REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail - Justice - Solidarité

========



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L’HYGIENE PUBLIQUE

========

SERVICE NATIONAL DE PROMOTION DE LA SANTE

**POLITIQUE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE**

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

******Décembre 2019

## Préface

La République de Guinée est un Etat 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 15 le droit à la santé et au bien-être physique ; avec obligation pour l’Etat « 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 Emergente 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 en 2014, instrument d’orientation des interventions sectorielles. Sa mise en œuvre se fait à travers un plan stratégique dédié et s’intègre dans la politique globale de développement définie par le gouvernement.

La politique de promotion de la santé s’appuie sur la politique nationale, notamment en son axe stratégique 2, 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. 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.

La présente politique 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’Etat 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 de l’hygiène publique

Dr MAMADOU PETHE DIALLO

**Table des matières**

[Préface 2](#_Toc26967969)

[Remerciements 6](#_Toc26967970)

[Sigles et abréviations 7](#_Toc26967971)

[Définition des concepts clés 8](#_Toc26967972)

[Introduction 11](#_Toc26967973)

[CHAPITRE 1 : Analyse de la situation 13](#_Toc26967974)

[1.1. Contexte général 13](#_Toc26967975)

[1.2. Contexte national 14](#_Toc26967976)

[1.3. Etat de santé de la population guinéenne 15](#_Toc26967977)

[1.4. Déterminants et inégalités de santé 17](#_Toc26967978)

[1.5. Système de santé 18](#_Toc26967979)

[1.5.1. Gouvernance du système de santé et leadership 18](#_Toc26967986)

[1.5.2. Prestations de soins et de services de santé 19](#_Toc26967987)

[1.5.3. Ressources humaines en santé 19](#_Toc26967988)

[1.5.4. Produits et technologies de santé 19](#_Toc26967989)

[1.5.5. Financement de la santé 20](#_Toc26967990)

[1.5.6. Système national d’informations sanitaires et recherche en santé 20](#_Toc26967991)

[1.6. Promotion de la santé 21](#_Toc26967992)

[1.6.1. Histoire de la promotion de la santé et acquis du système de santé guinéen 21](#_Toc26967994)

[1.6.2. Problèmatique de la promotion de la santé en Guinée 22](#_Toc26967995)

[1.6.3. Défis 24](#_Toc26967996)

[CHAPITRE 2 : Vision, fondements, valeurs et principes directeurs de la Politique de promotion de la santé 25](#_Toc26967997)

[2.1. Vision 25](#_Toc26967999)

[2.2. Fondements 25](#_Toc26968000)

[2.3. Principes directeurs 26](#_Toc26968001)

[CHAPITRE 3 : Objectifs 28](#_Toc26968002)

[3.1. But 28](#_Toc26968004)

[3.2. Objectif général 28](#_Toc26968005)

[3.3. Objectifs stratégiques 28](#_Toc26968006)

[CHAPITRE 4 : Orientations stratégiques 29](#_Toc26968007)

[CHAPITRE 5 : Cadre de mise en œuvre 30](#_Toc26968008)

[CHAPITRE 6 : Financement 31](#_Toc26968009)

[CHAPITRE 7 : Mécanisme de suivi-évaluation 32](#_Toc26968010)

[Conclusion 33](#_Toc26968011)

[Bibliographie indicative 34](#_Toc26968012)

## Remerciements

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

* Au Représentant de 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
* Aux Ministères et Représentants des Institutions Républicaines, pour leur précieuse collaboration à la réalisation de cette politique qui se veut comme une structure transversale, utilisable pour tous.
* Aux Responsables de Partenaires Techniques et Financiers de coopération bi et multilatérale, pour leur disponibilité et leur grand soutien à l’élaboration de la politique nationale de promotion de la santé.

