

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail - Justice - Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

SERVICE NATIONAL DE PROMOTION DE LA SANTE

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE
PROMOTION DE LA SANTE
2021-2025**

*« Agir sur les déterminants de la santé à travers le partenariat
multisectoriel et la participation communautaire »*

Mai 2021

PREFACE

La République de Guinée est un État laïc qui assure l'égalité en droit et en devoir de ses citoyens sans distinction, en tout lieu et en toute circonstance. Sa constitution consacre en son Article 21 le droit à la santé et au bien-être physique ; avec obligation pour l'État « de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux ». L'article suivant renforce ce droit en garantissant à chacun la possibilité de vivre dans un environnement sain et durable qu'il a le devoir de défendre. Toutes ces dispositions découlent du fait que la santé est un important facteur de développement humain nécessaire à toute évolution sociétale durable.

La preuve est faite que la persistance des situations sanitaires dépend de nombreux facteurs intrinsèquement liés et qui sont, pour la plupart, en dehors du secteur sanitaire. Ces facteurs ne sont généralement pas pris en compte dans leur entièreté et de façon simultanée pour corriger les problèmes de santé. L'action humaine sur ces déterminants de la santé a été reconnue comme une des composantes importantes pour le développement du bien-être individuel et social, à cause de ses résultats liant positivement le coût et l'efficacité. Elle est renforcée par la coordination des interventions sectorielles pour l'amélioration du cadre de vie et la réduction des inégalités de santé.

Le projet d'une Guinée émergente portée par le gouvernement accorde un intérêt particulier à l'amélioration de cet état de bien-être des populations. Le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) en 2014, instrument d'orientation des interventions sectorielles. Sa mise en œuvre se fait à travers un Plan National de Développement Sanitaire décennal (PNDS 2015-2024) dédié et s'intègre dans la politique globale de développement définie par le gouvernement décliné dans le Plan National de Développement Économique et Social (PNDES 2016-2020).

La politique de promotion de la santé s'appuie sur la Politique Nationale de Santé, notamment en son objectif stratégique 2 « Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie »¹, pour impulser l'action de chaque citoyen à agir favorablement sur les déterminants de son bien-être. Cette action vise un changement des normes sociales et culturelles pour garantir la santé des populations. Elle est conditionnée par le renforcement des connaissances et attitudes appropriées au niveau des communautés, mais aussi celui de leurs capacités d'adaptation ou de modification de l'environnement physique, social et culturel qui les entoure.

Pour sa mise en œuvre, la politique nationale de promotion de la santé s'inspire des stratégies recommandées par les conférences internationales de l'OMS et les aligne sur les documents de politiques sanitaires existant dans le pays et autres politiques sectorielles en lien avec la santé et le bien-être des populations. Elle développe une approche qui intègre les acquis du système de santé et s'adapte au contexte spécifique de la Guinée. Elle adresse les principaux problèmes de santé en complétant les stratégies de prévention et de contrôle des maladies, et celles de réhabilitation des personnes affectées.

¹ Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024, Page 48

La présente stratégie se veut un cadre formel de référence pour des actions visant la santé et le bien-être de la population guinéenne, en réponse à la recommandation des chefs d'État et de Gouvernement de la région africaine de l'OMS pour que chaque pays mette en place les structures et mécanismes nécessaires à la reconnaissance et à la mise en pratique de la promotion de la santé.

Notre souhait le plus ardent est que ce document de politique, à travers les différents aspects abordés, serve de guide à tout le système sanitaire de notre pays pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des interventions qui reposent sur les principes de la promotion de la santé, avec la pleine participation des communautés, afin de contribuer de façon significative à l'amélioration de la santé des populations de nos villes et de nos campagnes.



Ministre de la Santé et l'Hygiène Publique

Mamadou P. Diallo

Dr MAMADOU PETHE. DIALLO

Table des matières

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	6
SIGLES ET ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	11
1.1. CONTEXTE GENERAL	11
1.2. CONTEXTE NATIONAL	12
1.3. ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION GUINEENNE	13
1.4. DETERMINANTS ET INEGALITES DE SANTE	16
1.5. SYSTEME DE SANTE	17
1.5.1. GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE ET LEADERSHIP.....	17
1.5.2. PRESTATIONS DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTE.....	17
1.5.3. RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	17
1.5.4. INFRASTRUCTURES, PRODUITS ET TECHNOLOGIES DE SANTE	18
1.5.5. FINANCEMENT DE LA SANTE	19
1.5.6. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATIONS SANITAIRES ET RECHERCHE EN SANTE	20
1.6. PROMOTION DE LA SANTE	20
1.6.1. HISTOIRE DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET ACQUIS DU SYSTEME DE SANTE.....	21
1.6.2. PROBLEMATIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN GUINEE	22
1.6.3. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES	24
1.6.4. DEFIS.....	27
CHAPITRE 2 : CADRE STRATEGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE	28
2.1. VISION	28
2.2. FONDEMENTS	28
2.3. PRINCIPES DIRECTEURS	29
2.4. BUT	30
2.5. OBJECTIFS	30
2.5.1. OBJECTIF GENERAL	30
2.5.2. OBJECTIFS STRATEGIQUES	30
2.6. CHAINE DES RESULTATS	31
2.7. MATRICE DES ACTIONS PRIORITAIRES	32
2.8. BUDGET ESTIMATIF DES AXES STRATEGIQUES	35
2.9. CIBLES DE COUVERTURE DES INTERVENTIONS	35

2.9.1.	CIBLES DE COUVERTURE DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	35
2.9.2.	CIBLES DE COUVERTURE DES SERVICES ORIENTES VERS LES POPULATIONS	36
2.9.3.	CIBLES DE COUVERTURE DU NIVEAU CLINIQUE	37
CHAPITRE 3 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE		40
3.1.	CADRE INSTITUTIONNEL	40
3.2.	ORGANES DE MISE EN ŒUVRE ET INSTANCES DE COORDINATION	40
3.2.1.	LE SERVICE NATIONAL DE PROMOTION DE LA SANTE	40
3.2.2.	LA COORDINATION MULTISECTORIELLE DE PROMOTION DE LA SANTE.....	44
3.2.3.	INSTANCES DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	45
3.3.	ROLES ET RESPONSABILITES DES PARTIES PRENANTES	46
3.4.	CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	48
3.4.1.	RENFORCER LE CADRE EXECUTIF ET REGLEMENTAIRE DE PROMOTION DE LA SANTE	48
3.4.2.	PARTENARIAT	49
3.4.3.	RECHERCHE ET PRATIQUES BASEES SUR LES EVIDENCES	50
3.5.	OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE	50
CHAPITRE 4 : FINANCEMENT		52
CHAPITRE 5 : MECANISME DE SUIVI-EVALUATION.....		54
CONCLUSION.....		55
BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE		56

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé adresse ses sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document, particulièrement :

- À l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Guinée pour le soutien financier et organisationnel de toute la procédure d'élaboration de ce précieux outil ;
- À l'USAID à travers le projet Breakthrough ACTION pour son appui technique et financier à l'élaboration de ce document ;
- Aux Ministères et Institutions Républicaines, pour leur précieuse collaboration à la réalisation de cette stratégie nationale qui se veut comme une structure transversale, utilisable pour tous ;
- Aux Partenaires Techniques et Financiers de coopération bi et multilatérale, pour leur disponibilité et leur grand soutien à l'élaboration de la stratégie nationale de promotion de la santé ;
- Aux organisations de la société civile, les médias publics et privés, les ordres des professionnels et les leaders communautaires pour leur disponibilité lors des différents ateliers d'élaboration du document, leur soutien et leur apport.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANAFIC	Agence Nationale de Financement des Collectivités
ASC	Agents de Santé Communautaire
BSD	Bureau de Stratégie et de Développement
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCS	Chefs des Centres de Santé
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CoSaH	Comité de Santé et d'Hygiène
CSC	Changement Social et de Comportement
CTRS	Comité Technique Régional de la Santé
CTPS	Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTSPS	Comité Technique Sous-Préfectoral de la Santé
CR	Communauté Rurale
CNPS	Conseil National de Promotion de la Santé
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Éducation pour la Santé
GNF	Guinée Nouveau Franc
IEC	Information, Éducation, Communication
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Grappes à Indicateurs Multiples)
MS	Ministère de la Santé
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ébola
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

OSC	Organisation de la Société Civile
PF	Planning Familial
PNAFA	Projet National d'Appui aux Acteurs de la Filière Agricole
PNDES	Plan National de Développement Économique et Social
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPS	Plan Nationale Stratégique de Promotion de la Santé
PNPS	Politique Nationale de Promotion de la Santé
PNS	Politique Nationale de Santé
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PS	Promotion de la Santé
RECO	Relais Communautaires
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SNPS	Service National de Promotion de la Santé
SR	Santé Reproductive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé (MS) a réalisé en 2014 l'évaluation de son ancienne politique et son plan stratégique décennal 2003-2012, assortie de la tenue des États Généraux du secteur. Cette analyse a abouti à la redéfinition des orientations politiques et l'élaboration du nouveau plan stratégique de développement sanitaire 2015-2024. La promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a été inscrite en second objectif stratégique prioritaire.

Le Service National de Promotion de la Santé (SNPS), dans le décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant attributions et organisation du MS, a été élevé au rang de direction nationale pour mieux assurer ses rôles. La lettre de mission qui lui a été définie exhortait à l'élaboration d'un plan stratégique national de promotion de la santé définissant son cadre d'intervention pour les cinq prochaines années.

Au mois de juin 2019, le SNPS, avec le soutien du Bureau de Stratégie et de Développement (BSD), a réuni les partenaires techniques et financiers de promotion de la santé pour demander leur soutien à l'élaboration du document. Cette réunion a abouti d'une part à la création d'un cadre élargi de concertation de tous les acteurs de promotion de la santé pour faciliter l'élaboration du document de manière participative et inclusive, et d'autre part à la création d'un Secrétariat technique en charge de piloter le processus.

Le Secrétariat technique a ébauché une approche qui devait conduire à l'obtention du document. Elle a d'abord consisté à réaliser une analyse situationnelle de la promotion de la santé en Guinée, à ensuite réviser la politique nationale de promotion et, enfin, à élaborer le plan stratégique. Ce projet a été soumis au comité élargi pour avis et approbation des différentes parties prenantes du Secrétariat technique (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], Fonds des Nations Unies pour la Population [UNFPA], Breakthrough ACTION, BSD, SNPS, etc.).

Un consultant national a été recruté pour conduire le processus d'élaboration, appuyé par une équipe technique mise en place par le SNPS. Il a été présenté au comité élargi lors de la deuxième rencontre avec les parties prenantes. Cette rencontre lui a permis de projeter son plan de travail et de prendre contact avec les points focaux des différents départements sectoriels et partenaires pour faciliter la collecte des données qui ont servi à l'analyse situationnelle.

En octobre 2019, le rapport de l'analyse situationnelle ainsi que le draft révisé de la politique nationale de promotion de la santé ont été présentés au comité élargi. Les appréciations exprimées au cours de cette rencontre ont permis d'obtenir l'avis du cabinet du MS sur les questions d'approfondissement et l'amorce de l'élaboration du plan stratégique.

Le service a organisé à Kindia du 18 au 24 novembre 2019, l'atelier national de production de la politique et de son plan stratégique. L'objectif était de produire un document qui tient compte des recommandations internationales en promotion de la santé, et adapté aux contextes du pays. Cette élaboration survient au moment où le ministère de la santé s'est engagé dans de nombreuses réformes, notamment le développement et la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.

Les nouvelles données fournies par l'enquête MICS (Grappes à Indicateurs Multiples ou Multiple Indicators Cluster Survey en anglais) 2016 et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018 ont servi de bases factuelles pour renforcer les analyses. Elles ont été complétées par des lectures supplémentaires, des interviews et les travaux de groupe des ateliers. Un inventaire des matériels et outils de promotion de la santé ainsi que l'évaluation des capacités des acteurs ont été effectués.

Les analyses ont ressorti les forces, faiblesses, opportunités et menaces. Elles ont permis de découvrir les problèmes prioritaires de promotion de santé et de formuler de manière consensuelle les orientations stratégiques de promotion de la santé pour les prochaines années. Le plan stratégique ainsi rédigé, assorti d'un budget et d'un plan de suivi-évaluation, a été soumis à la validation technique des acteurs de promotion de la santé.

La mise en œuvre du document obéit à des principes, valeurs et fondements contenus dans les recommandations internationales et les documents de politiques sanitaires du pays. Elle se fait à travers l'exécution d'un plan stratégique, d'un mécanisme de suivi-évaluation, et des plans d'actions opérationnelles.

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

Le contexte mondial² est marqué par l'appel à l'action pour le développement de la promotion de la santé. Celui africain a d'abord été dominé par la promotion de la participation citoyenne à travers la responsabilisation des communautés et l'autonomisation des citoyens pour la prise en charge de leur santé. Ces dernières années, ce contexte est plutôt marqué par la nécessité de mettre en place des institutions nationales de promotion de la santé dans les pays de la Région africaine de l'OMS.

1.1. CONTEXTE GENERAL

La promotion de la santé s'est révélé un moyen efficace pour accroître la participation individuelle et collective à l'action sanitaire. Elle a été mise en place avec l'adoption de la charte d'Ottawa en 1986. Plusieurs conférences internationales ont porté sur l'élucidation de différents aspects de cette charte. La conférence d'Adélaïde (Australie, 1988) a étayé les notions de politiques publiques favorables à la santé. Ces politiques soutiennent la création d'environnements et de cadre de vie sains portée par la déclaration de Sundsvall (Suède, 1991). À la conférence de Jakarta (Indonésie, 1997), des directives ont été données sur l'adaptation de la promotion de la santé aux nouveaux enjeux du 21^e siècle. La rencontre de Mexico (Mexique, 2000) a éveillé les consciences sur les inégalités de santé suivant certaines caractéristiques démographiques. C'est ainsi que la charte adoptée à Bangkok (Thaïlande, 2005) avait réaffirmé les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé, et stipulait que les partenariats destinés à donner aux communautés les moyens d'agir et d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé devraient être au centre du développement national et mondial.

La déclaration d'Helsinki (Finlande, 2013) a réitéré l'orientation des interventions vers la réduction des inégalités sociales de santé. En 2016, en Chine, la conférence de Shanghai apporte des précisions pour rendre opérationnelle l'action des politiques publiques sur les déterminants de la santé. Elle souligne que la santé est déterminée par des individus ou des groupes humains qui vivent et interagissent. Elle précise également que la santé est l'un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable pour l'ensemble des populations. Le plan s'inscrit dans ces ambitions de durabilité en matière de santé pour, par et avec les communautés.

Aujourd'hui encore, les 25-26 octobre 2018, la déclaration d'Astana remettait à jour la politique des soins de santé primaires pour l'atteinte de la couverture santé universelle et les Objectifs de Développement Durable (ODD). Elle reprend les cinq stratégies énoncées dans la charte d'Ottawa et les détails des huit autres conférences internationales qui ont suivi pour préciser le sens et la pertinence de la promotion de la santé.

