appuyer le suivi des activités de rapportage et de l'évaluation de la performance de l'ASC ;
- S'assurer du paiement régulier des salaires ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et sanitaires en vue d'assurer un cadre de travail favorable à la fourniture du paquet d'activités dévolu à l'ASC ;
- Veiller à l'évaluation et au renouvellement à temps du contrat de l'ASC à l'échéance

Article 6 : Obligations du Centre/poste de santé

Dans la cadre de l'exécution du présent contrat, les obligations du Centre/poste de santé, dont le Relais communautaire dépend, sont entre autres les suivantes :

- Rendre disponible les outils et matériels de travail pour le contractant
- Rendre disponibles les intrants pour l'offre des services de santé complet tels que définis dans le paquet d'activités
- Rendre disponible les intrants pour l'offre des services de santé complet tels que définis dans le paquet d'activités ;
- Veiller à ce que l'Agent de santé communautaire supervise, appui et renforce les capacités de l'ASC
- Veiller à ce que l'Agent de santé communautaire assure le suivi des activités et le rapportage ainsi que l'évaluation de la performance de l'ASC ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et sanitaires en vue d'assurer un cadre de travail favorable à la fourniture du paquet d'activités dévolu à l'ASC ;

Article 7 : Des congés et des absences

Le contractant doit notifier au préalable ses absences (voyages ou autres) hors de sa communauté à l'agent de santé communautaire qui le supervise. Ce dernier tient informé le chef du centre de santé et la commune de cette absence.

Le contractant peut solliciter un congé dont la durée cumulée sur l'année n'excèdera pas 30 jours ouvrables. Les congés sont autorisés par la commune.

Dès lors que la fonction publique locale sera opérationnalisée et que l'agent de santé communautaire en fait partie, les règles communes en matière d'absences, de congés et d'évaluation lui sera appliqué.

Article 8 : Résiliation du contrat

Chaque partie peut à tout moment mettre fin au présent contrat :

- La commune peut mettre fin au contrat ou ne pas renouveler le contrat de l'ASC
 - o Après évaluation des performances et avis favorable du COSAH. Les modalités de cette évaluation et les sanctions sont précisées dans le Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire élaboré par le Ministère de la santé
 - o Lorsque que le RECO commet des fautes graves dans l'exercice de ses fonctions, qu'il s'agisse d'un manquement grave à ses obligations professionnelles ou d'une infraction au droit ou la commission de faits au sein de la communauté susceptible d'entacher sa moralité et compromettre sa crédibilité et l'exercice de sa fonction au sein de sa communauté
- L'ASC peut à tout moment mettre fin à son contrat, à sa convenance. Cependant, il prend le soin de tenir informé le Chef du Centre/poste de santé et la Commune au moins **deux mois à l'avance**

Tout différent intervenant entre les parties relatif à l'interprétation ou l'exécution du présent contrat sera soumis au règlement à l'amiable et de commun accord.

Article 9 : Disposition générales

- La résiliation du contrat ou le non renouvellement du contrat ne donne pas lieu à des indemnités à verser à l'ASC
- Après abandon, résiliation ou non renouvellement du contrat, l'ASC est tenu de rétrocéder le matériel encore utilisable à la commune, sauf si autorisation expresse de garder lui a été donné par la commune
- Ce contrat est régi par la loi guinéenne en vigueur en matériel de travail.

Article 10 : Entrée en vigueur

Le présent contrat établi en trois (03) exemplaires (une copie pour la commune, une copie pour le contractant et une copie pour le Centre/poste de santé). Il prend effet à compter de sa date de signature.

....., le// 201.....

<p style="text-align: center;"><u>Pour l'ASC</u></p> <p>Nom, prénom Signature Date de signature</p>	<p style="text-align: center;"><u>Pour la mairie</u></p> <p>Nom, prénom Signature Date de signature</p>
<p><u>Pour le Centre /poste de santé</u></p> <p>Nom, prénom Signature Date de signature</p>	

Annexe-4 Modèles génériques des TDR de supervision

Annexe-4.1 TDR générique pour la supervision des activités de santé communautaire par le COSAH

Termes de référence de la mission de supervision des activités de santé communautaire par le COSAH
<p style="text-align: center;">Commune de :.....</p> <p>1_ Introduction</p> <p>Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.</p>

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait au niveau communal sous le leadership des autorités communales dans le cadre du transfert des compétences et des ressources come-me prévu dans les textes de la décentralisation. En vue d'assurer la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, la commune en collaboration avec le Ministère de la santé a conduit un processus de recrutement et de formation d'acteurs locaux, appelés Agents de santé communautaire (ASC) et Relais communautaire (RECO) pour assurer des prestations de santé communautaires dans l'aire exclusif de la commune.

Les présents termes de référence visent la réalisation de la supervision des activités de santé communautaires menées dans l'aire de la commune par le Comité de santé et d'hygiène (COSAH)

2_ Objectif de la supervision

L'objectif général de la supervision est de s'assurer et créer les conditions pour que les activités de santé communautaire mises en œuvre soient conformes aux directives nationales et produisent les résultats escomptés dans la communauté.