## Sigles et abréviations

BSD : Bureau de Stratégie et de Développement

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CD : Communauté Rurale

CNPS : Conseil National de Promotion de la Santé

DPS : Direction Préfectorale de la Santé

DRS : Direction Régionale de la Santé

EPS : Education pour la Santé

FG : Franc Guinéen

IEC : Information, Education, Communication

MS : Ministère de la Santé

ODD : Objectifs du Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG  : Organisation Non Gouvernementale

OSV : Organisation de la Société Civile

PNDES : Plan National de Développement Economique et Social

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNPS : Politique Nationale de Promotion de la Santé

PNS ; Politique Nationale de Santé

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

PS : Promotion de la Santé

SIDA : Syndrome Immunodéficitaire Acquis

SNPS : Service National de Promotion de la Santé

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l’enfance

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine

## Définition des concepts clés

***Santé***

L’OMS (1946) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

***Promotion de la santé***

La promotion de la santé est un processus visant à rendre l’individu et la collectivité capables d’exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d’améliorer la santé.

L'OMS donne la définition suivante dans son glossaire : « la promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d’améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. »

La PS santé est également le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d’améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. »

Dans le présent, la promotion de la santé se veut comme un processus dynamique visant à améliorer les connaissances et aptitudes des individus, des familles et de la communauté.

***Déterminants de la santé***

« À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel ». Ces facteurs sont désignés comme les «déterminants de la santé. Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

***Facteurs de risque***

Pour l'OMS, « un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d’un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d’un traumatisme ». Au nombre des facteurs de risque les plus importants, on peut noter : le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l’hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d’alcool, l’eau non potable, l’insuffisance de l’hygiène ou de l’assainissement etc…

***Commune Urbaine et Communauté Rurale***

Le code des collectivités de la République de Guinée, en son article 3, stipule que : « les Communes urbaines et les Communautés rurales constituent le cadre institutionnel de la participation des citoyens à la vie démocratique locale et garantissent l’expression de la diversité.

***Comité de Santé et d’Hygiène (CoSaH)***

Organe de gestion du centre de santé qui assure la liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations1. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires.

***Engagement Communautaire***

Processus dans lequel s’instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la planification, l’exécution et l’exploitation des activités sanitaires en vue de tirer parti de l’accroissement de l’auto-responsabilisé et d’assurer le contrôle social. Il exprime l’idée d’intervention des communautés locales dans une activité de développement.

***Participation Communautaire***

Processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l’identification des besoins et la définition des priorités jusqu’au suivi et à l’évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l’amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté.

***Plaidoyer***

Le plaidoyer est un processus délibéré qui vise à influencer ceux qui prennent des décisions au sujet des politiques (la politique entendue comme plan d’actions, ligne de conduite…). Il est non seulement orienté vers la création ou la réforme des politiques, mais aussi vers la mise en vigueur et l’application efficace de ces politiques.

***Communication***

La communication est l’action de transmettre des informations ou des connaissances à un individu ou à une communauté en vue d’un changement de comportement. Dans le cadre de la promotion de la santé, il s’agit d’une communication sociale qui désigne un ensemble d'actes communicatifs dont l'objectif est de modifier (positivement en faveur de la santé) certaines représentations ou comportements individuels et/ou collectifs.

***Changement social et de comportement***

La communication pour le changement de comportement est l'ensemble des interactions participatives entre individus au sein des communautés ainsi que des actions de communication dirigées vers eux en vue d'opérer un changement volontaire de comportement individuel et des normes sociales dans le but d'améliorer le bien-être de l'individu et de la collectivité.

***Coordination***

La coordination est l'action d’associer et d’ordonner les parties prenantes d'un ensemble en vue de la mise en œuvre des initiatives ou des actions vers la réalisation d'un but commun avec la meilleure efficacité.

***Cadre de vie***

Le cadre de vie désigne l’ensemble des éléments de l’environnement naturel, urbain et socioculturel entourant la vie d’un individu ou d’une collectivité sur lesquels ils agissent dans le but d’améliorer leurs conditions de vie.

***Communauté***

La communauté désigne un groupe social constitué de personnes partageant les mêmes caractéristiques, les mêmes modes de vie, la même culture (parfois la même langue), les mêmes intérêts… Ces personnes interagissent et vivent ensembles en respectant les mêmes règles.

## Introduction

Le ministère de la santé a réalisé en 2014 l’évaluation de son ancienne politique et son plan stratégique décennal 2003-2012, assortie de la tenue des Etats 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 axe prioritaire.