Les pays de la région africaine de l'OMS ont eu de la difficulté à intégrer la promotion de la santé dans leurs systèmes de santé et ce, malgré les engagements pris par les États Membres depuis 2001 lors de l'adoption de la première stratégie régionale africaine de promotion de la santé. En 1987, l'initiative de Bamako prend à court la Charte d'Ottawa en cherchant à

² Voir les différentes déclarations mondiales et africaines sur la promotion de la santé référencées dans le contexte général (1.1) du document.

responsabiliser les communautés pour leur santé en vue d'un recouvrement financier permettant de financer le système sanitaire. Les deux approches se rejoignent à travers la participation communautaire, l'autonomisation individuelle et collective, et l'ouverture du secteur de la santé aux secteurs non-sanitaires. Dans cet élan, les délégués africains présents à la conférence de Mexico en 2000 s'engageront à soutenir et développer des politiques et plans nationaux en faveur de la PS. Peu de temps après cette conférence, le comité régional des Ministres de la Santé adopte la politique de santé pour tous pour le 21^e siècle, une autre avancée significative pour la Promotion de la Santé (PS) dans la région.

L'engagement se matérialisera au cours de la conférence de Nairobi (Kenya, 2009), un tournant important dans l'évolution de la PS en Afrique. C'est sur cette tribune que l'appel à l'action a été lancé au profit de la santé dans toutes les politiques mondiales. Les débats ont tourné autour des mécanismes pour utiliser la PS dans les systèmes sanitaires, et également dans les projets et programmes de développement. Beaucoup de pays au lendemain de cette conférence s'organisent pour que la PS soit intégrée dans les systèmes sanitaires nationaux. En 2010, à Malabo (Guinée Équatoriale), la stratégie régionale africaine d'action sur les principaux déterminants de la santé est adoptée par les États réunis au niveau du Bureau régional Afrique de l'OMS. L'évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie l'année suivante ressortira un faible niveau de réalisation des engagements.

1.2. CONTEXTE NATIONAL

La République de Guinée est située sur la côte Atlantique de l'Afrique occidentale, entre l'Équateur et le Tropique du Cancer. Elle est limitée au Nord par la République du Sénégal et une partie de la République du Mali, au Sud par la République de Sierra Léone et celle du Libéria, au Nord-Ouest par la Guinée Bissau, et à l'Est par la République de Côte d'Ivoire et une partie du Mali. Le territoire couvre une superficie de 245 857 km². Suivant les conditions géographiques, il comprend quatre régions naturelles nettement différenciées par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses, des variations de reliefs, divers schémas de peuplement et des modes de vie singuliers des populations.

En outre, la Guinée est subdivisée en sept (7) régions administratives auxquelles s'ajoute la ville spéciale de Conakry. Elle compte 33 préfectures, 39 communes urbaines (dont 6 à Conakry) et 323 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 524 quartiers dont 308 urbains et 1 615 districts ruraux. Les quartiers sont eux-mêmes découpés en secteurs. En plus du français qui est la langue officielle, près d'une trentaine de dialectes sont parlés par les communautés dont les plus dominantes sont le Soussou, le Poular et le Maninka.

La population guinéenne était estimée à 12 218 357 habitants en 2019³. Elle est constituée majoritairement de femmes (51,66%). Environ 2/3 des habitants vivent en zone rurale, et plus de la moitié de la population urbaine se retrouve dans la seule ville de Conakry. Suivant les tranches d'âge, la couche juvénile est la plus importante. 4,3% seulement de la population ont un âge supérieur à 65 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 59,6 ans.

³ Institut National de la Statistique ; Annuaire statistique 2019, édition 2020

La Guinée est l'un des pays ayant les croissances démographiques les plus élevées de la région, avec un taux d'accroissement naturel de 2,8 % par an. 25% de l'ensemble de la population est composé de femmes en âge de procréer. Le taux brut de mortalité y est de 10,6‰ et le taux brut de natalité se rapproche de 39‰. L'indice synthétique de fécondité se chiffre à 4,8 enfants par femme⁴.

La constitution garantit aux citoyens les libertés et les droits fondamentaux parmi lesquels figure le droit à la santé. Au plan politique, le pays s'est engagé dans un processus démocratique de multipartisme intégral. Les mouvements de contestation politique sont fréquents et freinent parfois les activités socio-économiques de la capitale.

En dépit de ses énormes atouts naturels de développement, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle occupait le 178^e rang sur 186 pays⁵ à l'indice de développement humain durable (IDH). La population vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire est passé de 55,2% en 2012 à 43,7% en 2019. La pauvreté multidimensionnelle (éducation, eau potable, assainissement, électricité, logement, etc.) est passée de 63,3% en 2012 à 31,6% en 2019⁶. Seulement 32% de la population générale est active ; 5,2% sont au chômage et le taux de sous-emploi dépasse les 10%⁷. La part de la santé dans le budget national est de 8%⁸.

Les sociétés guinéennes reposent en général sur la structure de parenté patriarcale, en considérant la famille étendue comme la cellule socioéconomique de base. Cette structure se juxtapose souvent à un schéma de stratification sociale en fonction des communautés culturelles. Certaines organisent une société de castes avec une forte centralisation du pouvoir de décision sur les anciens, la noblesse et le chef traditionnel. Le cousinage à plaisanterie est une pratique répandue dans toutes les régions du pays.

La Guinée est un pays laïc. Les populations y vivent sous l'influence de deux grandes religions monothéistes (Islam pour 89%, Christianisme pour 7%) et des survivances traditionnelles (4%). Ces croyances sont pratiquées suivant les régions et les communautés⁹.

1.3. ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION GUINEENNE

L'analyse de l'état de santé de la population guinéenne puise ses évidences dans les données du Système National d'Informations Sanitaires. Elle tient compte des données de suivi du système de santé, mais aussi des résultats d'enquêtes nationales de prévalence, notamment l'enquête Démographique et de Santé (EDS, 2018), l'enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS, 2016) et d'autres rapports de recherche et d'évaluation.

⁴ EDS-G 2018

⁵ PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012.

⁶ EHCVM 2018/2019 (Enquête Harmonisée sur les conditions de vie des ménages), décembre 2020.

⁷ RGPH3

⁸ PNDS 2015-2024

⁹ RGPH3 : Rapport d'analyse des données sur l'état et la structure de la population.

Entre 2005¹⁰ et 2016¹¹, la mortalité maternelle est passée de 980 à 550 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto juvénile a baissé de 163‰ à 48‰ et la mortalité infantile de 91‰ à 66‰. Malgré la baisse des chiffres, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile restent à un niveau élevé.

La pratique sexuelle chez les jeunes filles guinéennes avant l'âge de 15 ans suit une allure importante. Cette tendance affecte significativement la survie des jeunes mères et de leurs enfants. La proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive est restée basse (11% en 2018) bien qu'il existe 27,6% qui expriment des besoins non satisfaits. Les tendances des femmes à se rendre dans une structure de santé ou recourir à un personnel qualifié pour leurs procurer des soins prénataux et d'accouchement varient significativement en fonction du milieu de résidence, de l'âge, du niveau d'instruction et du revenu¹².

La couverture vaccinale complète pour les enfants âgés de 12 à 23 mois est de 24% et 22% n'ont reçu aucun vaccin. Il y en a 18,3% qui souffrent d'une insuffisance pondérale. Le retard de croissance touche 32,4%. Il n'existe pas de données issues d'une enquête nationale pour montrer la prévalence de la carence en vitamine A. Les études partielles réalisées en Moyenne Guinée (1995) et Haute Guinée (1997) avaient présenté de fortes prévalences dans ces deux régions (respectivement 24 et 63%). Les estimations récentes de la moyenne nationale produites par l'Unicef indiquaient une prévalence de 25% au niveau des enfants de moins de cinq ans.

Le paludisme constitue la principale cause de morbidité en Guinée avec 15% de prévalence¹³. Les infections respiratoires aiguës et les diarrhées représentent respectivement la deuxième et la troisième causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Les helminthiases intestinales, les douleurs abdominales basses, les gastrites et les ulcères forment une part importante des causes de consultations dans les formations sanitaires. Le Sida demeure un problème de santé publique avec une prévalence nationale de 1,5% ; l'incidence est de 1,6% chez les femmes.

La tuberculose, la méningite, le choléra et la rougeole sévissent de manière endémo-épidémique. Le pays a également connu des épidémies récurrentes de poliomyélite et de fièvre jaune. Entre mars 2014 et juin 2016, la maladie à virus Ébola (MVE) s'est déclarée et propagée avec une ampleur sans précédent, et eu un impact négatif sur la vie socio-économique. En février 2021, l'épidémie d'Ébola a resurgi en Guinée forestière (16 cas dont 12 décès à la date du 16 mai 2021). Par ailleurs, depuis mars 2020, le pays est confronté à la pandémie de la covid-19. À la date du 16 mai 2021, 22 830 personnes ont été testées positives au SARS-COV2 parmi lesquelles on compte 152 décès.

Certaines maladies tropicales négligées (MTN) que sont l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre sont en voie d'élimination en Guinée. Leur prévalence est aujourd'hui inférieure à 1%. Par contre, il existe d'autres pathologies qui sévissent de manière préoccupante dans des zones

¹⁰ EDS III 2005

¹¹ MICS 2016

¹² EDS 2018

¹³ MICS 2016

hyper-endémiques. Il s'agit notamment du trachome, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase et des géo-helminthiases. L'onchocercose est en voie d'élimination.

Il existe de nombreuses MNT, notamment le diabète, le cancer, les pathologies cardiovasculaires et respiratoires, l'épilepsie, les maladies bucco-dentaires et les maladies oculaires. Les données disponibles, quoi que non à jour, indiquent une forte prévalence de ces pathologies avec tendance à l'augmentation. Les cas de traumatismes se rapportent dans la majorité des cas aux accidents de la circulation.

Tableau : Synthèse des principaux résultats de l'enquête STEPS pour la ville de Conakry¹⁴

N°	Problème de santé (15-64 ans)	% Hommes	% Femmes	% Total
1	Adultes fumant actuellement du tabac	20	2,7	10,5
2	Adultes qui consomment de l'alcool pendant les 30 derniers jours	14,5	4,2	8,8
3	Adultes qui consomment moins de 5 portions de fruit par jour	88,3	89,1	88,7
4	Adultes ayant une activité physique de forte intensité dans le cadre du travail	30,5	13,6	21,2
5	Adultes atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité	17,7	35,6	27,6
6	Adultes hypertendus (connus et découverts)	30,2	26,8	28,3
7	Adultes diabétiques (connus et découverts)	4,1	4,4	4,3
8	Adultes ayant un taux de cholestérol élevé (cholestérol \geq 250mg/dl)	0,6	1,3	1,0

La disponibilité des données sur les problèmes de santé mentale est caractérisée par un manque très notoire ; à la fois dans les récents documents de politique et dans la littérature scientifique. Les chiffres de 2008 montrent que les troubles neuropsychiatriques représentaient 6,5% des problèmes de santé en Guinée. Les consultations réalisées en 2014 à travers tout le pays décrivaient plus fréquemment des épisodes maniaques, des troubles délirants, des confusions mentales, des psychoses et des épilepsies. Les retards psychomoteurs, les dépressions et les expériences de violence sexuelle paraissaient également dans les descriptifs.

L'évolution du taux de handicap montre une tendance à la baisse entre 1996 (2%) et 2014 (1,5%). 155 885 personnes vivant avec une infirmité ont été dénombrées lors du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation. Les hommes représentent 53% de ce nombre contre 47% chez les femmes.

L'excision, en plus du mariage précoce/forcé, est considérée comme une expérience traumatisante qui peut entraîner des complications allant de l'infection génitale à la mort en passant par des difficultés d'accouchement. 95% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont excisées en Guinée. Cette prévalence reste élevée quel que soit l'ethnie, la religion, la région, le milieu de résidence ou le niveau économique du ménage. Cependant ce chiffre dénote une tendance de la pratique à la baisse par rapport aux deux dernières décennies. Parmi les filles âgées de 0 à 14 ans, 45% ont subi une forme d'excision.

¹⁴ Enquête STEPS pour la ville de Conakry

1.4. DETERMINANTS ET INEGALITES DE SANTE

L'action de l'individu sur sa santé dépend fortement de certaines caractéristiques intrinsèques et des ressources mobilisables par lui. En Guinée, Les principaux déterminants de santé sont en rapport avec les inégalités économiques, géographiques et socioculturelles. Plus de quatre personnes sur dix (43,7%) vivent en dessous du seuil de pauvreté¹⁵. Le faible niveau d'instruction et le faible niveau de revenu ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de normes et à l'adoption de comportements de santé. La preuve est aussi faite dans les EDS et les enquêtes MICS que l'âge et le sexe sont déterminants dans les comportements qui influencent la santé.

L'aménagement des cadres de vie propices aux établissements humains et les pratiques saines adoptées par les populations sont des ressources inestimables pour la santé. La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installation sanitaire salubre (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitat décent forment de sérieux facteurs surtout pour les maladies transmissibles. Les maladies non transmissibles sont le plus souvent favorisées par les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercices physiques.

L'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique contribuent tous à la dégradation du bien-être des populations. Les interventions de santé doivent être coordonnées pour tenir compte l'interaction entre les déterminants et ressources du bien-être. L'individu se situe au centre de l'ensemble de ces facteurs. Sa capacité à agir sur eux diminue au fur et à mesure que son cercle social se distend.

Plus de 98% des ménages utilisent des combustibles solides comme source principale d'énergie domestique pour cuisiner¹⁶. Ce type de combustible produit des gaz toxiques tels que le monoxyde de carbone, qui augmentent les risques de contraction d'une maladie respiratoire, de la pneumonie, du cancer, et éventuellement de la tuberculose, de l'asthme, ou de cataractes.

Beaucoup de maladies mentales présentes en Guinée sont en rapport avec la toxicomanie. C'est un comportement qui se répand de plus en plus chez les adolescents et les jeunes. En 2009, l'OMS estimait la prévalence du tabagisme dans la population générale guinéenne à 12,8%.

Les normes sociales et usages culturels sont des éléments référentiels des populations. Les recours thérapeutiques conventionnellement non reconnus par les services publics de santé sont axés sur l'automédication dont la principale source d'approvisionnement est le commerce illicite des produits pharmaceutiques. Les patients trouvent leur traitement à partir d'échanges verbaux ou par imitation. La recherche de soins dépend aussi de la représentation que l'on se fait de la maladie et de la santé.

Les déterminants institutionnels et politiques relatifs aux cadres réglementaires et décisions gouvernementales (mise à jour ou adaptation continue) ont également leur poids sur l'état de santé de la population.

¹⁵ EHCVM 2018/2019 (Enquête Harmonisée sur les conditions de vie des ménages), décembre 2020.

¹⁶ MICS 2016

1.5. SYSTEME DE SANTE

1.5.1. GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTÉ ET LEADERSHIP

L'organisation du système de santé guinéen est calquée sur le découpage administratif du pays. Sa structure et son fonctionnement sont définis par le décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant organisation et attribution du MS. Elle comporte un niveau central, huit régions intermédiaires et trente-huit districts périphériques. Le cadre institutionnel (politique, législatif, réglementaire, organisationnel et stratégique) du ministère sont connus. Il existe un manuel de procédures et des instances de coordination du secteur à tous les niveaux du système de santé. La santé communautaire en cours de réformes est une opportunité pour le Service National de Promotion de la Santé à travers le renforcement de la participation communautaire et la collaboration intersectorielle.