Plus spécifiquement, il s'agit de s'assurer que :

- Les acteurs de la santé communautaire sont en place avec les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des activités de la santé communautaire
- Les acteurs de la santé communautaire bénéficient de leur motivation et salaire dans les délais requis
- Les directives nationales sur l'approvisionnement en produits de santé sont respectées
- Les dispositifs de rétention et de durabilité des activités de santé communautaire sont en place
- Les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés

3_ Déroulement et durée de la mission

La supervision nécessite une bonne préparation afin qu'elle soit un succès. La supervision n'est pas technique mais stratégique et s'adresse aux activités menées au titre de la santé communautaire. Au cours de la supervision, des descentes au sein des communautés peuvent être effectuées.

La supervision dure une journée et aura lieu le de xxx h à xxx h sous la présidence du responsable du COSAH ou son Représentant délégué.

Pour la préparation et l'exécution de la supervision, les membres du COSAH vont se référer :

- Grille de supervision des activités de santé communautaire par le COSAH
- Guide de supervision des activités de santé communautaire par le COSAH qui décrit les modalités de préparation et d'exécution de la supervision
- Canevas de rapport de supervision proposé avec la grille de supervision

Le rapport de supervision du COSAH est élaboré par le Chef du centre/poste de santé avec l'appui du représentant de la commune. Le rapport doit être finalisé au plus tard une semaine après la fin de la supervision.

4_ Lieu de supervision

La supervision se déroulera au sein de la commune.

- Le lieu de la visite de site ou de ménage sera précisé
- Le lieu de réunion est fixé à :

5_ Composition de la mission

L'équipe de supervision est composée comme suit :

- Xxx (Nom/Prénom, Titre/occupation/Fonction)
- Xxx (Nom/Prénom, Titre/occupation/Fonction)
- Xx
- xxx

6_ Budget de la mission

(Estimer et inclure le budget, en y indiquant la source de financement)

Annexe-4.2 TDR générique pour la supervision du RECO par l'ASC

Termes de référence de la mission de supervision des RECO par l'ASC

Commune de :

1_ Introduction

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait au niveau communal sous le leadership des autorités communales dans le cadre du transfert des compétences et des ressources come-me prévu dans les textes de la décentralisation. En vue d'assurer la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, la commune en collaboration avec le Ministère de la santé a conduit un processus de recrutement et de formation d'acteurs locaux, appelés Agents de santé communautaire (ASC) et Relais communautaire (RECO) pour assurer des prestations de santé communautaires dans l'aire exclusif de la commune. Les RECO effectuent leurs prestations sous la supervision technique de l'ASC

Les présents termes de référence visent la réalisation de la supervision technique des Relais communautaires par l'Agent de santé communautaire.

2_ Objectif de la supervision

L'objectif général de la supervision est de d'apporter un soutien technique et méthodologique au Relais communautaires afin de créer les conditions pour que les activités de santé communautaire mises en œuvre par le RECO soient conformes aux directives nationales, produisent les résultats escomptés dans la communauté et sont correctement capitalisés.

Plus spécifiquement, il s'agit :

De s'assurer que :

- Les RECO maîtrisent le contenu des messages et sont en mesure d'effectuer correctement les prestations relevant de leurs domaines de compétence
- La gestion des produits de santé sont conformes aux normes et recommandations
- Les RECO travaillent dans un environnement favorable
- Les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés
- Les résultats des prestations de santé communautaire sont capitalisés

De renforcer les capacités techniques du RECO en vue du respect des normes

3_ Déroulement et durée de la mission

La supervision nécessite une bonne préparation afin qu'elle soit un succès. La supervision est technique mais stratégique. Elle s'adresse aux activités menées par le RECO au titre de la santé communautaire. Au cours de la supervision, des descentes au sein des communautés peuvent être effectuées.

La supervision va concerner tous les RECO sous la responsabilité de l'ASC.

La supervision dure une journée pour chaque RECO.

Pour la préparation et l'exécution de la supervision, l'ASC va se référer aux documents suivants :

- Grille de supervision du RECO par l'ASC
- Guide de supervision du RECO qui décrit les modalités de préparation et d'exécution de la supervision
- Canevas de rapport de supervision proposé avec la grille de supervision
- RMA du RECO

Le rapport de supervision des RECO est élaboré par l'ASC. Le rapport doit être finalisé au plus tard une semaine après la fin de la supervision.

4_Lieu de supervision

La supervision se déroulera au sein de la commune.

La supervision va concerner les RECO avec les dates suivantes :

Nom du RECO	Secteur ou village	Date de descente de supervision
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		

5_Composition de la mission

La supervision sera faite par l'ASC. Dans certains cas particulier, l'ASC peut être accompagné par le Chef de Centre/poste de santé.

6_Budget de la mission

(Estimer et inclure le budget, en y indiquant la source de financement)

Annexe-4.3 TDR générique pour la supervision de l'ASC par le CCS

Termes de référence de la mission de supervision de l'ASC par le Chef de centre/poste de santé

Commune de	
Centre /poste de santé de	

1_Introduction

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait au niveau communal sous le leadership des autorités communales dans le cadre du transfert des compétences et des ressources come-me prévu dans les textes de la décentralisation. En vue d'assurer la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, la commune en collaboration avec le Ministère de la santé a conduit un processus de recrutement et de formation d'acteurs locaux, appelés Agents de santé communautaire (ASC) et Relais communautaire (RECO) pour assurer des prestations de santé communautaires dans l'aire exclusif de la commune. Les RECO effectuent leurs prestations sous la supervision technique de l'ASC et l'ASC sous la supervision technique du Chef de Centre/Poste de santé.