Le Service National de Promotion de la Santé, dans le décret portant Attributions et Organisation du ministère de la santé en 2018, a été élevé au rang de direction 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 Service, avec le BSD a côté, 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 un projet d’approche qui devait conduire à l’obtention du document. Elle a consisté à d’abord réaliser une analyse situationnelle de la promotion de la santé en Guinée, réviser ensuite la politique nationale de promotion et élaborer enfin le plan stratégique. Ce projet a été soumis au comité élargi pour avis et approbation au cours de la première Assemblée générale.

Un consultant national a été recruté pour conduire le processus d’élaboration, appuyé par une équipe technique mise en place par le service de promotion de la santé. Il a été présenté au comité élargi lors de la deuxième Assemblée. 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 serviront à l’analyse situationnelle.

En octobre 2019, le rapport de l’analyse situationnel 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 ministère de la santé sur les questions d’approfondissement et l’amorce de l’élaboration du plan stratégique.

Du 18 au 24 novembre 2019, le service a organisé à Kindia l’atelier national de production de son plan stratégique. Le principe était de produire un document qui tienne compte des recommandations internationales en promotion de la santé, reposant sur les politiques sanitaires du pays, intégrant les acquis du système de santé et adapté aux contextes du pays.

L’élaboration de la politique nationale de promotion de la santé s’effectue au bout de quatre années qui ont suivi la fin de l’épidémie d’Ebola de 2014 et au moment où le PNDS est à sa cinquième année de mise en œuvre. Elle se fait aussi 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 2016 et l’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. Les données 2019 du DHIS2 ont été peu invoquées.

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. 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 (définis parfois de manière conjointe).

# CHAPITRE 1 : Analyse de la situation

Le contexte mondial 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 recherche 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 déployer les institutions nationales de promotion de la santé dans les pays de la Région africaine de l’OMS.

## Contexte général

La promotion de la santé s’est révélé un moyen efficace pour accroitre 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). A la conférence de Jakarta (Indonésie, 1997), des directives ont été données sur l’adaptation de la promotion de la santé aux nouveaux enjeux du 21e 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 la PS. En 1987, l’initiative de Bamako prend à court la Charte d’Ottawa en cherchant à 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 21e siècle, une autre avancée significative pour la 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 Equatoriale), 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.

## Contexte national

La République de Guinée est située sur la côte Atlantique de l’Afrique occidentale, entre l’Équateur et le Tropique du Cancer. Il est limité 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.

La population guinéenne était estimée à 11 233 037 habitants en 2016[[1]](#footnote-1). 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.

La Guinée est l’un des pays ayant les croissances 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 femme.

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.

La Guinée est subdivisée en sept (7) régions administratives auxquelles s’ajoute la ville spéciale de Conakry. Elle compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (dont 5 à Conakry) et 304 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.

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 178e rang sur 186 pays[[2]](#footnote-2) à l’indice de développement humain durable (IDH). 55,2 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté monétaire[[3]](#footnote-3). La pauvreté multidimensionnelle (éducation, eau potable, assainissement, électricité, logement, etc.) touche 60,7% de la population, en particulier les femmes et les enfants (INS & World Bank 2016). Seulement 32% de la population générale est active ; 5,2% sont au chômage et le taux de sous-emploi dépasse les 10%[[4]](#footnote-4). Le financement de la santé par le budget national est de 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.

Officiellement, la Guinée est un pays laïc. Les populations y vivent sous l’influence de deux grandes religions monothéistes (Islam pour 85% et Christianisme pour 15%) et des survivances traditionnelles. Ces croyances sont pratiquées suivant les régions et les communautés.

## Etat de santé de la population guinéenne

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’enquête 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.

Entre 2005[[5]](#footnote-5) et 2016[[6]](#footnote-6), 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 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 bas (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 revenu.

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 (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. Les infections respiratoires aigües et les diarrhées représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Les helminthiases intestinales, les douleurs abdominales basses et les gastrites ulcères forment une part importante des consultations faites dans les formations sanitaires. Le Sida demeure demeure un problème de santé publique. Sa prévalence nationale est de 1,5% avec une incidence plus élevée 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 Ebola (MVE) s’est déclarée et propagée avec une ampleur sans précédent, à impact négatif sur la vie socio-économique.