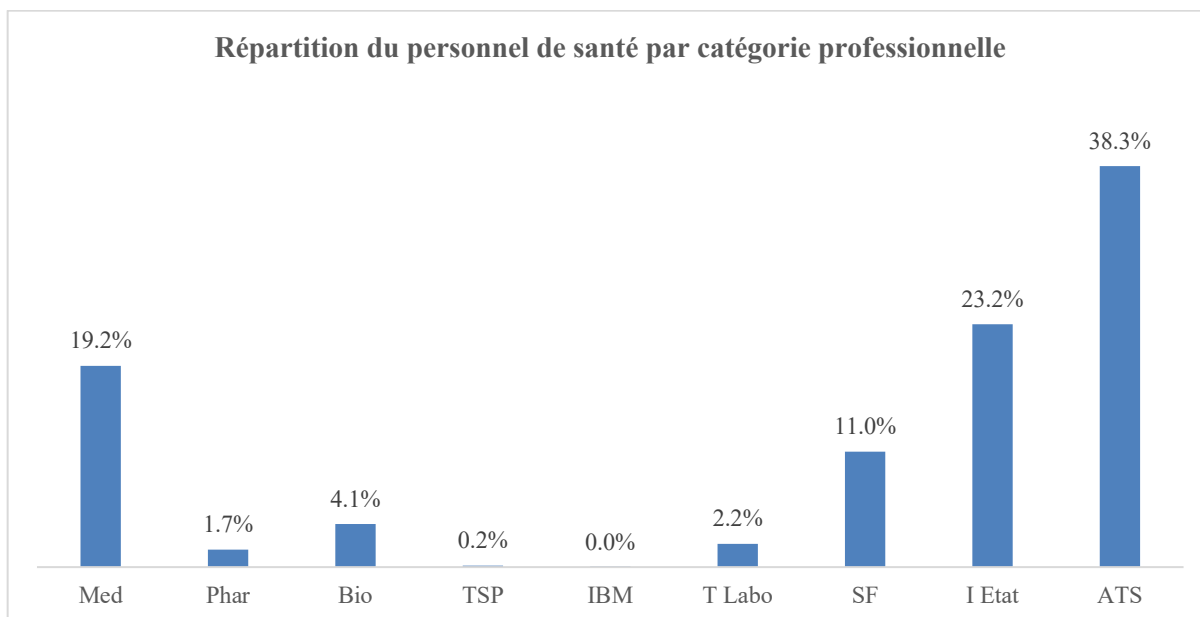
1.5.2. PRESTATIONS DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ

Le système national de soins organisé de façon pyramidale est subdivisé en sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire. Le paquet de prestations défini pour chaque niveau de soins n'est pas toujours totalement fonctionnel. Dans les 415 centres de santé (dont 35 centres de santé améliorés), le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté et la nutrition.

Le sous-secteur communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC), des relais communautaires et des prestataires de la médecine traditionnelle. Les orientations actuelles de la santé communautaire visent à créer une base institutionnelle pour les interventions de ces différents acteurs. Toutefois, l'offre de services aux communautés est de faible qualité. Les citoyens fréquentent moins les formations sanitaires. L'efficacité des activités promotionnelles en vue du renforcement de la performance des formations sanitaires n'est pas suffisamment établie.

1.5.3. RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Selon le recensement biométrique de 2014, l'effectif des professionnels de santé se chiffre à 11 527 personnes, 51 % de femmes. Ce nombre, inégalement réparti sur le territoire national, équivaut à un ratio national de dix professionnels de santé de base pour dix mille habitants. Il est caractérisé par une forte tendance au vieillissement et pose l'épineux problème de renouvellement des cadres. En 2021, les statistiques fournies par la Direction des ressources humaines du Ministère indiquent un total de 12 875 professionnels de santé en activité sur l'ensemble du territoire national.



Le plus grand nombre de personnel (84%) exerce en milieu urbain, pour servir 38% de la population générale. Cette situation est aggravée par la méfiance des populations vis-à-vis des services médicaux, conduisant à un recours préférentiel aux tradi-thérapeutes et une utilisation des cabinets médicaux non intégrés au système de soins.

Les capacités de formation des agents se sont accrues avec la contribution du secteur privé qui, souvent, ne répondent pas aux normes de qualité. De plus, les curricula dispensés sont davantage consacrés aux aspects cliniques de la maladie, ils abordent peu la dimension promotionnelle. Cela pourrait être dû au fait que la promotion de la santé n'est pas intégrée dans les curricula de formation du personnel de santé (médecins, pharmaciens, biologiste, sages-femmes, infirmiers, etc.). Cela, à son tour, s'expliquerait par le cloisonnement existant entre le MS et les Ministères et institutions en charge de la formation. Il n'y a ni dialogue ni collaboration à vrai dire entre eux. Aucune démarche n'est entreprise par le MS dans ce sens, faute d'initiatives et de stratégies appropriées.

1.5.4. INFRASTRUCTURES, PRODUITS ET TECHNOLOGIES DE SANTÉ

Du point de vue géographique, les populations ont faiblement accès aux structures de soins. En moyenne il existe en Guinée 1,96 établissements sanitaires, toutes catégories confondues, pour 10 000 habitants. La moitié de ces infrastructures présente un état de dégradation physique remarquable ; leur fonctionnalité reste peu appropriée aux standards internationaux. La capacité d'accueil est inférieure au besoin des populations patientes, dix lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants.

Bien que l'on observe une disponibilité des intrants à 78%, les ruptures de stock sont fréquentes dues à la mauvaise estimation des besoins, au retard dans l'approvisionnement des formations sanitaires, à l'insuffisance de formation des gestionnaires de stocks, à la mauvaise gestion des produits et à l'insuffisante décentralisation de la distribution.

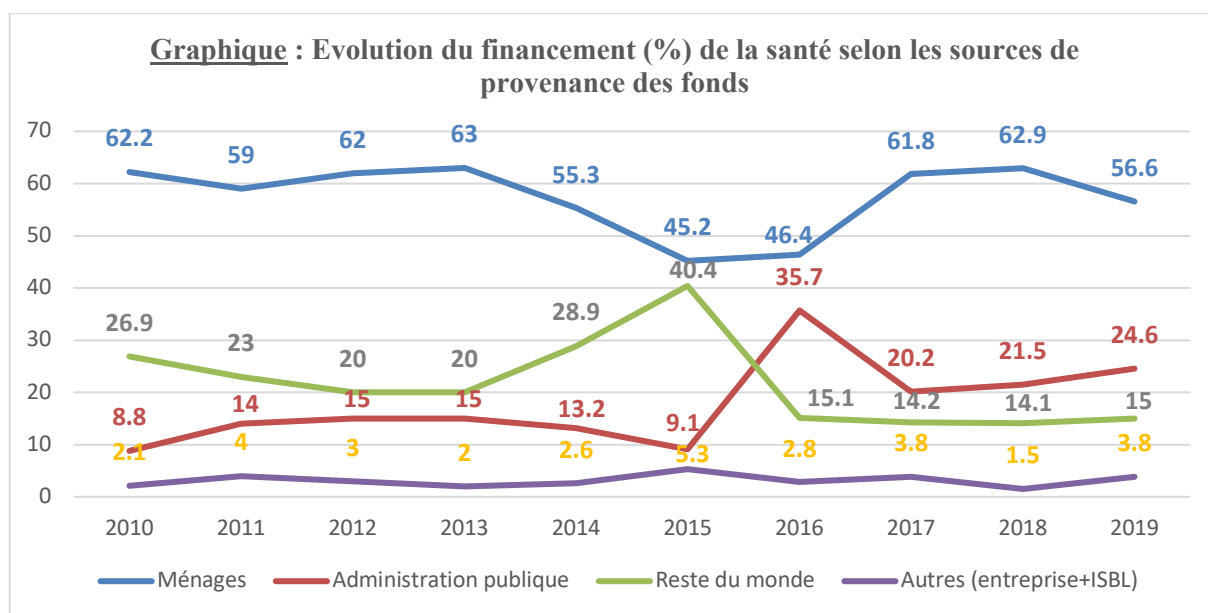
L’approvisionnement en vaccins et autres produits de santé relève du gouvernement appuyé par les partenaires. La distribution de médicaments est assurée par la multitude d’infrastructures pharmaceutiques implantées dans les structures de soins ou par les privés. Il existe cependant un marché parallèle fructueux de vente illicite des produits de santé.

La couverture nationale en centre de transfusion sanguine est très faible. Le don familial de sang est le plus répandu à cause de l’insuffisance de la promotion du don volontaire. Il existe également des Laboratoires d’analyses biomédicales dans les structures spécialisées et établissements de Formation et de Recherche.

Depuis 2018, la Guinée a amorcé l’élaboration et la mise en œuvre de sa stratégie de santé numérique. Cette stratégie met en exergue l’intérêt de la digitalisation de l’offre de services de santé.

1.5.5. FINANCEMENT DE LA SANTÉ¹⁷

Le financement du secteur de la santé englobe les financements issus du budget de l’État, des partenaires financiers, des ménages, des entreprises et autres sources. Sur la période de 2014 à 2019, la dépense totale de santé est passée de 3 116,2 milliards GNF à 5 293,2 milliards GNF. Les dépenses courantes de santé ont progressé de 2 948,12 milliards GNF (94,6%) à 5047,89 milliards GNF (95,4%). Les dépenses d’investissement sont restées à 6% en moyenne, avec un pic de 8% observé en 2015.



Les ménages restent la principale source de financement de la dépense totale de santé (DTS) en 2019. Leur contribution est de 56,6%, suivie de celles de l’Administration publique (24,6%) et du Reste du monde (15,0%). Les parts des entreprises et des ISBLSM dans la DTS représentent respectivement 1,4% et 2,4%.

¹⁷ Comptes nationaux de santé (CNS), 2019

En 2019, Conakry a enregistré un montant de 1889,5 milliards GNF, en termes de dépenses courantes de santé, occupant de loin la première place devant les autres régions. Suivent dans l'ordre les régions de N'Zérékoré, Kindia, Boké, Kankan, Mamou. Ensuite, Faranah et Labé occupent l'avant dernière et dernière place avec respectivement 363,1 milliards GNF et 347,1 milliards GNF.

Les maladies infectieuses et parasitaires ont absorbé plus de la moitié des dépenses totales de santé avec 59,73%. Elles sont suivies de loin par les maladies non transmissibles (23,00%), les traumatismes (11,87%) et les autres maladies/affections non spécifiées (4,85%). Cette structure des dépenses est la même de 2014-2019. Il faut relever que les dépenses absorbées par les maladies infectieuses et parasitaires ont connu un net fléchissement sur la période 2017-2019 par rapport à la période précédente (2014-2016) ; phénomène explicable probablement par la fin de la maladie à virus Ébola qui prévalait pendant cette dernière période. À l'opposé des dépenses au titre des maladies infectieuses et parasitaires, les dépenses relatives aux maladies non transmissibles et aux traumatismes, quant à elles, marquent une tendance à la hausse, quelle que soit la période considérée. La ligne budgétaire allouée au Service National de Promotion de la Santé et aux activités de promotion de la santé n'est pas clairement définie.

1.5.6. SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATIONS SANITAIRES ET RECHERCHE EN SANTÉ

Depuis 2015, un investissement important a été apporté au BSD pour améliorer le cadre et le fonctionnement du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS). Les insuffisances d'informatisations, le retard dans la collecte des données et la faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et la prise de décision ont été corrigées. Cette situation a contribué à la complétude des informations du SNIS. Les systèmes d'information parallèles au niveau des programmes ont été résolus. La difficulté principale avec le SNIS reste l'insuffisance dans la qualité des données.

Dans le domaine de la recherche en santé, le Ministère dispose de structures chargées de la coordination et de la gestion des activités, du code d'éthique de recherche en santé (avec le comité national d'éthique pour la recherche en santé - CNEERS) et d'une politique de recherche en santé. Toutefois, la faible collaboration avec les universités et les institutions de recherche entrave le développement de ce domaine. Le Service National de Promotion de la Santé ne dispose pas encore d'indicateurs pour lui permettre de suivre et évaluer ses plans, mesurer ses acquis et identifier les domaines/secteurs où elle doit intervenir.

1.6. PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé se développe aujourd'hui dans un contexte de pauvreté des ménages et de faible instruction/éducation des populations. Toutefois, un certain nombre d'opportunités existent (Cadre institutionnel du service, nouveaux défis des crises sanitaires et sociopolitique, des réformes au niveau de certains secteurs associés aux déterminants de la santé, ...). La diversité sociale et culturelle de la Guinée nécessite le développement d'approches spécifiques adaptées à chaque localité. Ce cadre délétère de promotion de la santé subit l'incidence des

troubles conjoncturels qui se traduisent par les crises politiques, les mouvements sociaux, et des crises sanitaires graves et imprévisibles (Covid19, Ebola, Rougeole, Méningite, Fièvre Typhoïde) dans un contexte de système de santé toujours fragile en dépit des efforts post Ebola 2016. L'analyse de la promotion de la santé permet de s'appuyer sur les forces pour corriger les faiblesses, mais aussi modifier les menaces en opportunités pour surmonter les obstacles et arriver à réaliser les objectifs définis.

1.6.1. HISTOIRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET ACQUIS DU SYSTÈME DE SANTÉ

La Guinée détient une riche histoire de distribution à base communautaire basée notamment sur l'expérience de la mise en œuvre des soins de santé primaires, mais également sur les interventions des projets et programmes de santé. Depuis 1992, des agents communautaires sont mobilisés pour la collecte d'informations sur la nutrition, la distribution des SRO suivie, à partir de 1995, de la distribution des produits de planification familiale et de santé reproductive (PF/SR), les campagnes alimentaires et nutritionnelles, la distribution des moustiquaires, la vaccination, ainsi que la chimiothérapie préventive. Ces interventions ont été financées par des organisations internationales, mises en œuvre par des ONG internationales et nationales en partenariat avec le MS. Le Ministère de la Santé avait même élaboré en 1996 son premier document de stratégie nationale des services à base communautaire, appuyé en cela par Population Services International (PSI-Guinée) à travers l'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial (AGBEF) et le financement de l'USAID.

La dernière cartographie (2021) des Agents de Santé Communautaire (ASC) et Relais communautaires (RECO) en Guinée fournie par la Direction nationale de la santé communautaire dénombre 9 389 agents repartis sur l'ensemble du territoire. La grande majorité des agents sont des hommes.

Tableau : Situation des agents de santé communautaires

	Prévu	Opérationnel	En cours	Opérationnel et en cours
Nombre de commune	362	69	149	218
Nombre de relais communautaire (RECO)	19 000	2 904	5 633	8 537
Nombre d'agents de santé communautaires	1 900	299	553	852

L'activité principale des RECO consiste en des activités de communication et de mobilisation communautaire. La plupart des projets et programmes les utilisent pour la sensibilisation, l'offre de services de base et la distribution à base communautaire. Parfois ils font de la prévention, la référence, le curatif, la recherche active et des tâches administratives (rédaction de rapport d'activité).

En dépit du nombre d'ASC et de RECO présent dans le pays, il subsiste un besoin significatif pour couvrir l'ensemble des soins non directement desservis par une formation sanitaire. Les partenaires intervenant dans les activités communautaires sont nombreux. Mais ils diffèrent dans les modalités d'emploi et de motivation des RECO. Ces derniers manquent de moyens logistiques et de matériels de communication adaptés (harmonisés). Les canaux de

communication sont utilisés de façon non coordonnée, ne permettant pas à l'ensemble de la population d'accéder aux messages véhiculés.