Les présents termes de référence visent la réalisation de la supervision technique des Agents de santé communautaire par le Chef de Centre/Poste de santé.

2_ Objectif de la supervision

L'objectif général de la supervision est de d'apporter un soutien technique et méthodologique aux Agents de santé communautaire afin de créer les conditions pour que les activités de santé communautaire mises en œuvre par l'ASC soient conformes aux directives nationales, produisent les résultats escomptés dans la communauté et sont correctement capitalisés.

Plus spécifiquement, il s'agit de s'assurer que :

- Les ASC maîtrisent le contenu des messages et sont en mesure d'effectuer correctement les prestations relevant de leurs domaines de compétence (renforcement des capacités)
- La gestion des produits de santé sont conformes aux normes et recommandations
- Les ASC travaillent dans un environnement favorable
- Les ASC apportent un appui aux RECO sous leur responsabilité respective
- Les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés
- Les résultats des prestations de santé communautaire sont capitalisés

3_ Déroulement et durée de la mission

La supervision nécessite une bonne préparation afin qu'elle soit un succès. La supervision est technique mais stratégique. Elle s'adresse aux activités menées par les ASC au titre de la santé communautaire, mais aussi le soutien technique qu'ils apportent aux RECO sous leur responsabilité. Au cours de la supervision, des descentes au sein des communautés peuvent être effectuées.

La supervision va concerner tous les ASC sous la responsabilité du Chef de Centre/Poste de santé.

La supervision dure une journée pour chaque ASC.

Pour la préparation et l'exécution de la supervision, l'ASC va se référer aux documents suivants :

- Grille de supervision de l'ASC par le Chef de Centre/Poste de santé
- Guide de supervision de l'ASC qui décrit les modalités de préparation et d'exécution de la supervision
- Canevas de rapport de supervision proposé avec la grille de supervision
- RMA du RECO
- RMA de l'ASC

Le rapport de supervision l'ASC est élaboré par le Chef de Centre/poste de santé. Le rapport doit être finalisé au plus tard une semaine après la fin de la supervision.

4_ Lieu de supervision

La supervision se déroulera au sein de la commune et du Centre/Poste de santé.

La supervision va concerner les ASC avec les dates suivantes :

Nom de l'ASC	Secteur ou village	Date de descente de supervision
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		

5_ Composition de la mission

La supervision sera faite par le Chef de Centre/poste de santé. Dans certains cas particuliers, il peut être accompagné par un membre de l'Équipe cadre de district. .

6_ Budget de la mission

(Estimer et inclure le budget, en y indiquant la source de financement)

Annexe-4.4 TDR générique pour la supervision des activités de santé communautaire le niveau central

Termes de référence de la mission de supervision des activités de santé communautaire par le niveau central

Direction régionale de la santé de :	
Direction préfectorale de la santé de :	

1_Introduction

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). Ainsi, il s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, qui sont des instruments de mise en œuvre de la politique Nationale de santé.

La santé communautaire étant le pilier principal du PNDS et de la couverture sanitaire universelle (CSU), le Ministère de la santé a mis en place la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle.

L'opérationnalisation de la santé communautaire se fait au niveau communal sous le leadership des autorités communales dans le cadre du transfert des compétences et des ressources come-me prévu dans les textes de la décentralisation. En vue d'assurer la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, la commune en collaboration avec le Ministère de la santé a conduit un processus de recrutement et de formation d'acteurs locaux, appelés Agents de santé communautaire (ASC) et Relais communautaire (RECO) pour assurer des prestations de santé communautaires dans l'aire exclusif de la commune. Les RECO effectuent leurs prestations sous la supervision technique de l'ASC et l'ASC sous la supervision technique du Chef de Centre/Poste de santé.

A termes et avec la mise en place de la fonction publique locale et du pipeline rural, le Ministère de l'administration territoriale et les communes vont jouer un rôle important dans la rétention des acteurs clés de la santé communautaire (ASC et RECO).

En vue de coordonner la mise en œuvre de la santé communautaire, il a été mis en place une Plateforme multisectorielle de santé communautaire. Cette Plateforme regroupe l'ensemble des partenaires, des institutions et des ministères qui interviennent dans le domaine de la santé communautaire.

La mise en œuvre de la santé communautaire au niveau des communes, le Ministère de la santé a opté pour une approche progressive qui tient compte de la disponibilité des ressources humaines, techniques et financières.

Les présents TDR concernent la supervision de la santé communautaire au niveau de la DPS de.....

2_Objectif de la supervision

L'objectif général de la supervision est de s'assurer que les activités de santé communautaire sont correctement menées dans la Direction préfectorale de santé, conformément aux directives nationales, produisent les résultats escomptés dans la communauté et sont correctement capitalisés.

Plus spécifiquement, il s'agit de s'assurer que :

- Les acteurs de la santé communautaire sont en place avec les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des activités de la santé communautaire
- Les acteurs de la santé communautaire bénéficient de leur motivation et salaire dans les délais requis

- Les directives nationales sur l’approvisionnement en produits de santé sont respectées
- Les dispositifs de rétention et de durabilité des activités de santé communautaire sont en place
- Les partenaires et les interventions de santé communautaires sont efficacement coordonnés
- Les données de santé communautaire sont de qualité et utilisées au niveau DPS et communal Les activités de santé communautaire produisent les effets escomptés

- Promouvoir la confiance dans la résolution de problèmes et la prise de décision (bonne analyse) ;
- Fournir des occasions de réflexion et de communication des cas d’expérience ;

3_Déroulement et durée de la mission

La supervision nécessite une bonne préparation afin qu’elle soit un succès. La supervision est plus stratégique. Elle s’adresse aux activités menées au titre de la santé communautaire dans la préfecture, mais aussi le soutien technique que la DPS apporte aux communes de leur aire de responsabilité. Au cours de la supervision, des descentes au sein des communautés peuvent être effectuées.