Les maladies 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 hyper-endémiques. Il s’agit notamment du trachome, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase, des géo-helminthiases et de l’onchocercose.

Il existe de nombreuses maladies non transmissibles (Diabète, cancer, pathologies cardio-vasculaires et respiratoires). Les données disponibles, quoi que non à jour, indiquent une forte prévalence de ces pathologies. Les cas de traumatismes se rapportent dans la majorité des cas aux accidents de la circulation.

La disponibilité des données sur les problèmes de santé mentale est très notoire ; à la fois dans les récents documents de politique et dans la littérature scientifique. Les chiffres de 2008 montre 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 entrainer 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.

## Déterminants et inégalités de santé

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 la moitié de la population (55%) vit en dessous du seuil de pauvreté (BM, 2012). 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 la réalisation des comportements de 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’exercice physique.

L’insuffisance d’hygiène individuelle et collective, la pollution de l’environnement et les effets du changement climatique contribuent tous à la dégradation de l’état de bien-être des populations. Les interventions de santé doivent être coordonnées pour tenir compte de 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 peut diminuer au fur et à mesure que son cercle social se distant.

Plus de 98% des ménages utilisent des combustibles solides comme source principale d’énergie domestique pour cuisiner (MICS 2016). 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 au sein de 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 la 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.

## Système de santé



### Gouvernance du système 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 N° D/2016/137/PRG/SGG du 20 avril 2016 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Elle comporte un niveau central, huit régions intermédiaires et trente-huit districts périphériques. Les cadres juridique, institutionnel et organisationnel 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 est en cours de reformation. Les opportunités de renforcement de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle se précisent avec l’essor du Service National de Promotion de la santé.

### Prestations de soins et de services de santé

La pyramide du système national de soins est organisée 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 5 centres améliorés), le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale et l’accouchement assisté.

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 manque de 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.

### Ressources humaines en santé

Selon le recensement biométrique de 2014, l’effectif des agents 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.

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.

### 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 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, l’approvisionnement irrégulier des services, la mauvaise gestion et l’insuffisante décentralisation de la distribution.

L’approvisionnement en vaccins 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.

### Financement de la santé

Le financement du secteur de la santé englobe les dépenses globales de la santé et le financement issu du budget de l’Etat. Ce dernier est très faible au regard des besoins estimés et exprimés. Il ne couvre que 6% des dépenses de santé. Les analyses soulignent qu’une frange importante de ce montant (90%) est réservée au traitement salarial. Cette faiblesse budgétaire a fortement affecté la qualité et l’offre de soins de santé. Elle affecte en particulier les districts sanitaires qui ne reçoivent pas régulièrement de budget de fonctionnement. Ceux-ci dépendent essentiellement des mécanismes de recouvrement des coûts. Les partenaires techniques et financiers contribuent aux dépenses à hauteur de 28%. Ils supportent les coûts liés à l’investissement et au fonctionnement à hauteur de 4%. En conséquence, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé (62%) par le truchement du paiement direct.

Avec une telle structure de financement, l’Etat et les populations risquent de ne pas être à mesure de faire face à de nouveaux évènements de santé pour couvrir les besoins apparus à la suite de cette crise. La ligne budgétaire allouée au Service National de Promotion de la Santé n’est pas clairement définie.

### Système national d’informations sanitaires et recherche en santé

Le SNIS est caractérisé par l’absence d’informatisation, le retard dans la collecte des données et la faible capacité des ressources humaines pour l’analyse et la prise de décision. Cette situation a entrainé le développement de systèmes parallèles d’information sanitaire directement liés aux programmes de santé.

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 et d’un plan stratégique 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 et mesurer ses acquis.

## Promotion de la santé

La promotion de la santé se développe aujourd’hui dans un contexte de pauvreté des ménages et de faible instruction/éducation des populations. 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 conjoncturelles qui se traduisent par les crises politiques, les mouvements sociaux et les troubles conjoncturelles. 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.



### Histoire de la promotion de la santé et acquis du système de santé guinéen

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 1995, des agents communautaires sont mobilisés pour la distribution des produits 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 en partenariat avec le ministère de la santé. 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 PSI-Guinée à travers l’AGBEF, et le financement de l’USAID.