L'expérience guinéenne en matière de santé a aussi été de recourir aux médias traditionnels, techniques et technologiques pour transmettre des messages de santé aux populations. La proportion des populations exposée à la fois à la télévision, la radio et la presse écrite est très faible (moins de 3%). La radio (29,7) et la télévision (25,9%) sont les plus suivies mais pas de façon régulière¹⁸. L'utilisation de l'ordinateur, du smartphone et de l'internet est plus répandue chez les jeunes de 15-24 ans vivant en milieu urbain. Durant la dernière décennie, en plus des chaînes publiques de radio et de télévision, les médias privés sont en expansion, surtout ceux en ligne. L'on peut distinguer les radios rurales de celles communautaires ou commerciales. Quelques médias ont des émissions de santé. Mais le plus souvent elles diffusent des contenus produits avec le soutien des partenaires développant des interventions de santé.

Lors de l'évènement de santé dû au virus Ebola en 2014-2016, la Guinée a acquis une nouvelle expérience dans la gestion des évènements de santé et la participation communautaire. Il s'agit de la mise en place des plateformes de coordination ou participation communautaire, du niveau central au niveau communautaire. Ces plateformes ont permis de mieux coordonner les interventions des partenaires, mais aussi de mieux impliquer les communautés à la gestion de l'épidémie. Aujourd'hui encore, après l'épidémie, cette expérience est capitalisée dans la coordination des interventions pour faire face aux maladies d'origine zoonotiques. Des plateformes One Health sont constituées dans l'ensemble des districts sanitaires du pays mais peinent à fonctionner.

En dépit de tout ce qui précède, le ministère a amorcé des réformes pour l'atteinte des objectifs de couverture santé universelle. Le développement de la santé communautaire en est une priorité. Avec l'élan de participation communautaire observé jusqu'à présent, la politique de santé communautaire récemment adoptée par le ministère vise à créer une base institutionnelle favorable à la mise en œuvre des activités communautaires. Cela se traduit par l'installation officielle des relais communautaires dans toutes les aires de santé. Ceux-ci sont placés sous la supervision des agents de santé communautaires qui rendent compte aux chefs des centres de santé (CCS). Par ailleurs, l'instrument de gouvernance de la santé au niveau des aires de santé est le Comité de Santé et d'Hygiène (CoSaH) dont l'ancrage est fixé à la mairie.

1.6.2. PROBLÉMATIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN GUINÉE

La première politique nationale de promotion de la santé qui date de 2009 n'a jamais été mise en œuvre. Après son élaboration, une section promotion de la santé a été créée au sein de la Direction Nationale de la Santé Publique. Elle deviendra une division à partir de 2012. Son statut administratif passera au rang de service national du fait de sa transversalité suivant le décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant attributions et organisation du MS.

La révision de la politique nationale de santé effectuée en 2014 a initié des réformes de politiques publiques intégrant la promotion de la santé dans les programmes sectoriels. Elles

¹⁸ EDS-G 2018

prônent le renforcement de la multisectorialité et de la participation citoyenne. La contribution attendue des secteurs de développement en faveur de la santé publique a été définie à hauteur de 1 à 2 % de leur budget.

Aujourd'hui, le statut du SNPS fait de lui le principal répondant sur les questions promotionnelles de la santé. Il a été érigé en rang de direction par le décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant attributions et organisation du MS. Le nouveau cadre organique qui le structure est composé de quatre unités, dont une en charge de la recherche et du suivi-évaluation. Il ne prend pas en compte les sections et divisions qui caractérisent les autres directions. Cette situation dénote la faiblesse du service au regard de son rang au sein du ministère.

En effet, le SNPS est confronté à de nombreux problèmes structurels et fonctionnels. Le manque de cadre adéquat de travail et l'insuffisance de personnels spécialisés en PS entravent sérieusement l'efficacité du service et dégradent sa visibilité institutionnelle. La direction compte une dizaine de cadres (médecins, journalistes et comptables). Elle est confrontée aux interférences programmatiques lorsque des activités non planifiées dans le plan d'actions annuel sont jugées prioritaires et mises en œuvre nécessairement. Au niveau régional et de district, le service ne dispose pas encore de démembrement formalisé. Il s'appuie sur les points focaux communication et les cadres chargés des services à base communautaire comme points focaux. Les actions communautaires sont mises en œuvre à travers les agents/acteurs communautaires, les Organisations de la Société Civile (OSC), les médias...

Par ailleurs, le champ des interventions promotionnelles se trouve partagé entre le SNPS et les unités de communication des programmes et projets de santé rattachés à d'autres directions du ministère. Les partenaires utilisent en général ces unités de communication sans égard pour le service. Très peu de leurs financements arrivent au SNPS. Il a de la difficulté à coordonner les foisonnantes interventions de PS menées par les différentes directions du ministère, les programmes et projets de santé.

Le leadership du service est menacé au regard du système de soins tout entier. Les textes organiques restent flous en ce qui concerne l'ancrage institutionnel des interventions de PS. En effet, c'est le caractère transversal du SNPS qui explique son statut de service d'appui. En outre, le curatif a une demande sociale plus importante que le promotionnel ; le préventif semble bénéficier lui d'une attention considérable dans les politiques publiques. La formation du personnel de santé reste dominée par les aspects cliniques de la maladie. Le système d'informations sanitaires n'intègre pas assez les indicateurs de promotion de la santé qui concourent à la performance du système de santé.

Le SNPS ne dispose pas encore de cadre stratégique élaboré qui puisse permettre de fédérer les acteurs de PS et leurs interventions aux niveaux national et communautaire. L'évaluation des capacités des acteurs en PS a montré que leurs interventions ne respectent pas suffisamment les étapes d'élaboration et de mise en œuvre des programmes promotionnels de la santé. Les aspects de recherche, de suivi et d'évaluation sont faiblement respectés dans le processus de planification et de mise en œuvre des programmes. L'inventaire des outils de communication démontre aussi la multiplicité des matériels utilisés et le risque de dissonance que cela peut

engendrer auprès des populations. Plus de 200 outils ont été listés pour les domaines de la santé intégrée dont la planification familiale/santé reproductive (PF/SR), paludisme, santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), et le Syndrome Immunodéficient Acquis (SIDA) entre autre.

Le rôle du SNPS concernant l'inscription de la santé dans les politiques sectorielles n'est pas encore une réalité. Les efforts de fédération des actions sectorielles en faveur du bien-être des populations reposent sur l'animation de cadres de coordination multisectorielles au niveau national et celui des partenaires. En conséquence, une initiative est née au sein du SNPS mettant en place un cadre élargi de concertation englobant tous les acteurs sanitaires, non sanitaires et communautaires de promotion de la santé. Il reste à le formaliser en vue de sa pérennisation.

Les stratégies de coordination peuvent être renforcées par l'expérience des plateformes « une-seule-santé » (santé, environnement et élevage). Déjà, il existe au sein de certains secteurs non sanitaires (environnement, commerce, action sociale, élevage, jeunesse, éducation, PME...) des documents stratégiques et opérationnels qui intègrent les aspects promotionnels de la santé. Le code des collectivités, la politique des communes de convergence et les initiatives de financement communautaires tels que l'Agence Nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC) et le Projet National d'Appui aux Acteurs de la Filière Agricole (PNAFA) qui sont des opportunités pour le développement de la promotion de la santé.

1.6.3. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES

Au regard de l'histoire de la promotion de la santé en Guinée, de l'analyse de sa problématique actuelle et du profil épidémiologique du pays, les forces, faiblesses, opportunités et menaces ci-après ont été identifiées.

a. Forces

- Érection de division en Service National de Promotion de la Santé par le Décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant attributions et organisation du MS ;
- Le Service National de Promotion de la Santé passe au rang de direction ;
- Existence d'un nouveau cadre organique incluant une unité de "recherche et suivi-évaluation" ;
- Existence des unités/cellules de communications au sein de certains programmes et projets évoluant dans le domaine de la santé ;
- Existence d'un document de politique nationale de promotion de la santé ;
- Existence d'une équipe de jeunes cadres dynamiques et motivés ayant des compétences diversifiées.

b. Faiblesses

- Manque de cadre adéquat pour abriter le personnel du SNPS ;
- Cadre organique du SNPS partiellement meublé ;

- Mécanisme de financement peu efficace et non pérenne (forte dépendance à l'égard des partenaires techniques et financiers, absence de mécanismes et d'outils de mobilisation de fonds) ;
- Insuffisance des ressources humaines qualifiées en promotion de la santé ;
- Absence de démembrement formalisé du Service National de Promotion de la Santé au niveau déconcentré ;
- Absence de guide de mise en œuvre/module de procédure des interventions promotionnelles de la santé ;
- Insuffisance d'harmonisation des interventions, supports et outils de promotion de la santé ;
- Absence de médiathèque pour stocker et documenter les outils et matériels de promotion ;
- Absence de cartographie des partenaires intervenant dans le cadre de la promotion de la santé ;
- Insuffisance de coordination entre le SNPS et les projets/programmes de santé, des autres départements multisectoriels et autres acteurs de la promotion de la santé (OSC, ONG, Université, OBC...);
- Insuffisance des indicateurs de PS dans le dispositif de suivi-évaluation de la performance du MS ;
- Faible intégration de la PS dans les activités des structures de soins et établissements de formation ;
- Faible niveau d'appropriation de la PS par les acteurs de la santé et les populations ;
- Insuffisance de visibilité des activités promotionnelles en faveur de la santé.

c. Opportunités

- Existence de documents stratégiques incluant des axes d'interventions de PS dans certains départements sectoriels (environnement, commerce, action sociale, élevage, jeunesse, éducation, PME)
- Existence du code de collectivité ;
- Politique des communes de convergence pour le soutien, le financement et la mise en œuvre de PS
- Existence des initiatives de financement communautaires (ANAFIC, PNAFA, PNAG)
- Existence des universités, des centres de formation et de recherche en santé
- Existence d'une politique nationale de recherche en santé

- Tendance à la hausse de la croissance économique du pays comme atout de plaider pour une allocation budgétaire en faveur de la promotion de la santé
- Possibilité d'appui du secteur privé comme source de financement de la PS (Entreprise, secteur minier et industriel) ;
- Existence d'une politique nationale de la santé et d'un PNDS qui prennent en compte la promotion de la santé
- Expérience guinéenne dans la lutte contre la MVE (MOSO et plateformes) pour renforcer les stratégies de PS
- Expérience guinéenne dans la distribution à base communautaire (DBC)
- Existence d'une politique nationale de santé communautaire/plateforme (ASC/RECO et SBC) ;
- Existence de plateforme One-Health (santé, environnement et élevage)
- "Volontaires" communautaires de projets et programmes constituent un potentiel humain pour la PS ;
- Existence de connaissances et de bonnes pratiques au niveau communautaire ;
- Participation des OSC/OBC dans les interventions de PS (certaines ont développé des expertises particulières, AGIL, CAM, SFCG, POSSAV...)
- Couverture du pays en téléphonie mobile, médias et TIC ;
- Existence des déclarations au niveau mondial en faveur de la promotion de la santé pour la performance durable des systèmes de santé et la lutte contre l'inégalité ;
- Début d'un cadre de collaboration multisectorielle (comité élargi) ;
- Appui technique et financier des partenaires dans la mise en œuvre des activités de promotion de la santé (OMS, UNICEF, GAVI, HKI, BA Guinée, FHI360, SFCG, UNFPA ; GFA/KFW, BM, FAO, USAID et Expertise France) ;
- Expertise des ONG et institutions internationales dans les interventions PS ;
- Existence des unités/cellules de communication au sein de certains programmes et projets évoluant dans le domaine de la santé.

d. Menaces

- Ambiguïté dans les textes par rapport à l'ancrage institutionnel des interventions de PS ;
- Pauvreté des ménages ;
- Faible niveau d'instruction et d'éducation des populations ;

- Troubles conjoncturelles : crises politiques et mouvements sociaux, instabilité institutionnelle ;
- Survenue de la pandémie de COVID-19 ;

1.6.4. DÉFIS

Au regard de la situation sanitaire de la Guinée et des problèmes liés à la promotion de la santé, en référence aux recommandations internationales, le SNPS est confronté à deux défis majeurs : (i) inscrire la santé dans les politiques sectorielles et communautaires et (ii) parvenir à la pleine participation des citoyens dans la gestion des déterminants de santé. Pour relever ces défis, le SNPS doit adresser certaines situations que sont :

- L'amélioration de l'accès des populations à des soins de qualité ;
- L'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des communautés sur les enjeux environnementaux et les habitudes de vie ;
- La mobilisation et la gestion efficiente des ressources (financières, matérielles et humaines) additives auprès du gouvernement et des partenaires ;
- Préparation des prestataires de services et soins de santé à bien se comporter face aux usagers et à mettre à profit chaque contact avec la population pour diffuser un ou plusieurs messages de promotion de la santé ;
- Le plaidoyer politique et stratégique pour améliorer le cadre de vie des citoyens.

CHAPITRE 2 : CADRE STRATEGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE

2.1. VISION

La vision de la politique de promotion de la santé adhère à celle de la politique nationale de santé de 2014. Il s'agit de la vision d'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* » aux décisions et aux actions qui influent sur leur bien-être.

2.2. FONDEMENTS

Le plan stratégique national de promotion de la santé s'inspire de plusieurs déclarations internationales auxquelles le gouvernement guinéen adhère en matière de santé. En plus des instruments juridiques mondiaux et régionaux sur lesquelles repose la politique nationale de santé (2014), le présent plan stratégique de promotion de la santé se fonde sur la politique nationale de santé (PNS), le PNDS, la politique nationale de promotion de la santé et les différentes déclarations issues des conférences de l'OMS relatives à la promotion de la santé. Ce sont :

- La Charte d'Ottawa (Canada, 1986)
- La Recommandation d'Adélaïde (Australie, 1988) ;
- La Déclaration de Sundsvall (1991, Suède) ;
- La Déclaration de Jakarta (Indonésie, 1997) ;
- La Déclaration ministérielle de Mexico (Mexique, 2000) ;
- La Charte de Bangkok (Thaïlande, 2005) ;
- L'Appel à l'action de Nairobi (Kenya, 2009) ;
- La Déclaration d'Helsinki (Finlande, 2013) ;
- La Déclaration de Shanghai (Chine, 2016) ;
- La Déclaration d'Astana (Kazakhstan, 2018) ;

Au niveau national, la nouvelle constitution (2020) reconnaît la santé comme un droit fondamental qui doit être garanti et préservé pour tous les citoyens. Elle stipule que « *Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'État a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux* » (Article 15). De même, « *Toute personne a droit à un environnement sain et durable et a le devoir de le défendre. L'État veille à la protection de l'environnement* » (Article 16). De nombreux lois, textes juridiques, politiques et plans ont été adoptés en faveur du bien-être des populations. Ce sont :

- La loi L/2008/011/AN du 19 août 2008 relative aux mutilations génitales féminines à travers le Code de l'enfant guinéen

- La loi L/2000/010/AN du 10 juillet 2000 portant santé de la reproduction
- La loi N°2016/059/AN du 26 octobre 2016 portant code pénal guinéen
- La loi L/2012/039/CNT du 15 novembre 2012 portant commercialisation, consommation, publicité et parrainage du tabac et ses produits dérivés
- L'Arrêté conjoint entre les Ministères de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFE), de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), de la Sécurité et de la Protection Civile (MSPC), de la Justice (MJ), de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) portant interdiction des mutilations génitales féminines dans les structures sanitaires publiques et privées en Guinée
- L'Arrêté du Ministre de la Communication portant interdiction de diffusion des avis, communiqués et promotion des cérémonies relatives aux mutilations génitales féminines
- L'Arrêté du Ministre de la Sécurité et de la Protection Civile portant suivi de l'application effective des textes de lois réprimant la pratique des mutilations génitales féminines
- Le Code de santé publique (1997)
- Le Code des collectivités locales
- Le Code de l'environnement
- Le Plan National de Développement Économique et Social (2016-2020)
- La Politique Nationale de Santé (2014)
- Le Plan National de Développement Sanitaire (2015-2024)

2.3. PRINCIPES DIRECTEURS

Conformément à la politique nationale de santé, la promotion de la santé est basée sur les soins de santé primaires et tournée vers l'atteinte de la couverture santé universelle. Sa mise en œuvre repose sur les principes ci-après :

Équité en santé : Les investissements en matière de santé visent la réduction de la pauvreté et le développement socioéconomique en général. Les programmes à développer doivent tenir compte des inégalités sociales et de santé, protéger l'environnement, réduire la circulation des substances nocives et sauvegarder le bien-être sur les lieux de travail.