La supervision sera conjointe sous l’égide de la Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle. L’équipe de supervision doit comprendre au moins un représentant du MATD et un représentant de la Direction régionale de la santé concernée.

Pour la préparation et l’exécution de la supervision, l’équipe de supervision va se référer aux documents suivants :

- Grille de supervision de la santé communautaire par le niveau centrale
- Guide de supervision de la santé communautaire par le niveau centrale qui décrit les modalités de préparation et d’exécution de la supervision
- Canevas de rapport de supervision proposé avec la grille de supervision
- Rapport d’analyse des performances de santé communautaire de la DPS désagrégées par communes et par indicateurs
- Situation de mise en œuvre des recommandations antérieures.

Le rapport de supervision est élaboré par la DNSCMT au plus tard une semaine après la fin de la supervision. Ce rapport est partagé puis amendé avant d’être finalisé.

4_Lieu et date de supervision

La supervision se déroulera au sein de la DPS de et aura lieu le.....

5_Composition de la mission

La composition de la mission est la suivant :

Identité	Structure
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	

6_Budget de la mission

(Estimer et inclure le budget, en y indiquant la source de financement)

Annexe-5 Autres canevas modèles

Annexe-5.1 Canevas de PV de sélection des RECO

Annexe-5.1 Canevas de PV de recrutement des ASC

Annexe-5.3 Grille d’autoévaluation de la santé communautaire

Annexe-5.4 Grille de suivi des performances des ASC et RECO

Annexe-5.5 Canevas de rapport d'utilisation des produits de santé

Annexe-6 Grilles et canevas de rapport de supervision

Annexe-5.1 Grille de supervision des activités de santé communautaire par le COSAH

GRILLE DE SUPERVISION DES ACTIVITES DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU SEIN DES COMMUNES PAR LES COSAH

Questionnaires	Éléments de détails	Constats/ Observations	Solutions/ Recommandations
Est-ce que les acteurs de la santé communautaire sont en place avec les moyens nécessaires (motos, boites à images, outils, produits de santé, etc...) ?	Le CCS doit fournir les informations sur la disponibilité des motos de chaque ASC, l'entretien et le carburant pour les motos chez les ASC		
	Le CCS doit fournir les informations sur la disponibilité des boites à images et outils de collectes des données chez les ASC/ RECO		
	Le CCS doit fournir les informations sur la disponibilité des produits de santé chez les ASC/ RECO : est-ce que l'approvisionnement arrive à temps ?		
	Est-ce qu'il y a des ruptures ?		
	Est-ce qu'il y a des produits périmés ?		
	Est-ce que les produits sont cédés gratuitement ou vendus aux prix fixés ?		
Est-ce que les activités de santé communautaire sont mises en œuvre ?	Le COSAH prend connaissance sur le feedback de la DPS sur les indicateurs et les progrès de la santé communautaire		
	Le CCS fait le point sur les résultats de la période actuelle ainsi que les difficultés et obstacles		
	Chaque membre du COSAH prend la parole pour expliquer les constats et changements.		
Est-ce que la communauté participe aux activités de santé communautaire ?	Est-ce que les ASC/RECO sont acceptés par leurs communautés (réponses apportées par le CCS et les autres membres)		
	Est-ce la population organise les activités collectives ?		
	Est-ce la population participe aux activités de sensibilisation de masse		
Les activités mises en œuvre ont-elles des effets ?	Le chef de centre de santé fait le point sur l'évolution des principaux indicateurs des services de santé (CPN, AA, Vaccination, Utilisation des MILDA, etc)		
	Chaque membre du COSAH va se prononcer sur l'augmentation du nombre de ménage avec latrine, Propreté des points d'eaux, Assainissement des ménages et lieux publics		

	Visite terrain il s'agit d'une visite terrain effectuée par plusieurs membres du COSAH dans les jours précédant la réunion. Il s'agit de faire des constats et d'interroger quelques habitants. Dont le compte rendu est fait lors de la réunion.		
Est-ce que les acteurs de la santé communautaires reçoivent leur salaire ?	Le représentant de la commune et le CCS font le point sur le paiement des ASC et RECO ainsi que les difficultés rencontrées (Vérifier les états de paiements)		
La gestion administrative des agents de santé communautaire est-elle adéquate (la gestion des congés, des absences, des contrats, fonction publique locale, etc...) ?	Le CCS fait le point sur la présence de l'ASC / RECO ainsi que leurs fonctionnalités (en précisant les absences, abandons et autre)		
	Le représentant de la commune doit faire le point sur les demandes de congé, absence, validité des contrats, etc....)		
Est-ce que les interventions des partenaires sont coordonnées ?	Le président du COSAH et le CCS font le point sur les partenaires qui interviennent dans la commune et comment leurs interventions sont coordonnées (réunion de concertation, plan de travail harmonisé etc...)		