La dernière cartographie des ASC en Guinée a permis de recenser 5871 agents de santé communautaires repartis sur l’ensemble du territoire. La région de Kankan renferme le plus grand nombre (1111 ASC) et celle de Boké le plus petit effectif (352 ASC). Dans la ville de Conakry, 585 ASC ont été dénombrés. 74% pour cent des agents recensés sont des hommes, 26% seulement sont des femmes. Le plus faible nombre d’ASC de sexe féminin a aussi été observé dans la région de Boké (15%).

L’activité principale des ASC consistent 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 présent dans le pays, il subsiste un besoin significatif pour couvrir l’ensemble des soins non directement desservies par une formation sanitaire. Les partenaires intervenants dans les activités communautaires sont nombreux. Mais ils diffèrent dans les modalités d’emploi et de motivation des ASC. Ces derniers manquent de moyens logistiques et de matériels de communication adaptés (harmonisés). Les canaux de communication sont sous utilisés pour permettre 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 10%). La radio et la télévision sont les plus suivies mais pas de façon régulière. L’utilisation de l’ordinateur 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 chaines 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, 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 capitalise dans la coordination des interventions pour faire face aux maladies d’origine zoonotiques. Des plateformes onehealth sont en cours de constitution dans l’ensemble des districts sanitaires du pays.

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 adopté 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 communautaire qui rendent compte aux chefs des centres de santé. Par ailleurs, l’instrument de gouvernance de la santé au niveau des aires de santé est le COSAH dont l’ancrage est fixé à la mairie.

### Problèmatique de la promotion de la santé en Guinée

La première politique nationale de promotion de la santé date de 2009. Elle 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 Communautaire. Elle deviendra une division à partir de 2012. Son statut administratif passera au rang de service national du fait de sa transversalité.

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 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 Ministère de la Santé. Le nouveau cadre organique qui le structure est composé de quatre unités, notamment 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 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 de santé publique, médecins cliniciens, journalistes et comptable). 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 représentant officiel. Il s’appuie sur les chargés de services à base communautaire comme points focaux. Les actions communautaires sont mises en œuvre à travers les agents/acteurs communautaires, les OSC/OBC, 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 aux 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 outre, le curatif a une demande sociale plus importante que le promotionnel ; le préventif bénéficie 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 encore les indicateurs de promotion de la santé qui concourent à la performance du système de santé. Il en résulte une faible supervision des activités de PS.

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 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.

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 (ANAFIC, PNAAFA…) sont des opportunités pour le développement de la promotion de la santé en Guinée.

### 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 et attitudes des communautés sur les enjeux environnementaux et les habitudes de vie ;
* Le plaidoyer pour améliorer le cadre de vie des citoyens.

# CHAPITRE 2 : Vision, fondements, valeurs et principes directeurs de la Politique de promotion de la santé



## Vision

La vision de la politique de promotion de la santé adhère à celle de la politique nationale de santé. 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.

## Fondements

La politique nationale 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), la présente politique de promotion de la santé se fonde sur 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 constitution reconnait la santé comme un droit fondamental (Articles 15 et 16) qui doit être garanti et préservé pour tous les citoyens. En conséquence, de nombreux textes et politiques ont été adoptés en faveur du bien-être des populations. Ce sont :

* Le Plan National de Développement Economique et Social (2016-2020)
* Le Code de santé publique (1997)
* Le Code des collectivités locales
* Le Code de l’environnement
* La Politique Nationale de Santé (2014)
* Le Plan National de Développement Sanitaire (2015-2024)

## 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 :

**Equité 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.

**Multi-sectorialité** : 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.

# CHAPITRE 3 : Objectifs



## But

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

## 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.

## Objectifs stratégiques

La politique nationale 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

# CHAPITRE 4 : Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques traduisent les stratégies optimales d’intervention pour l’atteinte des objectifs. Ce sont :