Multisectorialité : Le développement d'une approche multisectorielle est indispensable pour la mise en œuvre de la promotion de la santé. Tous les départements ministériels et programmes de santé nécessitent une composante clairement définie de promotion de la santé.

Partenariat : Le secteur de la santé, tout en assurant le leadership de la promotion de la santé, se doit de collaborer avec les autres secteurs publics et privés, les communautés, la société civile, les ONG et les agences et partenaires au développement.

Responsabilisation communautaire : le développement des interventions de promotion de la santé nécessite l'implication, l'adhésion et la responsabilisation des communautés à tous les niveaux et soutenu par un esprit citoyen conformément au code de collectivité locale.

Pratiques basées sur les évidences : La promotion de la santé contribue à l'impact des différents programmes de santé à travers la prévention des maladies, la réduction des facteurs de risque associés à des maladies spécifiques, la promotion de modes et conditions de vie qui sont favorables à la santé et la fréquentation accrue des services de santé existants. Le partage des bonnes pratiques et les évaluations permettent de constater l'efficacité du système de soins et d'améliorer les interventions.

Contextualisation des interventions : Les programmes de changement social et de comportement doivent être actualisés pour rester pertinents par rapport au contexte et aux réalités de la zone d'intervention. Les nouvelles informations sont régulièrement intégrées pour faire face aux défis émergents. Les acteurs intervenant dans la même région doivent collaborer pour éviter la duplication et renforcer l'efficacité de leurs interventions.

Développement durable : Les éléments qui concourent à la durabilité des programmes incluent des aspects institutionnels, financiers et programmatiques. Le cadre organique doit être bâtie autour de l'esprit de continuité aussi bien au niveau institutionnel que communautaire pour s'assurer que les efforts investis produisent un impact à long terme.

2.4. BUT

Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne.

2.5. OBJECTIFS

2.5.1. OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général prend appui sur le deuxième axe stratégique de la politique nationale de santé. Il s'agit de « *promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie* » en vue de réduire l'incidence des maladies et des inégalités par le contrôle des déterminants du bien-être.

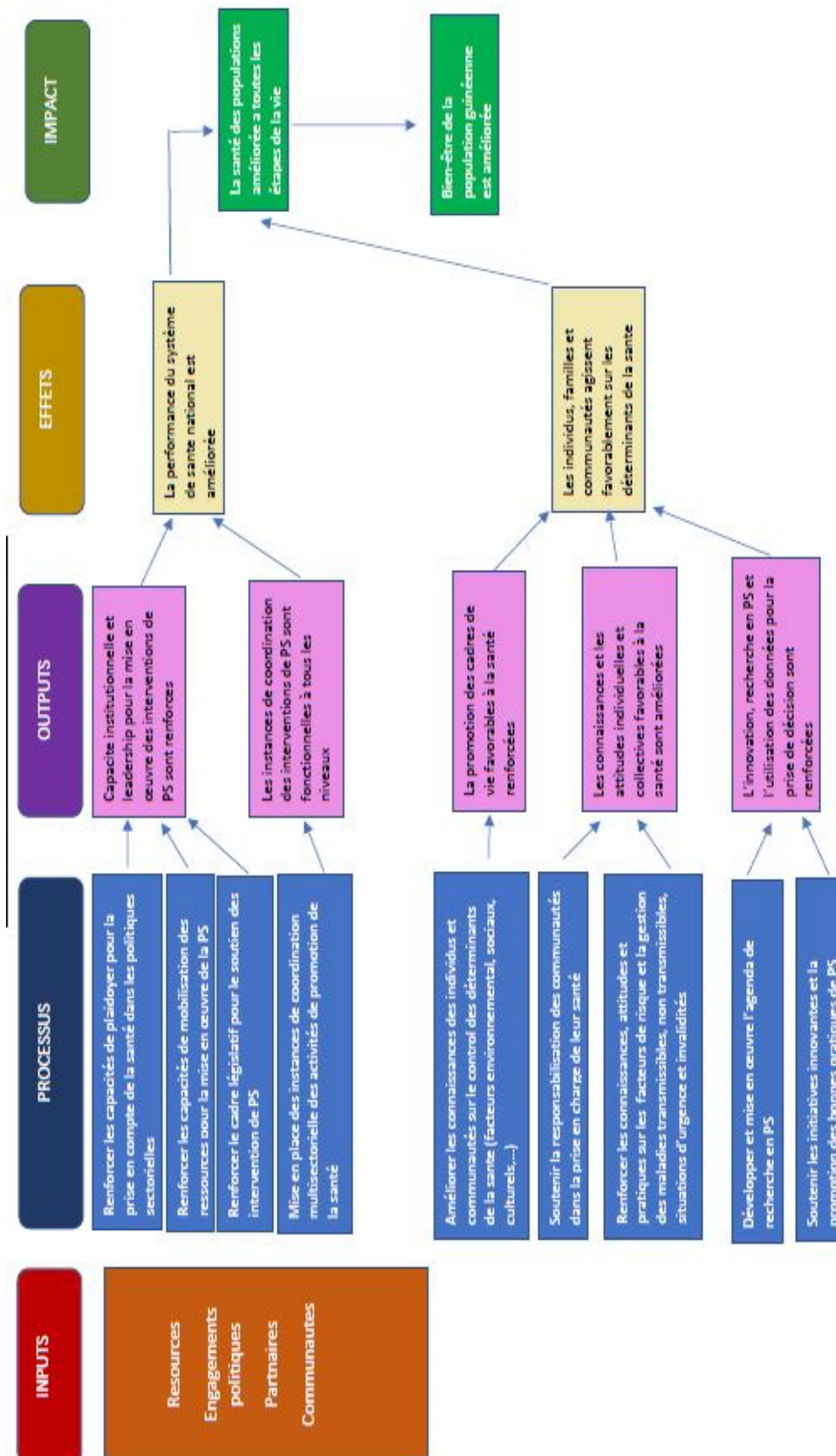
2.5.2. OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Le plan stratégique de promotion de la santé se décline en trois (03) objectifs stratégiques que sont :

- Renforcer la Gouvernance du système national de promotion de la santé ;
- Améliorer les connaissances et les attitudes individuelles et collectives favorables à la santé ;

- Développer l'innovation et la recherche en promotion de la santé, et l'utilisation des données pour la prise de décision.

2.6. CHAINE DES RESULTATS



2.7. MATRICE DES ACTIONS PRIORITAIRES

Résultats attendus	Stratégies d'Interventions	Actions prioritaires
Objectif Stratégique 1 : Renforcer la Gouvernance du système national de promotion de la santé d'ici 2025		
D'ici fin 2025, le leadership du SNPS pour la mise en œuvre des interventions de PS est renforcé et les instances de coordination sont fonctionnels à tous les niveaux	1.1. Renforcement du cadre institutionnel (politique, stratégique, législatif, réglementaire et organisationnel) du SNPS	1.1.1. Mise à jour du cadre organique avec les attributions fondées sur la nouvelle politique de PS
		1.1.2. Renforcement des capacités (y compris sur les plans législatif, réglementaire et organisationnel) du SNPS conformément à la nouvelle politique de PS
	1.2. Plaidoyer pour la prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles et communautaires	1.2.1. Renforcement des capacités institutionnelles des différents acteurs en matière de Promotion de la Santé
		1.2.2. Intégration des questions de santé dans les politiques sectorielles et communautaires
	1.3. Coordination multisectorielle des activités de promotion de la santé	1.3.1. Mise en place d'un comité de coordination multisectoriel de Promotion de la Santé
		1.3.2. Élaboration et mise en œuvre d'un plan conjoint de Promotion de la Santé
		1.3.3. Coordination des interventions dans le secteur de la santé
	1.4. Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé	1.4.1. Amélioration du financement en faveur de la PS
		1.4.2. Renforcement des capacités du Pool financier du SNPS en gestion financière et comptable

		1.4.3. Promotion des financements innovants en faveur de la PS
	1.5. Renforcement du système de S&E	1.5.1. Rendre disponible les données de PS dans le DIHS2 (routines, factuelles, de recherche)
		1.5.2. Supervisions (spécifiques et conjointes) intégrant la PS à tous les niveaux
		1.5.3. Évaluation du plan stratégique de promotion de la santé (plans annuels, évaluation à mi-parcours, évaluation finale)
Objectif Stratégique 2 : Renforcer les connaissances et attitudes individuelles et collectives favorables à la santé d'ici 2025		
D'ici fin 2025, les connaissances et attitudes individuelles et collectives favorables à la santé sont améliorées	2.1. Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des individus sur les enjeux environnementaux, les facteurs de risque et la gestion des maladies transmissibles, non transmissibles, situations d'urgence et invalidités	2.1.1. Élaboration des plans pour le changement social et comportemental favorable à la santé
		2.1.2. Développement des outils et matériels harmonisés de changement social et de comportement favorables à la santé
		2.1.3. Renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre des plans pour le changement social et de comportement
	2.2. Soutien à la responsabilisation des communautés dans toutes les interventions de promotion de la santé à tous les niveaux	2.2.1. Renforcement des capacités des communes, ONG, Associations et Société Civile pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action de promotion de la santé
		2.2.2. Mise en place des approches communautaires basées sur le partenariat
		2.2.3. Appui et suivi des initiatives locales en faveur du développement communautaire

		2.2.4 Organisation des activités de mobilisation sociale et d'engagement communautaire
Objectif Stratégique 3 : Développer l'innovation, la recherche en promotion de la santé, et l'utilisation des données pour la prise de décision d'ici 2025		
D'ici fin 2025, des résultats de recherche et des bonnes pratiques en PS sont documentés et accessibles par les acteurs pour soutenir les prises de décisions	3.1. Développement et mise en œuvre de l'agenda de recherche en PS	3.1.1. Exploration des opportunités de recherche en matière de Promotion de la Santé
		3.1.2. Renforcement du cadre de partenariat avec les institutions de recherche
		3.1.3. Développement des activités de recherche en PS
	3.2. Capitalisation et vulgarisation des résultats de recherche et des bonnes pratiques en matière de PS	3.2.1. Mise en place d'une banque de données de recherche et de bonnes pratiques en PS
		3.2.2. Vulgarisation des résultats de recherche et de bonnes pratiques en PS
		3.2.3. Promotion de l'utilisation des évidences (résultats de recherche) pour améliorer les interventions de PS
D'ici 2025, au moins 60% des initiatives innovantes en matière de PS identifiées par le SNPS sont soutenues et accompagnées	3.3. Soutien aux initiatives innovantes en matière de promotion de la santé	3.3.1. Identification des opportunités pour capturer ou réaliser des initiatives innovantes en PS
		3.3.2. Développement des initiatives/programmes pilotes en faveur de la promotion de la santé
		3.3.3. Accompagnement des initiatives innovantes en PS

2.8. BUDGET ESTIMATIF DES AXES STRATEGIQUES

N°	Axe stratégique	Coût (GNF)	Coût (USD)
1	Renforcer la Gouvernance du système national de promotion de la santé d'ici 2025	17 932 150 000	1 928 188
2	Renforcer les connaissances et attitudes individuelles et collectives favorables à la santé d'ici 2025	48 439 958 000	5 208 598
3	Développer l'innovation, la recherche en promotion de la santé, et l'utilisation des données pour la prise de décision d'ici 2025	10 279 648 450	1 105 339
	Total	76 651 756 450	8 242 124

2.9. CIBLES DE COUVERTURE DES INTERVENTIONS

La promotion de la santé est un ensemble d'approches qui adressent les problèmes de santé des populations en suscitant l'action institutionnelle et communautaire sur les facteurs de risque environnementaux, sociaux, culturels et comportementaux. Le plan national de développement sanitaire (PNDS 2015-2024) identifie les interventions à haut impact qui permettent l'atteinte d'un meilleur état de santé des populations. Le Service National de Promotion de la Santé mettra en œuvre ses stratégies de changement social et comportemental ainsi que celles de participation communautaire pour contribuer à la réalisation des objectifs du PNDS. Ainsi, les stratégies d'intervention et les actions prioritaires ci-dessus définies seront appliquées sur les éléments et les déterminants de santé ci-après, telles que mentionnées dans le PNDS :

2.9.1. CIBLES DE COUVERTURE DU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité 2015	2017	2020	2024
Services à base communautaire et familiale				
Utilisation des MILDA pour enfants de moins de 5 ans	26	38	56	80
Utilisation des MILDA pour les femmes enceintes	28	80	85	90
Utilisation d'une eau de qualité	74	75	77	80
Accès aux structures d'hygiène et assainissement de base	18	40	60	80
Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers	-	40	60	80
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	21	23	27	32
Prise en charge thérapeutique de la malnutrition (< de 5 ans)	25	31	40	51

Prise en charge communautaire de la diarrhée (< de 5 ans)	34	46	65	90
Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme	28	42	62	90
Prise en charge à domicile des cas de maladies respiratoires chez les enfants de moins de 5 ans	28	42	62	90
Pratique du lavage des mains par les ménages	17	40	60	80
Utilisation d'une latrine pour l'évacuation des excréta	18	40	60	80

2.9.2. CIBLES DE COUVERTURE DES SERVICES ORIENTÉS VERS LES POPULATIONS

Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité 2015	2017	2020	2024
Services orientés vers les populations				
Planification familiale	19	25	36	51
Consultation prénatale	57	85	89	95
Vaccination contre le tétanos maternel et néonatal	76	85	89	95
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	57	85	89	95
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse	51	60	73	90
Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	24	85	89	95
PTME (test, conseil, prophylaxie ARV et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	40	90	94	100
Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères Séropositives au VIH	20	85	91	100
Vaccination antirougeoleuse	62	69	80	95
Vaccination BCG	82	85	89	95
Vaccination polio	49	85	89	95
Vaccination Pentavalent (DTC+Hb+ Hépatite)	47	58	74	95

Vaccination anti- amarile (contre la fièvre jaune)	31	85	89	95
Vaccination anti pneumococcique	-	85	89	95
Vaccination anti rotavirus	-	40	60	95
Vaccination contre le VPH	-	85	89	95
Supplémentation en Vitamine A	41	85	87	90

2.9.3. CIBLES DE COUVERTURE DU NIVEAU CLINIQUE

Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité 2015	2017	2020	2024
Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)				
Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence				
Accouchement normal assisté par un professionnel	45	53	64	80
SONUB (Soins obstétricaux Néonataux d'urgence de base)	0,63	18	45	80
SONUC (Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets)	13,4	28	50	80
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	30	43	63	90
Antibiotiques pour Rupture Prématuration des Membranes (RPM)	90	91	93	95
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	15	40	60	90
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau-né	10	40	60	80
Soins curatifs pour enfants et adultes				
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	38	50	67	90
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	55	63	74	90
Traitement de la rougeole par la vitamine A	97	98	99	100
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	30	43	63	90

Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pédiatrique	28	42	62	90
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour adulte	28	40	57	80
Détection et prise en charge des IST	57	85	89	95
Médicaments pour infections opportunistes	50	57	67	80
ARV pour enfant atteint du VIH/SIDA	12	90	94	100
ARV pour adulte atteint du VIH/SIDA	70	80	95	100
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere Intention	5	5	4	3
DOTS pour la TB	60	69	82	100
Retraitement des patients tuberculeux	50	61	78	100
Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes	50	61	78	100

L'élaboration des Plans Opérationnels au niveau des districts sanitaires, des unités de communication des directions, agences, instituts, programmes et projets, et les plans conjoints du groupe technique multisectoriel tiendront compte des cibles ci-dessus pour agir sur les principaux déterminants qui les influencent. Les plans opérationnels seront adaptés à chaque cible en fonction du contexte de la localité.