NB: A la fin de la supervision, le COSAH fait le point sur la mise en œuvre des recommandations antérieures

Principales activités et recommandations antérieures	Etat de mise en œuvre	Décision

NB: A la fin de la supervision, le COSAH récapitule les principales recommandations dans le Tableau ci-dessous puis procède à leur programmation et responsabilisation. Cela peut comprendre les décisions ou recommandations non mises en œuvre

Principales activités et recommandations	Responsable	Date limite de mise en œuvre

CANEVAS DE RAPPORT DE LA SUPERVISION DU COSAH

Date de supervision

Équipe de supervision

	Constats	Recommandations/ décisions prises (y compris responsable et délai)
Environnement de mise en œuvre		
Matériels, équipement et fonctionnalité des ASC/RECO		
Paiement des salaires des ASC/RECO		
Initiatives de pérennité		
Résultats et changements induits		
Capacités et évaluations des acteurs (ASC/RECO)		
Fonctionnalité du COSAH		

Annexe-5.2 Grille de supervision du RECO par l'ASC

GRILLE DE SUPERVISION MENSUELLE DU RECO PAR L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE							
Informations sur les utilisateurs							
	DRS						
	DPS						
	Centre de santé						
	Nom de l'utilisateur						
Informations de base							
	Date de supervision						
	Nom du RECO						
Domaines/Aspects	Détails/Questions	Sources et moyens de vérification	Réponse (cochez une des modalités de réponse)				Observations/ Constats
			Satisfaisant	Moyennement/ peu satisfait	Pas satisfaisant	N/A	
A. Activité de sensibilisation, mobilisation sociale et information							
Mesure des activités du RECO	IL s'agit de vérifier si le RECO a mené des activités au cours de la période : Demander et vérifier dans le cahier du RECO le nombre de jours travaillés						
Activités menées	Le RECO est une personne choisit au sein de la communauté et qui mène des activités à l'intérieur de cette communauté. Il s'agit de vérifier au sein de cette communauté les activités de sensibilisation réalisées au cette communauté. Vérifier la nature et le nombre d'activité prévue et réalisée, ainsi que les résultats obtenus, y compris les difficultés rencontrées	Vérifier le cahier du RECO et se référer aux 17 compétences					
Coopération avec les tradipraticiens de santé	Il s'agit de vérifier si le RECO travaille en symbiose avec les tradipraticiens de sa localité et les éventuelles difficultés rencontrées (nombre de concertations, nombre d'activités conjointes, nombre de cas référés par le tradipraticien vers le CS/PS ou le RECO]						
B. Activité de prestation du RECO							

Vérification de la qualité des prestations du RECO	Il s'agit ici de vérifier si les actes posés par les RECO sont conformes aux normes : a) le contenu des boîtes à images sont-ils maîtrisés b) les messages transmis sont-ils adaptés et de qualités c) les actes posés (TDR, Sayana press etc...) sont-ils bien exécutés suivants les normes ?	Visite à domicile/observation directe des prestations du RECO					
Appréciation du nombre de prestations effectuées par les RECO	Il s'agit de déterminer et vérifier les données concernant les différentes prestations effectuées par les RECO et la qualité des résultats (visite à domicile, DBC des produits de santé, recherche de perdu de vue, hygiène assainissement, distribution de MILDA, VSBG, PF...	Vérifier le cahier et les registres et se référer aux 17 compétences					
C. Vérification des données							
Qualité de tenue des outils	Il s'agit de vérifier si les registres et outils (boîte à images, algorithme, mégaphone) utilisés par le RECO sont bien remplis (qualité d'écrire, complétude des items.) conservés et bien archivés.	Vérifier les registres					
	Vérifier la qualité et la complétude des données contenues dans le cahier et le registre des RECO Les données sont-elles disponibles à temps ?	Vérifier les cahiers et registres					
	Le recensement de la population est-il à jour (femmes en âge de procréer, femmes enceintes, enfants de 0-28 jours, enfants 0-11 mois, enfants 12-59 mois, les +5 ans) ?	Vérifier les cahiers et registres					
	Les données sur les femmes enceintes, les naissances ou les enfants disposants d'actes de naissance sont -elles à jours ?	Vérifier les cahiers et registres					
D. Environnement de travail du RECO et autres informations							
Acceptation du RECO au sein de la communauté	Le RECO est -il accepté au sein de sa communauté ?	Interroger le RECO et vérifier auprès des leadeurs d'opinions Interroger aléatoirement 10 ménages					
	Le RECO participe-t-il aux activités de la communauté et reçoit-il des appuis de la part des leadeurs de la communauté	Interroger le RECO et vérifier auprès des leadeurs d'opinions					
Payements des primes du RECO	Le RECO a-t-il perçu la totalité sa rémunération mensuelle ?	Interroger le RECO et vérifier son carnet ou bulletin de paie					
	Le paiement a - t-il été effectué dans les délais ?	Interroger le RECO et vérifier son carnet ou bulletin de paie					
	Le contrat du RECO est -il signé et à jour ?	Interroger le RECO et vérifier le contrat					