* **Orientation** **stratégique 1** : Renforcement de la Gouvernance du système national de promotion de la santé. Il se fera à travers :
* Le Renforcement du cadre institutionnel, stratégique, législatif et règlementaire en matière de promotion de la santé ;
* Le Plaidoyer pour la prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles et communautaire
* La Coordination multisectorielle des activités de promotion de la santé
* L’Harmonisation des interventions de promotion de la santé
* Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la promotion de la santé
* Le renforcement du système de suivi-évaluation des interventions de promotion de la santé
* **Orientation stratégique 2 :** Amélioration des connaissances et attitudes individuelles et collectives favorables à la santé. Les stratégies d’orientation sont :
* L’Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des individus sur les facteurs de risque et la gestion des maladies transmissibles, non transmissibles, situations d’urgence et invalidités ;
* L’Amélioration des connaissances et attitudes des communautés sur les enjeux environnementaux (cadres de vie physique, social et culturel) de manière à pouvoir s'adapter à/agir sur les déterminants de la santé ;
* Le Soutien à la responsabilisation des communautés dans toutes les interventions de promotion de la santé à tous les niveaux.
* **Orientation stratégique 3 :** Développement de l’innovation, de la recherche en promotion de la santé, et l’utilisation des données pour la prise de décision. Les stratégies d’intervention sont :
* Le Développement et mise en œuvre de l’agenda de recherche en promotion de la santé ;
* La Capitalisation et la vulgarisation des résultats de recherche et des bonnes pratiques en matière de promotion de la santé ;
* Le Soutien aux initiatives innovantes en matière de promotion de la santé.

# CHAPITRE 5 : Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre de la politique se fera à travers l’élaboration et l’exécution du plan stratégique national et de plans conjoints multisectoriels de promotion de la santé. D’autres outils seront également élaborés, notamment les outils de gestion, les manuels de formation, etc… Elle intéressera tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La participation de tous les autres acteurs non sanitaires sera requise (départements sectoriels, OSC, secteur privé, communautés, médias, parlement, PTF…) pour développer des actions efficaces. Des instances de coordination seront mises en place à tous les niveaux avec l’implication de tous les acteurs sanitaires, non sanitaires et communautaires.

Le Service National de Promotion de la Santé (à rang de Direction) est le maître d’œuvre de cette politique. Il s’appuiera sur des départements pour exercer son mandat. Les activités conformes au plan stratégique national seront intégrées dans les plans de travail annuels des régions et districts sanitaires. Les partenaires techniques et financiers œuvrant à ces niveaux seront mobilisés pour l’appui et le soutien nécessaires à la mise en œuvre effective, du suivi-évaluation et la recherche en faveur des interventions de promotion de la santé.

Les Comités de santé 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 questions sociales et de santé s’intègrera et renforcera les autres initiatives mises en œuvre par d’autres acteurs au sein de la collectivité.

# CHAPITRE 6 : Financement

Le financement de la promotion de la santé implique plusieurs secteurs. L’Etat est la première source de financement à travers le budget national de développement. Il dégage une ligne budgétaire destinée à couvrir les dépenses de fonctionnement et d’intervention du Service National de Promotion de la Santé. 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.

Les mairies, au titre de la dotation par l’Etat 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’Etat 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 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.

# CHAPITRE 7 : Mécanisme de suivi-évaluation

Le système national d’informations sanitaires servira de base aux données de suivi et évaluation de la politique nationale de promotion de la santé. Les acteurs de suivi de cette politique s’intègreront dans le comité national de suivi des indicateurs de santé. Le mécanisme de suivi portera à la fois sur les indicateurs de résultats et de processus. Les progrès réalisés vers les résultats attendus seront mesurés sur la base des interventions menées par le SNPS et celles réalisées par les autres acteurs.

Pour mesurer ces progrès, les données de routine seront produites et remontées pour alimenter le SNIS. Des revues conjointes seront réalisées de façon périodique à travers les activités de supervision, d’évaluation et de recherche. Les rapports produits seront analysés à tous les niveaux en vue de la prise de décision et de la rétro-information. Le développement des outils d’évaluation, de supervision et de collecte de données est indispensable pour l’amélioration de la performance du système de suivi-évaluation.

# 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 santé communautaire.

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’Etat, de ses partenaires et de la communauté.