Les plans conjoints aborderont les aspects environnementaux et du cadre de vie ci-après :

- Gestion des déchets
- Assainissement Total Piloté par la Communauté
- Qualité de l'eau à domicile, de l'air et des aliments / lutte contre la pollution et les nuisances sonores
- Promotion de l'abandon de l'automédication et la vente illicite des médicaments
- Renforcement de la défense et de la réhabilitation des milieux dégradés
- Promotion et protection des couches vulnérables (PVH, personnes âgées...)
- Contribution à réduire l'incidence des pesanteurs socioculturelles sur la santé
- Promouvoir l'aménagement des habitats salubres, y compris les établissements humains et espaces publics favorables à la santé

- Développement des initiatives intégrées de promotion de la santé (ville santé, village santé, école et marché santé)
- Développer les mécanismes de lutte contre le tabac et les autres substances nocives
- Soutenir les interventions de PS axées sur les animaux de compagnie

CHAPITRE 3 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du Plan Stratégique National exige une réforme du cadre institutionnel sur la base des orientations définies dans la politique de promotion de la santé. Ces réformes visent le renforcement du leadership du SNPS en rapport avec le CSC dans les agences, programmes et projets de santé, la coordination multisectorielle pour des actions concertées au profit de la santé, la participation communautaire pour le contrôle des déterminants du bien-être par les citoyens, la réglementation et la normalisation des interventions.

Toutes les organisations gouvernementales et non gouvernementales concernées (ministères d'exécution, ONG, institutions internationales, secteur privé, partenaires d'exécution du secteur de la santé) doivent investir les efforts nécessaires pour la mise en œuvre efficace de cette stratégie au niveau central, des régions, des districts et des collectivités.

3.1. CADRE INSTITUTIONNEL

Le Service National de Promotion de la Santé est le maître d'œuvre de ce plan et des activités promotionnelles. Il s'appuiera sur des directions, services, programmes centraux et directions décentralisées du MS, ainsi que sur des départements pour exercer son mandat avec les partenaires. Les activités conformes au plan stratégique national seront intégrées dans les plans de travail annuels des services centraux de régions, districts sanitaires et partenaires, mais aussi des projets et programmes de santé. L'État et des partenaires techniques et financiers œuvrant à ces niveaux seront mobilisés pour l'appui et le soutien nécessaires à la mise en œuvre effective, au suivi-évaluation et à la recherche en faveur de la promotion de la santé.

Un cadre de coordination multisectoriel sera institué pour faciliter et harmoniser l'implication des ministères d'exécution et des partenaires dans les actions de transformation/adaptation du cadre de vie des populations. Les Comités de santé et d'Hygiène des communes, appuyés par le personnel de santé et les autorités locales, veilleront à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification et de mise en œuvre des activités. La gestion communautaire des problèmes sociaux et de santé s'intégrera et renforcera les autres initiatives mises en œuvre par d'autres acteurs au sein de la collectivité.

3.2. ORGANES DE MISE EN ŒUVRE ET INSTANCES DE COORDINATION

La bonne réalisation des interventions contenues dans le plan stratégique nécessite le renforcement des organes de gestion de la promotion de la santé et la mise en place d'instances de coordination.

3.2.1. LE SERVICE NATIONAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le Service National de Promotion de la Santé assure le **leadership** dans la conception et le suivi de la mise en œuvre des interventions en matière de changement social et comportemental en faveur de santé. Son organisation s'intègre au système national de santé. À ce titre, il est représenté au niveau central, régional et district sanitaire. Ces différents organes participent aux instances de coordination du système de santé à tous les niveaux de la pyramide.

Les aspects promotionnels inclus dans les politiques et plans de développement sanitaires sont du ressort du service. À cet effet, il développe des approches communautaires de CSC, coordonne interventions des unités de communication des agences, programmes et projets de santé, et harmonise les interventions en vue de les rendre plus efficaces. Les partenaires apportent leurs contributions techniques et financières à la mise en œuvre du plan stratégique aux niveaux central, régional, district et communautaire.

a. Niveau national

La Direction du SNPS est en charge d'élaborer les normes et procédures standards de promotion de la santé. À cet effet, la planification stratégique de l'ensemble des interventions lui revient. Elle coordonne les activités de changement social, comportemental et structurel des directions, agences, programmes et projets du ministère de la santé. Elle facilite la collaboration avec les autres secteurs et développe des partenariats avec les communautés. En collaboration avec le BSD, elle (organise et) oriente la recherche pour recueillir les données probantes, conçoit les outils harmonisés de collecte de données programmatiques et définit le circuit de l'information et ses procédures de gestion. Elle produit les matériels et outils d'intervention en matière de PS, mobilise les ressources et renforce les capacités des acteurs.

Chaque année, le Service développe des plans d'actions opérationnels sur la base des prévisions de ce plan stratégique. Au niveau déconcentré, ce plan est intégré dans le PAO des structures. Il appuie toutes les interventions de promotion de la santé qui adresse les maladies prioritaires définies par le gouvernement. Les unités de communication des agences, directions, programmes et projets de santé élaborent, avec les partenaires et sous l'impulsion du SNPS, des plans semestriels pour la mise en œuvre du plan d'action annuel et le suivi-rapproché des activités.

Le Service coordonne et assure le suivi de la réalisation de ces micro-plans à travers la tenue des réunions trimestrielles de monitoring, des revues semestrielles et des supervisions d'activités à tous les niveaux. Des plans intégrés de promotion peuvent être conçus pour couvrir à la fois plusieurs directions, agences, programmes ou projets de santé. Par ailleurs, la mise en œuvre de certaines activités peut requérir la contractualisation avec des structures spécialisées.

Au niveau décentralisé, le Service veillera au bon fonctionnement de ses démembrements dans les régions et districts sanitaires. Il s'assurera aussi de la participation effective des communautés, des partenaires et des structures déconcentrées dans les instances de coordination de la santé. Il évalue les capacités des organisations de promotion de la santé aux différents niveaux, suit la planification opérationnelle et assure le monitoring semestriel. Dans les formations sanitaires (hôpitaux nationaux, régionaux et préfectoraux), le Service s'assure de l'effectivité des activités promotionnelles dans les prestations de soins offerts par le personnel de santé.

b. Niveau régional et préfectoral

Les directions régionales et préfectorales de la santé sont responsables de la mise en œuvre de ce plan au niveau opérationnel. Elles sont chargées de la planification opérationnelle, du suivi

de proximité des activités sur le terrain, de la production des rapports d'activités et de la remontée des statistiques pour la consolidation des évidences. Les plans d'action opérationnels intégrés de chaque région et district sanitaire tiennent nécessairement compte du contenu du plan d'action annuel du SNPS.

Le suivi des interventions opérationnelles est le rôle primordial de la région sanitaire dans la mise en œuvre du plan stratégique de promotion de la santé. Elle coordonne la circulation de l'information entre les niveaux stratégique et opérationnel. À ce titre, elle planifie et met en œuvre les activités de suivi-évaluation des interventions de PS au niveau opérationnel d'une part, et apporte son soutien à la recherche d'autre part.

Le district sanitaire constitue le cadre opérationnel des interventions de promotion de la santé. Il réalise la planification opérationnelle et la mise en œuvre conjointes avec les partenaires suivant les priorités sanitaires locales. Il documente tout le processus de mise en œuvre des activités et assure la diffusion des meilleures pratiques locales et des leçons apprises. En matière de recherche, il facilite la réalisation des études opérationnelles. Il rend socialement et culturellement accessibles les résultats de ces recherches ainsi que les informations sanitaires pour mieux stimuler la prise de décision et la participation des communautés.

Deux représentants du SNPS seront nommés dans chaque direction régionale et chaque direction préfectorale de la santé. Le premier sera responsable de la coordination, du partenariat (communautés, médias, OSC, PTF, services publics et privés) et de la mobilisation des ressources (humaines, matérielles et financières) au profit de la promotion. Son suppléant aura la charge de conduire et suivre la progression des activités de terrain en matière de promotion de l'offre de soins, de l'hygiène et des modes de vie sains.

c. Niveau communautaire

Les structures communautaires (Comités de Santé et d'Hygiène, centres médicaux communaux, centres de santé, postes de santé, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, Relais Communautaires, etc.) assurent les prestations de services promotionnels auprès des populations, sous la coordination/supervision des représentants de la promotion de la santé au niveau de la DPS. Cependant, certaines interventions nécessiteront la contractualisation avec des consultants, des ONG nationales ou internationales, des OBC, des médias, des animateurs communautaires, etc. Le Service National de Promotion de la Santé établira un cadre de performance avec des indicateurs spécifiques permettant d'évaluer périodiquement le niveau d'exécution et la qualité des interventions.

Les initiatives de promotion de la santé revêtiront l'aspect du développement communautaire. L'expérience et l'expertise des autorités, des groupes ainsi que celles des populations locales seront nécessairement incorporées à tout le processus des interventions pour la promotion de la santé. Ces interventions seront directement en lien avec le programme de développement local ainsi que d'autres initiatives ou programmes communautaires. Les connaissances et les approches indigènes favorables à la promotion de la santé seront pleinement intégrées à cette démarche.

Des partenariats seront par ailleurs établis avec des organes et membres influents des communautés pour faciliter les activités de promotion du bien-être. Les groupes communautaires constitués, les autorités locales et les populations seront impliqués dans les activités de promotion de la santé. Les professionnels de la santé et autres personnels établiront les liens nécessaires avec ces acteurs locaux pour l'élaboration et la mise en œuvre des activités. Des structures communautaires seront mises en place suivant les besoins des communautés et sur leurs initiatives.

d. Les unités de communication des agences, instituts, directions, programmes et projets de santé

Les unités de communication relèvent du Service National de Promotion de la Santé. Elles seront créées au sein de toutes les directions et agences du ministère de la santé et de tous les instituts, programmes et projets de santé. Si la Direction du Service agit particulièrement sur les dimensions stratégiques, les unités de communication sont compétentes sur les aspects opérationnels. Elles assurent la promotion de l'offre de soins ainsi que des services et produits de santé afin d'orienter les citoyens vers les bons choix comportementaux. Autrement, elles appliquent les stratégies définies par la Direction du Service pour influencer les comportements face à des problèmes de santé spécifiques.

Sur la base du plan stratégique et des plans d'action annuels qui en découleront, les unités de communication élaboreront des sous-stratégies semestrielles pour adresser les problèmes de santé dont la gestion relève des directions spécifiques, des agences, des instituts, des programmes et des projets. Au besoin, les unités recourent au groupe technique multisectoriel pour développer des plans conjoints qui adressent les principaux déterminants du problème de santé concerné.

L'élaboration des sous-stratégies se réalise sous la coordination de la direction du SNPS. Des réunions mensuelles et trimestrielles se tiendront entre la direction et les unités de communication afin de mieux coordonner les activités, assurer le monitoring et effectuer des revues. La direction effectuera des supervisions formatives lors de la mise en œuvre des activités.

L'élaboration des plans opérationnels semestriels des unités de communication reposera sur les directives du guide de promotion de la santé qui sera rédigé par le SNPS. Afin de renforcer l'efficacité des interventions, les plans seront notamment bâtis sur les évidences et les leçons apprises. Les approches seront définies suivant l'analyse du public et la segmentation des cibles. La communication interpersonnelle, les mass-médias, la mobilisation sociale/communautaire, le plaidoyer et le renforcement des capacités des acteurs seront entre autres approches de communication qui seront utilisées pour le changement social et de comportement. Les nouvelles approches développées par les unités de communication seront documentées et mises à l'échelle par la direction du SNPS.

La direction du SNPS prendra les mesures nécessaires pour mettre en place les unités de communication dans toutes les directions et agences ainsi que dans les programmes, projets et

instituts de santé. Elle s'appliquera par ailleurs à les aligner sur ses orientations politiques et stratégiques à travers notamment les réunions de coordination et de monitoring trimestriel.

3.2.2. LA COORDINATION MULTISECTORIELLE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est une filière transversale. Ses interventions impliquent la participation de tous les secteurs ministériels, agences, institutions religieuses, société civile, communautés, etc. Ce mécanisme de collaboration renforce la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans de promotion de la santé. Le Ministère de la santé assure le leadership de cette **coordination multisectorielle** à travers le Service National de Promotion de la Santé. Elle (la coordination) implique la mise en place d'un cadre institutionnel multisectoriel pour faciliter la collaboration intersectorielle en faveur de la santé.

Dans la mise en œuvre de ce plan, il sera créé un comité multisectoriel de coordination appuyé par un groupe technique multisectoriel de promotion de la santé et un secrétariat technique en charge du fonctionnement de l'ensemble du dispositif.

a. Comité multisectoriel de coordination

Il sera mis en place un comité multisectoriel de coordination, principal organe de coordination de la promotion de la santé. Il représentera l'instance en charge de l'orientation des interventions conjointes (multisectorielles) de promotion de la santé. Présidé par le Ministre de la santé, il est composé de tous les secteurs sanitaires et non sanitaires, les OSC, les acteurs communautaires et les partenaires techniques et financiers. Toutes les directions, programmes, projets, agences et institutions du ministère de la santé doivent s'aligner derrière ce comité multisectoriel pour en tirer profit. Cela permet d'éviter la multiplicité des comités multisectoriels et de rationaliser la coordination.