Qualité de conservation et disponibilité des outils	Les outils du RECO sont -ils disponibles (cahiers, registres, carnets, boîtes à images et fiches) ?	Vérifier le kit du RECO					
	Les outils du RECO sont -ils bien conservés et bien entretenus (cahiers, registres, carnets, boîtes à images et fiches) ?	Vérifier le kit du RECO					
Gestion des produits de santé	Les outils de gestion des produits de santé sont -ils bien remplis ? (Vérifier la qualité de remplissage des fiches de commande, de sortie, carnet de vente...)	Vérifier et analyser les fiches de commandes, carnet de vente...					
	Y a-t-il des produits de santé qui ne sont pas utilisés ou que le RECO a du mal à écouler ? Si oui, quels sont les produits concernés et les quantités actuellement disponibles ? Quelles peuvent en être les raisons ?	Vérifier et analyser les fiches de commandes, carnet de vente...					
	Les produits de santé sont - ils bien stockés/ conservés (Vérifier si les produits sont stockés dans les malles à l'abri de l'eau, poussière, soleil,)	Observation directe de la malle du RECO					
	Le RECO connaît-il des ruptures ou des tensions de stock (précisez les produits concernés)	Interroger le RECO et vérifier le carnet de vente et fiches de commande...					
	Le RECO cède-t-il les produits de santé aux conditions prévues (gratuité ou vente aux prix définis)?	Vérifier ses carnets de reçu et demander à la population					
	Le RECO a-t-il connu des péremptions de produits ? Si oui, quels sont les produits concernés et les quantités						
	Le RECO dispose-t-il uniquement des produits de santé tel que défini (type et quantité).	Vérifier le contenu de sa malle et interroger la communauté					

E. Discussion sur la performance du RECO

NB: Avant d'aller à la supervision, l'ASC doit extraire et analyser les données de prestation contenues dans le RMA du RECO

Quelles sont les performances des indicateurs du RECO (très bonne, bonne, moyenne et faible)? A déterminer par l'ASC	
Quelles sont les facteurs facilitants ou les problèmes/goulots d'étranglement qui expliquent ces performances	
Quelles sont les recommandations pour améliorer les performances	

Principales activités et recommandations	Responsable	Date limite de mise en œuvre

Canevas de rapport de supervision		

Date de supervision	
---------------------	--

Équipe de supervision	
-----------------------	--

	Constats	Recommandations/ décisions prises (y compris responsable et délai)
Environnement de mise en œuvre		
Matériels, équipement et fonctionnalité du RECO		
Paiement des salaires des RECO		
Activités menées et maîtrise des thématiques et actes		
Résultats et changements induits		
Capacités et évaluations du RECO		
État de participation communautaire et changement de comportement au sein des communautés		

Annexe-5.3 Grille de supervision de l'ASC par le Chef du Centre/poste de santé

GRILLE DE SUPERVISION MENSUELLE DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE PAR LE CHEF DU CENTRE DE SANTÉ		
Données sur les utilisateurs		
	DRS	

Informations de base	DPS						
	Centre de santé						
	Nom de l'utilisateur						
	Date de supervision						
	Nom de l'ASC						
Domaines/Aspects	Détails/Questions	Sources et moyens de vérification	Réponse (cochez une des modalités de réponse)				Observations/Constats
			Satisfaisant	Moyennement/ peu satisfait	Pas satisfaisant	N/A	
A. Supervision des activités de l'ASC au Centre/poste de santé							
Taux de présence de l'ASC au Centre de santé	L'ASC doit passer 20% de son temps au Centre/poste de santé., soit environ 4 jours (1 jour par semaine). Comptez le nombre de jours passés et estimez le taux (numérateur=jours passés et dénominateur=4)...	Vérifier les registres et plan de travail, programmes de sorties, etc					
Activités menées	L'ASC est un agent de santé qui doit participer aux activités du centre de santé (CPN,CPC, Vaccination, PF, Prise en charge PVV/VIH, TB, Distribution des MILDA, PTME, etc...) L'ASC a-t-il respecté son calendrier mensuel de suivi des RECO ? Vérifier et apprécier la qualité des activités auxquelles l'ASC a participé	Vérifier le RMA de l'ASC, les rapports de supervision du RECO					
Appréciations du travail de l'ASC	Il s'agit de vérifier si l'ASC accueille correctement les patients et effectue les tâches avec qualité (respect des principes de la PCI, interrogation de 2 ou 3 patients sur la qualité de l'accueil et la clarté des informations fournies)	Interview de patients					
Qualité de tenue des outils	Il s'agit de vérifier si les registres et outils (boîte à images, algorithmes, mégaphone) utilisés par l'ASC sont bien tenus (qualité d'écriture, complétude des items.) conservés et bien archivés.	Registres					
Complétude et promptitude des rapports	L'ASC compile-il le rapport des RECO						
	Les données remontées par l'ASC sont-elles complètes (complétude) ?						
	Les données remontées par l'ASC sont-elles cohérentes						
	Les rapports de l'ASC sont-ils transmis à temps (promptitude). Vérifier les dates de transmission.						