# Bibliographie indicative

1. 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,
2. Enquête Démographique et de Santé (EDSG V) 2018 Institut National de la Statistique Ministère du Plan et du Développement Economique Conakry, Guinée, Décembre 2018.
3. Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2016, Rapport final Suivi de la situation des enfants et des femmes, Juillet 2017
4. Institut National de la Statistique ; Annuaire statistique, République de Guinée, 2017 ; Janvier 2019.
5. Ministère de la santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Rapport enquête SARA DQR –QoC 2017
6. 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
7. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire, Politique Pharmaceutique Nationale, Conakry, Juin 2014
8. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire, Politique Pharmaceutique Nationale, Conakry, Juin 2014.
9. Ministère de la Santé, Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé, 2015 -2017 avril 2015
10. Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)-2015-2024, Mars 2015
11. 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
12. Ministère de la Santé, Politique Nationale de Promotion de la Santé, 2009, République de Guinée
13. Ministère de la Santé, Politique Nationale de Recherche pour la Santé, Conakry, Août 2017
14. Ministère de la Santé, Politique Nationale de Santé, « un engagement pour bâtir un système de santé performant », Conakry, novembre 2014,
15. Ministère de la Santé, Rapport Annuel d’activités, Décembre 2018
16. Ministère de la Santé, Stratégie de communication du Ministère de la Santé, Conakry, Août 2017,
17. 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
18. Ministère du Plan Institut National de la Statistique, Enquête Légère pour l’Evaluation de la Pauvreté ELEP, Rapport Final, Décembre, 2012
19. Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, Plan National de Développement Economique et Social-PNDES), 2016-2020, Volume 1- Document principal, Version du 28 février 2017
20. Ministry of Health PO Box : 84, Kigali, Rwanda [www.moh.gov.rw](http://www.moh.gov.rw) Rwanda Health Promotion Strategy 2013-2018.
21. Ministry of Health, National Health Promotion Policy, Republic of Rwanda June 2014.
22. 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
23. 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
24. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Projet de Plan Stratégique de pays provisoire-Guinée (2019-2022), Durée 1er juillet 2019–30 juin 2022
25. 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.
26. Plan Stratégique de promotion de la santé, 2018/2022, du Gouvernement francophone bruxellois.
27. 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.
28. UNICEF, Ministère de l’Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l’Enfance Rapport Final, Etude Socio-anthropologique sur le mariage d’enfants en Guinée, Conakry, 30 mai 2017.
29. Vivons ensemble.ca, Feuille de travail : Planification stratégique, Centre de l’Excellence de l’Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.

**Wébographie**

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/>
2. 2. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenaria>
3. [www.refips.org › afriquesubsahara › Politique\_Promotion\_Sante\_Benin](http://www.refips.org › afriquesubsahara › Politique_Promotion_Sante_Benin)
4. [https://solidarites-sante.gouv.fr › acteurs › avis-et-recommandations](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjkqaSgyf7kAhW5DWMBHTmPApsQFjABegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2Fministere%2Facteurs%2Finstances-rattachees%2Fconference-nationale-de-sante%2Favis-et-recommandations%2Fmandature-2015-2019-les-avis-voeux-adoptes%2Farticle%2Frenforcer-et-mobiliser-les-acteurs-de-la-promotion-de-la-sante-et-de-la&usg=AOvVaw2LPEQUi5JOh6iFGatHV6X-)
5. [https://solidarites-sante.gouv.fr › acteurs › avis-et-recommandations](C:\\Users\\COMPITER\\Desktop\\OMS_2019_\\Docs_04_10_ 2019\\5. https:\\solidarites-sante.gouv.fr › acteurs › avis-et-recommandations)
6. [https://www.apmsl.fr › page › les-actions-de-lecp](C:\\Users\\COMPITER\\Desktop\\OMS_2019_\\Docs_04_10_ 2019\\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>

1. Institut National de la Statistique ; La Guinée en chiffres 2016, édition 2017 [↑](#footnote-ref-1)
2. PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012 [↑](#footnote-ref-2)
3. ELEP 2012 (Enquête Légère pour l’Évaluation de la Pauvreté) [↑](#footnote-ref-3)
4. RGPH3 [↑](#footnote-ref-4)
5. EDS III 2005 [↑](#footnote-ref-5)
6. MICS 2016 [↑](#footnote-ref-6)