Le comité se réunit une fois par an pour faire le bilan des activités et définir les prochaines orientations. Un groupe technique sera mis en place pour assurer le suivi des progrès et évaluer la performance du système de promotion de la santé ainsi que des plans conjoints qui seront développés. Le gouvernement et les partenaires financiers mobiliseront les ressources nécessaires à l'opérationnalisation des orientations et plans conjoints déclinés par le comité multisectoriel.

b. Groupe technique multisectoriel de promotion de la santé

Ce groupe, présidé par la direction du SNPS, assurera le suivi et l'évaluation du plan stratégique, mais aussi des plans conjoints (multisectoriels) de promotion de la santé. Il se réunira deux fois par an, donnera des avis techniques et organisera des revues annuelles aux niveaux national et déconcentré en vue de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des interventions programmées et documenter les bonnes pratiques. Les principaux Partenaires Techniques et Financiers feront partie de ce groupe ainsi que les départements sectoriels et les composantes du ministère de la santé.

Des groupes thématiques seront formés au sein de cet organe pour répondre aux besoins spécifiques des différentes directions, programmes, projets, agences et instituts en ce qui

concerne l'apport des autres secteurs non sanitaires en vue de la promotion des sujets particuliers les concernant. L'appartenance à un groupe thématique reposera sur la capacité technique de chaque institution et de la portée de ses programmes de promotion de la santé. La plateforme One Health constitue un exemple illustratif de groupe thématique dans le cadre de la lutte contre les zoonoses.

Le groupe technique multisectoriel a la charge de plaider en faveur de l'intégration des activités de promotion de la santé dans toutes les interventions sectorielles et les plans de développement nationaux. À ce titre, il contribue au renforcement des capacités des institutions en matière de promotion de la santé et aide à mobiliser les ressources pour le financement des activités.

c. Secrétariat technique

Un Secrétariat technique sera mis en place pour traiter les questions administratives nécessaires au fonctionnement du comité multisectoriel et de son groupe technique. Dans ce rôle, il planifiera les programmes de travail du comité et du groupe, définira la feuille de route de chaque réunion, établira le procès-verbal de réunions et réalisera le suivi de la mise en œuvre des résolutions adoptées au cours des rencontres.

Le Secrétariat technique assurera la diffusion d'informations à tous les membres du comité et du groupe et facilitera la communication. Il pourra contacter et se concerter avec les membres du comité et du groupe pour recueillir les avis de chacun et les partager aux autres membres sur des sujets à l'ordre du jour. La documentation des activités de coordination du comité et du groupe technique sera de sa responsabilité.

Le Secrétariat technique sera chargé du suivi des engagements techniques et financiers des différents partenaires membres du comité de coordination. De plus, il veillera à ce que le Service National de Promotion de la Santé soit représenté dans toutes les instances de coordination du système de santé (CCSS, CTRS, CTPS, CTSPS...).

3.2.3. INSTANCES DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Le Service National de Promotion de la Santé assure le leadership de la **participation communautaire** et du changement social et comportemental en faveur de la santé. L'approche repose sur le potentiel humain, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues de la localité pour gérer les problèmes de santé. Les populations locales participent à l'identification des problèmes, à l'élaboration des plans, à la mise en œuvre et au suivi-évaluation des activités.

Le **Comité de Santé et d'Hygiène** constitue l'instance faitière de cette participation communautaire. Placé sous la responsabilité de la mairie, ce comité exécute les compétences de santé transférées aux collectivités. Il assure la gestion du centre de santé et constitue l'interface entre la structure sanitaire et les populations. Il est composé des représentants de la localité rendus responsables des décisions et stratégies de développement communautaire et d'amélioration de l'état de bien-être des citoyens.

Les deux représentants de la promotion de la santé au niveau de la DPS assurent la coordination des Comités de Santé et d'Hygiène (CoSaH) présents dans les communes des districts sanitaires. Ils s'assurent que les communautés prennent part aux instances de coordination de santé dans les sous-préfectures, districts et régions sanitaires afin de participer aux débats et à la prise de décision concernant leur santé.

La DPS nouera des partenariats avec les groupes communautaires, les organisations locales et les partenaires techniques et financiers évoluant dans leurs juridictions en matière de promotion de la santé. Les DRS et DPS collaboreront avec les structures déconcentrées représentant les départements sectoriels aux niveaux régional et préfectoral en vue de leur implication effective dans l'amélioration du cadre de vie des populations.

3.3. ROLES ET RESPONSABILITES DES PARTIES PRENANTES

La promotion de la santé étant un domaine transversal, requiert l'implication de divers secteurs autres que le ministère de la santé dans la planification stratégique et la mise en œuvre des activités. Le ministère de l'Administration du territoire et de la décentralisation facilitera la mise en œuvre efficace de la politique, de la stratégie et des sous-stratégies de promotion de la santé au niveau des districts/quartiers, des secteurs et des villages.

Les ministères en charge de l'Éducation nationale¹⁹ intègrent les activités sanitaires à plusieurs niveaux. Le milieu scolaire abrite les activités d'éducation à la santé, l'offre de soins et l'amélioration de l'environnement scolaire (eau, hygiène et assainissement). Des messages de promotion de la santé sont également inclus dans les programmes d'études et les manuels didactiques. Spécifiquement, le MESRS et le METFPET assurent la formation du personnel de santé et contribuent à la réalisation des études/recherches en santé (laboratoires, centres de recherche, ...).

Les ministères de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, de l'aquaculture et du commerce contribuent à la réalisation de la sécurité alimentaire des populations en rendant disponibles les stocks de consommation mais aussi en assurant le contrôle de qualité des produits sur les marchés. Les services de contrôle des différents ministères garantissent les normes de qualité pour les produits consommables et non consommables, en réduisant la prévalence des produits dont les normes sont faibles sur le marché. Les vulgarisateurs agricoles distribuent les matériels IEC pour promouvoir les meilleures pratiques de production. L'éducation nutritionnelle s'intègre à ce dispositif pour orienter et renforcer les choix alimentaires des populations en vue du maintien de leur bien-être.

Les ministères des Sports et de la Culture feront la promotion des activités sportives et récréatives et stimuleront la création d'un environnement propice à des modes de vie sains. Le ministère peut également initier ou s'associer à d'autres pour organiser des campagnes de promotion par le biais de compétitions sportives et utiliser des modèles de comportement en matière de santé.

¹⁹ MENA, MESRS, METFPET

Les ministères de la ville et aménagement du territoire, des travaux publics, du transport, de l'énergie, de l'hydraulique et de l'assainissement ont la charge d'aménager un cadre de vie physique favorable à la santé des populations. Ils participent à la promotion des modes de vie sains, de l'approvisionnement en eau potable et des services d'assainissement. Le ministère des travaux publics est responsable de la construction de routes pour assurer la sécurité des usagers (piétons, cyclistes, personnes vulnérables/vivant avec un handicap, etc.); celui de l'aménagement du territoire élabore les normes et les standards de logement.

Le ministère de l'action sociale, de la promotion féminine et de l'enfance est impliqué dans l'élaboration de messages et de matériels visant à promouvoir la santé des femmes et des enfants et à défendre les droits des femmes, l'éducation des filles, les inégalités entre les sexes, la violence basée sur le genre, la protection sociale et le respect du droit des personnes vivants avec des handicaps.

Le ministère de la sécurité et de la protection civile garantit la sécurité des personnes et de leurs biens dans tout le pays. Il promeut les environnements sûrs et sécurisés pour tous, la sécurité routière et la lutte contre toutes les formes de violence. Le ministère de la justice assure l'application correcte des lois en vigueur dans le pays au profit du bien-être de la population. Il revient à l'assemblée nationale de voter et adopter les lois en faveur de la santé et la sécurité des citoyens.

Les ministères de l'environnement, des mines, de la géologie et des hydrocarbures participent à l'élaboration de messages et de documents liés aux questions de santé environnementale. Ils font le plaidoyer en faveur de la protection de l'environnement (contre la dégradation et la pollution du cadre de vie et leurs effets sur la santé des communautés).

Les ministères de l'information, de la communication, des postes et télécommunications et de l'économie numérique interviennent dans la diffusion des messages de santé auprès des populations à travers les mass médias, les réseaux sociaux, l'internet et la téléphonie mobile.

Les ministères du plan, de l'économie, des finances et du budget participent à la planification, la budgétisation et aux financements des programmes et projets de développement du gouvernement, y compris en matière de santé. Ils exécutent la part du budget national alloué à la santé par l'Assemblée nationale et aident à la mobilisation des ressources financières.

Le ministère du commerce participe au contrôle de qualité des aliments et médicaments en collaboration avec d'autres départements. Ils veillent à la réduction de la prévalence des médicaments et des substances nuisibles sur le marché grâce à la recherche, à la formulation de politiques et à leur application. Il participe à la sensibilisation des consommateurs à une utilisation sûre des médicaments.

Les fournisseurs privés de services de santé ainsi que les prestataires de soins dans les formations sanitaires sensibilisent les patients aux modes et pratiques de vie sains et diffusent les informations sur les droits et responsabilités des usagers. Il est important d'orienter rapidement les patients vers des établissements de soins de santé secondaires et tertiaires.

Les organisations du secteur privé (entreprises et sociétés privées) offrent un milieu de travail sain à tous leurs employés. Ils servent d'intermédiaire pour diffuser l'information sur les modes de vie et les pratiques saines, en abordant les questions liées à la santé au travail et aux besoins en promotion de la santé des collectivités environnantes. Les activités promotionnelles en milieu professionnel sont menées avec l'implication des employeurs, des syndicats et des organisations professionnelles.

Les ONG locales et internationales sont actives dans le secteur de la santé depuis de nombreuses années et les communautés qu'elles servent leur font confiance. Elles sont impliquées dans le plaidoyer pour la santé, les initiatives de renforcement des capacités et d'autres moyens importants d'amélioration de la vie des communautés.

Les agences internationales de développement et les partenaires techniques et financiers soutiennent activement l'agriculture, l'environnement, les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ainsi que les secteurs de la santé et les secteurs sociaux. Ils incluent la promotion de la santé dans leurs activités.

3.4. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Pour une mise en œuvre efficace de la stratégie de promotion de la santé, certaines considérations doivent être soigneusement traitées. Il s'agit notamment du renforcement du cadre exécutif et réglementaire de promotion de la santé, de la disponibilité des résultats de recherches et informations sanitaires et du développement du partenariat multisectoriel et communautaire.

3.4.1. RENFORCER LE CADRE EXÉCUTIF ET RÉGLEMENTAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le cadre exécutif est l'élément essentiel qui soutient le leadership de toute institution. Le SNPS est un organe d'appui du ministère de la santé érigé en rang de Direction par le décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant attributions et organisation du MS. Son cadre organique actuel est structuré en quatre unités et une douzaine de personnels titulaires partageant un seul et unique bureau. Ce cadre doit être renforcé pour permettre au Service de jouer ses rôles et remplir pleinement ses obligations régaliennes. Son organisation s'intégrera au système national de santé ainsi qu'il suit :

- Le comité multisectoriel de coordination de promotion de la santé
 - Le groupe technique multisectoriel de promotion de la santé
- La direction centrale de promotion de la santé logée au ministère de la santé
- Le responsable régional de la PS et son suppléant au niveau de la DRS
- Le responsable préfectoral de la PS et son suppléant au niveau de la DPS
- Le comité de santé et d'Hygiène au niveau communautaire (commune)
 - Partenariat avec les groupes communautaires

Le cadre organique de la direction centrale devra se structurer comme suit :

- Un directeur national responsable du Service
 - Unité de suivi-évaluation
- Un directeur national adjoint en charge du partenariat, de la collaboration et de la participation communautaire
 - Secrétariat technique de coordination
- Un département Recherche, Développement, Documentation et Formation
 - Une Cellule Recherche et développement de matériels et outils
 - Une cellule Documentation et formation
- Un département Mobilisation sociale et promotion des soins de santé
 - Une cellule Promotion des soins de santé
 - Une cellule Mobilisation sociale et engagement communautaire
 - Une cellule Communication (de risques, institutionnelle, couverture médiatique)
- Un département hygiène et cadre de vie
 - Une cellule Prévention primaire
 - Une cellule promotion du cadre de vie

Le Service National de Promotion de la Santé, pour son fonctionnement, aura besoin de renforcement de capacités en ressources humaines, matérielles et financières. À ce titre, le Service doit bénéficier d'une ligne budgétaire pour lui permettre de réaliser les activités contenues dans son plan stratégique 2021-2025. Les moyens matériels sont l'ensemble des locaux, des équipements et des outils de travail nécessaires à l'administration courante des affaires pour l'atteinte des objectifs attendus.

Le renforcement des capacités des ressources humaines s'assure que les meilleures pratiques et les innovations les plus récentes sont utilisées à tous les niveaux. Il contribue à harmoniser les approches et messages entre les régions et les partenaires de mise en œuvre des programmes et projets. Les membres des organismes communautaires (organismes confessionnels, coopératives de femmes, organisations de jeunes, clubs, etc.) et des OSC qui participent à des activités de promotion de la santé devront recevoir une formation pour assurer la qualité de leurs interventions.

3.4.2. PARTENARIAT

Pour renforcer le cadre institutionnel de la promotion de la santé en Guinée, la présente stratégie insiste sur la nécessité qu'une multiplicité d'acteurs soit amenée à jouer un rôle significatif dans

la mise en œuvre de la promotion de la santé, y compris les municipalités, les communautés, l'éducation, la société civile, les confessions religieuses, etc. Le ministère de la santé doit prendre un acte officiel qui établit et maintient la collaboration de tous les secteurs en vue d'une coordination efficace des interventions en faveur de la santé.

La collaboration multisectorielle permettra de valoriser la promotion de la santé dans tous les secteurs, toutes les politiques et toutes les interventions à travers l'établissement de partenariats (avec les acteurs potentiels) dans le but de développer des actions intégrées et exhaustives. Cette collaboration contribuera à résoudre les défis du cadre de vie des communautés en ce qui concerne la subsistance, le travail, l'éducation, le logement, la structure sociale et l'accès aux soins de santé, en vue d'éliminer les différentes inégalités de santé.

Compte tenu du niveau actuel de développement de notre système de santé. La décentralisation est une réforme majeure dans le secteur santé. Elle fait intervenir les collectivités locales dans la gestion des problèmes de santé de la communauté. Il est donc nécessaire de renforcer le système de promotion de la santé en intégrant la communauté comme un partenaire privilégié.

3.4.3. RECHERCHE ET PRATIQUES BASÉES SUR LES ÉVIDENCES

La promotion de la santé fait de la recherche, le suivi et l'évaluation, des éléments importants de tout processus de mise en œuvre des interventions dans le domaine. Ces éléments dénotent d'un sens de responsabilité et de transparence des acteurs ou intervenants. Ils permettent la documentation des meilleures pratiques et des leçons apprises au cours des interventions et dont s'inspireront celles à venir.

Le succès de la mise en œuvre de ce plan réside dans la prise en compte des résultats de recherche et des bonnes pratiques lors de la planification opérationnelle. Le SNPS mettra en place des indicateurs de suivi des interventions de PS intégrant les facteurs comportementaux et normatifs ainsi que d'autres déterminants du bien-être. Ces données probantes éclaireront le processus décisionnel pour l'élaboration et l'évaluation des programmes et projets de PS. En plus du mécanisme de suivi-évaluation, un agenda de recherche définira les besoins de recherche à mener dans des domaines précis de promotion de la santé. Ils serviront à identifier les besoins des individus, des groupes et de la société en général ; évaluer les forces et faiblesses des interventions ; mesurer le niveau d'obtention des résultats attendus des interventions de promotion de la santé ; proposer de nouvelles méthodes ou approches en s'inspirant des interventions réussies au profit de la santé et du bien-être de la population.