	L'ASC a – t – il fait le cumul des populations recensées par les RECO (femmes en âge de procréer, femmes enceintes, enfants de 0-28 jours, enfants 0-11 mois, enfants 12-59 mois, les +5 ans) ?						
Participation aux réunions et à la vie du centre de santé	L'ASC participe – t – il à la réunion mensuelle du centre/poste de santé ?						
B. Supervision des activités de l'ASC dans la communauté							
Appui et supervision des RECO	L'ASC a – t – il supervisé les RECO placés sous sa responsabilité ? Si oui précisez la proportion de RECO supervisée au cours du dernier mois (Numérateur = nombre de RECO supervisés, dénominateur=Nombre de RECO attendus qui est 10 selon la politique »	Fiche/grille de supervision					
	L'ASC a – t – il appuyé les RECO dans leurs activités ? Si oui précisez le nombre d'appui et type d'activités appuyées (sensibilisation des communautés sur le lavage des mains, traitement de l'eau, dépistage des maladies, PF, VSBG, entretien des latrines, Hygiène, utilisation des MILDA, déclaration des naissances, vaccination, CPN et CPoN)						
Activités et prestation de l'ASC au sein des communautés (y compris les stratégies avancées)	Combien de sorties au sein des communautés l'ASC a-t-il effectué au cours de la période ? Précisez le nombre et les localités						
	Quelle est la nature des activités menées au cours de ces sorties et les résultats obtenus (vaccination, dépistage des maladies, recherche des perdus de vue, soins post natals,)? Vérifier les 21 compétences de l'ASC et le contenu du RMA						
Acceptation de l'ASC au sein des communautés et par les RECO	L'ASC est –il accepté au sein de la communauté	Interview des leaders communautaires					
	L'ASC collabore – t – il avec les leaders communautaires ?	Interview des leaders communautaires					
	L'ASC est –il accepté au sein par les RECO	Interview des RECO					
Payements des primes de l'ASC	ASC a-t-il perçu la totalité sa rémunération mensuelle ?						
	Le payement a - t-il été effectué dans les délais ?						
	Le contrat de l'ASC est -il signé et à jour ?	Vérifier les contrats					
Qualité de conservation et disponibilité des outils	Les outils de l'ASC sont -ils disponibles (cahiers, registres, carnets, boîtes à images, fiches et RMA) ?	Vérifier le kit complet					

	Les outils de l'ASC sont -ils bien conservés et bien entretenus (cahiers, registres, carnets, boîtes à images et fiches) ?						
Fonctionnalités et entretien de la Moto de l'ASC	L'ASC reçoit-il suffisamment de carburant pour ses activités						
	La Moto de l'ASC a-t-elle bénéficié de la maintenance régulière						
	La Moto de l'ASC est-elle en état de marche ?						
Gestion des produits de santé	Les outils de gestion des produits de santé sont -ils bien remplis ? (Vérifier la qualité de remplissage des fiches de commande, de sortie, carnet de vente...)						
	Y a-t-il des produits de santé qui ne sont pas utilisés ou que l'ASC a du mal à écouler ? Si oui, quels sont les produits concernés et les quantités actuellement disponibles ? Quelles peuvent en être les raisons ?						
	Les produits de santé sont - ils bien stockés/ conservés (Vérifier si les produits sont stockés dans les malles à l'abri de l'eau, poussière, soleil,)						
	L'ASC connaît-il des ruptures ou des tensions de stock (précisez les produits concernés)						
	L'ASC cède-t-il les produits de santé aux conditions prévues (gratuité ou vente aux prix définis)? Vérifier ses carnets de reçu et demander à la population						
	L'ASC a-t-il connu des péremptions de produits ? Si oui, quels sont les produits concernés et les quantités						
	L'ASC dispose-t-il uniquement des produits de santé tel que défini (type et quantité). Vérifier le contenu de sa malle et interroger la communauté						

D. Discussion sur les performances de l'ASC et de ses RECO

NB : Avant d'aller à la supervision, le CCS doit extraire et analyser les données de prestation contenues dans le RMA de l'ASC

Quelles sont les performances des indicateurs des ASC/RECO (très bonne, bonne, moyenne et faible) ? A déterminer par le CCS	
Quelles sont les facteurs facilitants ou les problèmes/goulots d'étranglement qui expliquent ces performances	
Quelles sont les recommandations pour améliorer les performances	

Principales activités et recommandations	Responsable	Date limite de mise en œuvre
--	-------------	------------------------------

Canevas de rapport de supervision		

Date de supervision	
---------------------	--

Équipe de supervision	
-----------------------	--

	Constats	Recommandations/ décisions prises (y compris responsable et délai)
Environnement de mise en œuvre		
Matériels, équipement et fonctionnalité de l'ASC		
Paiement des salaires de l'ASC		
Activités menées et maîtrise des thématiques et actes		
Résultats et changements induits		
Capacités et évaluations de l'ASC		
État de participation communautaire et changement de comportement au sein des communautés		

Annexe-5.4 Grille de supervision des activités de santé communautaire par le niveau national (accompagné du niveau régional)

GRILLE DE SUPERVISION DU NIVEAU CENTRAL SUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

- C'est une supervision mixte qui comprend personnel de la DNSCMT, DNSFN, BSD, MATD et autres programmes
- La supervision vise le niveau DPS
- L'équipe du niveau central est complétée par un représentant de la DRS