L'utilisation pratique des résultats de recherche dépend de la priorité accordée à la méthode de planification basée sur les connaissances avérées et de la capacité des ressources humaines pour le bon usage de ces résultats. Ceci constitue un défi à relever par le SNPS et le comité multisectoriel et coordination à travers les différents partenariats nécessaires et indispensables avec les institutions de recherche nationales, régionales et internationales.

3.5. OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE

Pour faciliter la mise en œuvre de ce plan, plusieurs outils seront élaborés au nombre desquels on peut citer :

- **Le plan de financement de la stratégie de promotion de la santé** : fait une estimation des coûts de mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé. Il donne une idée globale sur les besoins financiers nécessaires pour l'atteinte des résultats et facilitera le plaidoyer de mobilisation des fonds complémentaires.
- **Le plan de suivi-évaluation de la stratégie de promotion de la santé** : identifie les indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultat et les relie à des méthodes de collecte de données provenant de plusieurs sources pour les synthétiser et produire les bases factuelles pour la prise de décision aux différents niveaux du système de santé.
- **Les plans d'action annuels du SNPS** : découlent du plan stratégique de promotion de la santé. À la fin de chaque année et partant du bilan des interventions effectuées, le plan d'action est élaboré pour prévoir les activités à venir l'année suivante. Il tient compte des besoins de l'ensemble des directions, programmes, projets, agences et instituts de santé.
- **Le guide de promotion de la santé** : est un document de référence qui décrit les procédures à suivre pour une bonne planification, exécution et suivi-évaluation d'un plan de promotion de la santé.
- **Les plans conjoints (multisectoriels) de promotion de la santé** : il s'agit des planifications effectuées par le groupe technique multisectoriel pour agir sur plusieurs déterminants de la santé à la fois en fonction des missions de chaque département sectoriel. Ce type de plan concourt à l'amélioration du cadre de vie par la collaboration intersectorielle.
- **Les plans d'action opérationnels des régions et districts** : Sur la base du plan stratégique et du plan d'action annuel du SNPS, chaque région et district sanitaire intègre dans son plan d'action opérationnel les dimensions de la promotion de la santé en fonction du contexte local.
- **Les sous-stratégies semestrielles de promotion de la santé** : seront élaborées par les unités de communication de chaque direction, programme, projet, agence et institut de santé, sur la base du plan stratégique et du plan d'action annuel du SNPS. Ces unités assurent la mise en œuvre des interventions en matière de promotion de la santé.

CHAPITRE 4 : FINANCEMENT

Le financement de la promotion de la santé implique plusieurs secteurs. L'État est la première source de financement à travers le Budget National de Développement (BND). Le ministère des finances, en collaboration avec celui de la santé, consolidera les volets de différents ministères pour en faire une proposition unique à inclure dans le budget national. En plus, les stratégies de mobilisation du financement du plan stratégique de PS peuvent se fonder sur le plaidoyer.

Les mairies, au titre de la dotation par l'État central, ont bénéficié d'un transfert de compétences en matière de santé. En application des dispositions de la Loi N°2016/001/AN du 18 Janvier 2016 portant Loi de Finances initiale, il a été institué un appui direct au budget local de l'ensemble des collectivités du pays à hauteur de 15% des recettes minières de l'État et sur la base des taxes collectées. Ces ressources constituent une source de financement pour la promotion de la santé.

D'autres sources de financement sont à envisager, entre autres la contribution des fondations nationales, de la loterie nationale, des compagnies d'assurance routière et aérienne de travail, de la Caisse nationale de sécurité sociale, des entreprises, des agences des nations unies et d'autres partenaires au développement, etc. Par ailleurs, le mécanisme de financement de la promotion de la santé encouragera l'apport des financements innovants en matière de santé.

Ce plan stratégique sera mis en œuvre et réalisé durant les cinq (5) prochaines années de 2021 à 2025 inclusivement. Son financement impliquera plusieurs secteurs dont les actions contribueront à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Au nombre des sources de financement, figurent le budget de l'État alloué au secteur de la santé, la part des départements sectoriels non sanitaires, municipalités (mairies), les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les Organisations de la Société Civile (OSC/ONG), etc.

Dans le processus de décentralisation, les communes (Urbaine et rurale) ont la responsabilité de financer l'aspect promotion de la santé identifiée sur la base des taxes collectées et les subventions accordées pour leur propre fonctionnement. Les ressources financières communales sont assez importantes en promotion de la santé vu le caractère local des interventions dont le but ultime est la prise en compte des réalités à la base. Les fonds drainés vers les communes de convergence et l'ANAFIC sont des opportunités à mettre à profit pour financer les activités de promotion de la santé au sein des collectivités.

Étant donné que la promotion de la santé doit être prise en compte dans toutes les politiques de divers secteurs, les secteurs ministériels interviennent en fonction des axes définis dans les différents plans stratégiques ou plans d'actions annuels inscrits dans les programmes, projets de santé. Dans les activités en cours, le "One Health", regroupant les ministères de la santé, de l'élevage et de l'environnement reste un modèle.

Au-delà, d'autres sources peuvent contribuer au financement des activités de promotion de santé sur le territoire guinéen dont les fondations, la loterie nationale, (notamment les campagnes de protection de l'enfant et l'éducation, le soutien à la prévention et la lutte contre

les maladies prioritaires), les compagnies d'assurance routière et de travail (à travers leur programme de réduction des facteurs de risque et la prévention des accidents routiers et de travail), la Caisse nationale de sécurité sociale (à travers son programme de soutien à la population pour la prévention de la maladie et la réduction des coûts des soins),

Les agences des Nations Unies et autres partenaires au développement dont la collaboration sera basée sur l'application des principes et valeurs de promotion de la santé aux priorités de santé entrant dans le PNDS. Les axes d'intervention élaborés par la direction de promotion de la santé et validés seront la base des négociations avec les partenaires au développement, créant la synergie et l'efficacité dans l'atteinte des objectifs de santé de la Guinée.

CHAPITRE 5 : MECANISME DE SUIVI-EVALUATION

La responsabilité du contrôle et du suivi des interventions de promotion de la santé incombe à toute la structure hiérarchisée de promotion de la santé qui comprend la direction nationale de promotion de la santé au MS et ses démembrements aux niveaux régional et préfectoral. Les instances de coordination sont informées des résultats, de différents contrôles et suivis des interventions pour les avoir approuvées à l'origine. Le travail sera fait avec une plus grande notion d'acuité donnant la possibilité aux professionnels des niveaux décentralisés de remonter les informations des communautés vers le niveau national. Les partenaires (sectoriels, PTF, OSC) impliqués dans la mise en œuvre des interventions sont parties prenantes de cette activité de suivi-évaluation. L'évaluation se fera à deux (2) niveaux ; le premier à mi-parcours et le second à la fin des activités (évaluation finale)

Le processus d'évaluation des interventions de promotion de la santé est directement incorporé à chaque intervention. L'intervention sera ainsi appréciée au moment de son approbation sur la base des critères et des méthodes à utiliser pour son évaluation. L'évaluation sera mise en œuvre par l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention en respect strict des principes et valeurs de promotion de la santé, conférant aux bénéficiaires le pouvoir d'action et conduisant à la durabilité et la pérennité.

Le suivi-évaluation de ce plan stratégique de promotion de la santé sera réalisé par le personnel qualifié du service national de promotion de la santé, les cadres du MS, des sectoriels, des PTF et des OSC. La mise en œuvre de l'ensemble des mécanismes nécessitera la participation et/ou l'implication des acteurs communautaires, sanitaires et non sanitaires.

Pour s'assurer de la réalisation des activités programmées et/ou des résultats obtenus, deux bilans seront faits dont le premier est semestriel et le second annuel (en fin d'année). Le suivi des indicateurs de performances se fera sur la base du processus de collecte fonctionnel au niveau du MS. Toutes les données collectées seront centralisées, analysées et interprétées pour des fins d'information et de prise de décisions. Ce premier plan stratégique de promotion de la santé facilitera la disponibilité des indicateurs de base pour l'ensemble des actions prioritaires pour un meilleur suivi des performances. Ce plan stratégique pourra faire l'objet de révision (si nécessaire) en 2021/2022 en prélude de l'évaluation finale en fin 2024.

CONCLUSION

La révision de la politique nationale de promotion de la santé intervient dans le contexte de coexistence des maladies transmissibles et non transmissibles, des traumatismes, des risques épidémiques et de catastrophes. De nombreuses réformes sont entreprises pour renforcer l'organisation du système de santé et améliorer l'offre de soins ; il s'agit notamment du développement de la promotion de la santé et celui de la santé communautaire entre autres.

Par ailleurs, l'amélioration de l'état de santé des populations nécessite la collaboration des autres secteurs non sanitaires, l'implication des structures administratives décentralisées et la participation des populations afin de prendre en compte et agir sur les grands déterminants de la santé. En effet, la santé doit être reconnue comme une ressource stratégique pour le développement social et économique, en mettant en exergue la réduction des inégalités de santé au moment de la planification et la mise en œuvre des programmes de santé. L'ensemble des interventions ne peuvent être réalisées que par un investissement conséquent de l'État, de ses partenaires et de la communauté.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

1. Agence nationale de sécurité sanitaire, Actualités du Pharo du 5-7 octobre 2016 : Expérience guinéenne dans la gestion de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, République de Guinée
2. Contribution nationale volontaire à la mise en œuvre des ODD au forum politique de haut niveau, New-York, Rapport National, République de Guinée, Juillet 2018,
3. Enquête Démographique et de Santé (EDSG V) 2018, Institut National de la Statistique Ministère du Plan et du Développement Économique Conakry, Guinée, Décembre 2018.
4. Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2016, Rapport final Suivi de la situation des enfants et des femmes, Juillet 2017
5. Health Promotion: Strategy for The African Region, Brazzaville, 2013. Republic of Rwanda.
6. Institut National de la Statistique ; Annuaire statistique, République de Guinée, 2017 ; Janvier 2019.
7. Mamadou Chérif BAH et Mamadou Alkaly BANGOURA, 2017, État et structure de la population, Rapport d'analyse des données du RGPH3, Institut National de Statistique.
8. Mamadou Chérif BAH et al., 2009, Rapport préliminaire de l'enquête STEPS pour la ville de Conakry (République de Guinée), Organisation mondiale de la santé, Ministère de la santé.
9. Ministère de la Santé Burkina Faso, Plan Stratégique Intégré de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2016-2020, AVRIL 2016.
10. Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal, Plan Stratégique National de Santé Communautaire, 2014-2018
11. Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, Plan national de Développement Sanitaire, PNDS 2009-2018, Janvier 2009
12. Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique de Santé Communautaire 2015-2018, Juin 2015.
13. Ministère de la santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Rapport enquête SARA DQR-QoC 2017
14. Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et Développement (BSD), Rapport, Projet « Promotion de la Santé Reproductive et Familiale-PSR », Restitution des résultats de la mission des Experts communication et FBR du projet « Promotion de la Santé Reproductive et familiale-PSR » financé par la KfW, en Guinée

15. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire, Politique Pharmaceutique Nationale, Conakry, Juin 2014
16. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire, Politique Pharmaceutique Nationale, Conakry, Juin 2014.
17. Ministère de la santé, Étude de collecte des données dans le secteur de la santé en Guinée (Appui à la reconstruction après Ebola dans le secteur de la santé), Rapport final, mars 2017, République de Guinée
18. Ministère de la Santé, Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé, 2015 - 2017 avril 2015
19. Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)-2015-2024, Mars 2015
20. Ministère de la santé, Plan stratégique de lutte antituberculeuse en Guinée (2015-2019), 2014, République de Guinée
21. Ministère de la Santé, Plan Stratégique National de la Santé Maternelle, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et des Jeunes (SRMNIA), 2016-2020, Mai 2016
22. Ministère de la santé, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023), 2017, République de Guinée
23. Ministère de la santé, Politique Nationale de Santé (PNS), 2014, République de Guinée.
24. Ministère de la santé, Politique nationale de lutte contre le paludisme, 2014, République de Guinée
25. Ministère de la Santé, Politique Nationale de Promotion de la Santé, 2009, République de Guinée
26. Ministère de la Santé, Politique Nationale de Recherche pour la Santé, Conakry, Août 2017
27. Ministère de la santé, Politique Nationale de Santé Communautaire, 2017, République de Guinée
28. Ministère de la Santé, Politique Nationale de Santé, « un engagement pour bâtir un système de santé performant », Conakry, novembre 2014,
29. Ministère de la santé, Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT), 2010, République de Guinée
30. Ministère de la Santé, Rapport Annuel d'activités, Décembre 2018
31. Ministère de la Santé, Stratégie de communication du Ministère de la Santé, Conakry, Août 2017,

32. Ministère des Mines et de la Géologie-Société Minière de Boké, assistance à la société minière de Boké pour l'actualisation et le renforcement des outils d'analyse de gestion et de suivi environnementaux et sociaux, Rapport de mission de terrain, étude du milieu socioéconomique, Septembre 2018
33. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté ELEP, Rapport Final, Décembre, 2012
34. Ministère du plan et de la coopération internationale, Analyse des données du RGPH3 : Situation des personnes vivant avec un handicap, 2017, République de Guinée
35. Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, Plan National de Développement Économique et Social-PNDES), 2016-2020, Volume 1- Document principal, Version du 28 février 2017
36. Ministry of Health PO Box : 84, Kigali, Rwanda www.moh.gov.rw Rwanda Health Promotion Strategy 2013-2018.
37. Ministry of Health, National Health Promotion Policy, Republic of Rwanda, June 2014.
38. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Promotion de la Santé, Charte d'Ottawa, première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, 21 novembre 1986
39. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Plan stratégique de l'OMS sur six ans visant à réduire l'impact des situations d'urgence et des catastrophes, 2014-2019
40. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Projet de Plan Stratégique de pays provisoire-Guinée (2019-2022), Durée 1er juillet 2019–30 juin 2022
41. Organisation Mondiale de la Santé, Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte Méthodologie pour l'élaboration d'un plan stratégique national, Principales composantes du PSN.
42. Plan stratégique de promotion de la santé du Gouvernement francophone bruxellois 2018-2022.
43. Plan Stratégique de promotion de la santé, 2018/2022, du Gouvernement francophone bruxellois.
44. République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Politique Nationale de Promotion de la Santé (Version finale PNLMNT/MS), 2008.
45. UNICEF, Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance Rapport Final, Étude Socio-anthropologique sur le mariage d'enfants en Guinée, Conakry, 30 mai 2017.
46. Vivons ensemble.ca, Feuille de travail : Planification stratégique, Centre de l'Excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.

Liens utiles

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/>
2. <https://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenaria>
3. www.refips.org › afriquesubsahara › Politique_Promotion_Sante_Benin
4. <https://solidarites-sante.gouv.fr> › acteurs › avis-et-recommandations
5. <https://solidarites-sante.gouv.fr> › acteurs › avis-et-recommandations
6. <https://www.apmsl.fr> › page › les-actions-de-lecp
7. <https://ireps-bfc.org> › ireps-bfc.org › files
8. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/developpement/politique-de-developpement-la-strategie-de-la-france/un-cadre-multilatera>