Questionnaire / domaine	Détails	Constats/observations	Recommandations
Fonctionnalité de la santé communautaire au niveau de la DPS	Il s'agit de vérifier, preuve à l'appui, que les activités de santé communautaire ont démarré et se poursuivent dans les différentes communes de la DPS ainsi que les difficultés rencontrées		
	Vérifier si tous les nombres d'ASC et de RECO en place correspond à l'effectif attendu (confronter les listes de la DPS avec celles remontées au niveau central)		
	Vérifier s'il y a des abandons ou des risques d'abandon des ASC et des RECO existents et quels sont les mesures et dispositions prises		
	En cas d'abandon quelles sont les modalités prises pour le remplacement de certains ASC et RECO (sélection / recrutement, formation et équipement)		
	Il s'agit de vérifier et discuter des mécanismes d'évaluation des performances des ASC et RECO		
Disponibilité des moyens, des produits de santé et des outils de la santé communautaire	Il s'agit de vérifier si tous les équipements des ASC et RECO ont été reçus et sont fonctionnels/ non usagés. Le cas échéant, faire l'état des besoins pour le renouvellement		
	Faire le point sur les difficultés d'approvisionnement rencontrées en produits de santé et le respect des directives en la matière (gratuité, vente au prix fixé)		
	Faire le point sur le respect des types de produits utilisés par les ASC et les RECO tel que recommandé (par exemples les médicaments de moindre qualité ne sont introduits dans le circuit de la santé communautaire).		
	Faire le point sur la gestion des péremptions et des produits périmés		
	Faire le point sur la disponibilité des outils de gestion (canevas de rapport, fiches, registres, carnets, cahiers, etc.)		
	Le cas échéant, faire l'état des besoins pour le renouvellement		
Appropriation et implication des acteurs de la DPS et des communes dans la santé communautaire	Vérifier avec l'équipe cadre de district les différentes actions entreprises dans le domaine de la santé communautaire		
	Vérifier si la santé communautaire fait partie de l'ordre de jour des réunions de l'ECD		
	Vérifier l'intérêt que les communes portent sur la santé communautaire (concertation, réactivité, participation à certaines rencontres, etc.)		

Discussion et échange sur les résultats et performances de santé communautaire	Avant d'aller à la supervision la DNSCMT en collaboration avec le BSD extrait les données sur les indicateurs de santé communautaire sur chaque commune de la DPS. Une analyse préalable est faite et consignée dans un rapport. Ce rapport est envoyé à la DPS avant le démarrage de la mission. Il sera donc discuté au cours de la supervision pour identifier les goulots d'étranglement et les facteurs qui expliquent certaines performances.		
Coordination et partenariat autour de la santé communautaire	Il s'agit de voir si la DPS dispose d'une cartographie actualisée des partenaires techniques et financiers (PTF)		
	Ensuite il s'agit de discuter de l'alignement des PTF		
	Vérifier la fonctionnalité des cadres de concertation et de coordination de la santé communautaire au niveau DPS et Communes (nombre de réunions tenues) ainsi que les difficultés rencontrées		
Motivation, Pérennité et rétention des acteurs de la santé communautaire (relais de la prise en charge par les communes, entretien des motos, paiement des salaires)	Discuter sur les mesures prises dans les communes pour maintenir la motivation des ASC et RECO		
	Discuter des dispositions prises au niveau des communes pour la durabilité du financement de la santé communautaire (intégration des RECO et ASC dans la fonction publique locale, intégration des activités de santé communautaires dans les PAI des communes (y compris l'entretien des motos, le carburant pour le déplacement, renouvellement des équipements, frais de communication, salaires, etc.)		
	Vérifier avec la DPS les mécanismes mis en place pour s'assurer de la présence effective des ASC et RECO à leurs postes de travail.		
Visite d'un ou 2 sites pour s'entretenir avec les acteurs de la santé communautaire et les bénéficiaires	Sur la base de l'analyse des données de santé communautaire contenues dans le rapport, la DNSCMT en collaboration avec le BSD va identifier un ou 2 sites (un site performant et un autre contre performant) pour la visite de terrain. Cette visite doit permettre de mieux comprendre les facteurs qui sous-tendent les niveaux de performance, identifier et de faire des recommandations en cas de contre-performance, de documenter les meilleures pratiques pour les bonnes performances afin d'en faire la promotion pour la répliation ailleurs		
Échanges sur le suivi – évaluation et la qualité des données	Échanger sur les mécanismes de validation des données et les difficultés rencontrées		
	Discuter sur la qualité des données sur la base des constats faits par le BSD/SNIS		
	Échanger sur les mécanismes de correction de données et le renforcement des capacités des acteurs		
	Échanger sur les mécanismes et les activités de feedback / rétroinformation sur la santé communautaire à l'intention des communes et des centres de santé		
Point sur l'état de mise en œuvre des recommandations antérieures et formulation de nouvelles recommandations	Il s'agit de faire le point sur l'état de mise en œuvre des recommandations antérieures		
	Il s'agit de dégager un consensus sur les nouvelles recommandations, puis préciser le chronogramme de mise en œuvre, les responsabilités et les besoins pour leur mise en œuvre		

NB : A la fin de la supervision, l'équipe du niveau central fait le point sur la mise en œuvre des recommandations antérieures

Principales activités et recommandations antérieures	État de mise en œuvre	Décision

NB : A la fin de la supervision, l'équipe du niveau central récapitule les principales recommandations dans le Tableau ci-dessous puis procède à leur programmation et responsabilisation. Cela peut comprendre les décisions ou recommandations non mises en œuvre

Principales activités et recommandations	Responsable	Date limite de mise en œuvre

Canevas de rapport de supervision

Date de supervision

Équipe de supervision

	Constats	Recommandations/ décisions prises (y compris responsable et délai)
Environnement de mise en œuvre		
Matériels, équipement et fonctionnalité des ASC et RECO		
Païement des salaires des ASC et RECO		
Activités menées et maîtrise des thématiques et actes		
Résultats et changements induits		
Capacités et évaluations des ASC et des RECO		
Collecte, validation des données et feedback		
Coordination des acteurs		
Autres...		