

**Analyse de la contribution des relais communautaires
et des agents de santé communautaire à l'accès aux
services de santé communautaire en Guinée : Cas de
la zone du projet HSD, district sanitaire de Forécariah
2019-2023**

Présenté par
Djènè SIDIME

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor
Département Santé
Spécialité santé publique internationale
Directeur de mémoire : Aly Fancinadouno

Le 12 Octobre 2023

Devant le jury composé de :

Mme. Ekrame BOUTANE Présidente

Maitresse de conférences-habiletée à diriger la recherche
Université Clermont-Auvergne

Pr. Pierre TRAISSAC Examineur

Ingénieur de recherche IRD Épidémiologie – Biostatistique
IRD UMR MoISA

Pr. Patrick THONNEAU Examineur

Directeur du département Santé
Université Senghor

Remerciements

- A mon Directeur de Mémoire Dr **Aly Fancinadouno**, MD-MPH Politiques et Management des Systèmes de Santé et Directeur Préfectoral de la Santé et de l'Hygiène Publique de Forécariah, merci de m'avoir accepté ; j'ai été touché par votre rigueur scientifique, votre encadrement et votre accompagnement tout au long de ce travail;
- A **Dr Abdoul Habib BEAVOGUI**, Directeur du Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinyah; Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'accompagnement, vos conseils et vos encouragements tout au long de ce travail ;
- Au Directeur du Département Santé de l'Université Senghor à Alexandrie, Dr **Patrick THONNEAU**, mes sincères gratitude pour les efforts d'accompagnement pendant ce cursus de Master.
- A Dr **Rakissida Alfred OUEDRAOGO** je tiens à vous remercier chaleureusement, pour votre accompagnement tout au long de la réalisation de ce mémoire. Vous avez su me conseiller, me guider et me soutenir avec bienveillance et professionnalisme.
- A tout le personnel de la direction préfectorale de la santé de Forécariah et du Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinyah pour votre soutien et accompagnement, grâce auxquels ce travail a pu être réalisé.
- A l'ensemble des enseignants et personnel de soutien de l'université Senghor pour la qualité de leur enseignement et le service rendu ;
- A tous mes collègues de la 18 ème promotion pour leur esprit d'équipe et de partage, en l'occurrence : **Amadou Oury, Rodrigue, Taibou, Gadiri**, à l'équipe **Ambassadeur 18** et **We Women**

Dédicace

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

Ainsi, c'est tout simplement que je dédie ce mémoire

A Allah, le tout puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide davantage mes pas pour le reste de mon existence. Amen !

Je te rends grâce de m'avoir donné force et détermination pour la réalisation de ce travail.

A son Prophète (P.S.L) Imam de tous les confiants en DIEU.

"Que Dieu rend grâce et paix à notre prophète MOHAMAD, ses parents et à tous ses compagnons." Amen !

A ma mère : **Aïssata KOUROUMA**

Voilà l'exemple d'une femme modèle, une battante qui n'a jamais faibli devant une difficulté. Mère, tu as toujours été là à mes côtés chaque fois que j'avais besoin de toi. L'éducation que j'ai reçue de toi n'avait jamais d'ambiguïté ; tu nous as montré le chemin de la dignité et de l'honneur. Maman, sincèrement je n'ai pas trouvé de mots qui soit plus suffisant pour te remercier. Je suis convaincu, que rien de tout ce que je pourrai t'offrir ne pourra te servir de récompense pour tous tes faits et gestes pour moi.

A mon feu père : **Karamo Sidiki SIDIME**

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude dont je te témoigne pour tous les efforts et sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour ta famille !

Ta disparition prématurée à laisser un énorme vide dans mon cœur difficile à combler. J'aurais tant voulu que tu sois là parmi nous en ce jour immémorial mais hélas ! Le destin en a décidé autrement. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance et de mon infini amour. Que le tout puissant ALLAH t'accueille dans son paradis éternel. Amen ! Je t'aime Papa !

A toute ma famille sans exception :

J'éprouve une grande affection pour vous. Que ce travail consolide davantage le lien familial. Que Dieu nous bénisse richement. Amen !

Résumé

Introduction : à l'instar de plusieurs pays en développement, la Guinée a souscrit à l'objectif de couverture sanitaire universelle en santé à l'horizon 2030. Pour accélérer l'atteinte de l'objectif, le pays s'est doté en 2016 d'une politique nationale de santé et a lancé sa 2ème génération de politique de santé communautaire fondée sur les soins de santé primaires.

Dans le district sanitaire de Forécariah, ladite politique a débuté en 2020 dans 4 communes rurales et a connu une extension pour couvrir les autres en 2022.

Méthodes : nous avons réalisé une étude visant à analyser la contribution des relais communautaires et agents de santé communautaire à la couverture en services de santé dans ce district.

Il s'agissait d'une étude mixte transversale incluant des données quantitatives et des données qualitatives.

Les données quantitatives couvraient des indicateurs contractuels de prestation des RECO et ASC que nous avons extrait des données de routine de la base du système national d'information sanitaire DHIS2 pour la période allant de janvier 2019 à juin 2023.

Pour apprécier la contribution des ASC et RECO, nous avons comparé l'évolution des indicateurs des 4 communes couvertes par le projet HSD à ceux des autres communes du district sanitaire de Forécariah.

Les données qualitatives portant sur l'opinion des acteurs ont été collectées à tous les niveaux du système de santé.

Résultats pour l'ensemble des données disponibles, les tendances en termes de valeurs absolues, de moyenne et de proportion étaient majoritairement à la hausse pendant la mise en œuvre du projet HSD. Cette tendance s'est renversée à partir de décembre 2022, en faveur des autres communes de Forécariah où un autre projet intervient dans la santé communautaire depuis mai 2022.

Pour la majorité des personnes interviewées, la contribution des ASC et RECO est pertinente et efficace dans l'amélioration de l'accès aux services et soins de santé. Toutefois, cette contribution reste encore confrontée à de nombreux défis et variés Guinée.

Conclusion : en l'absence de mécanismes fiables de pérennisation, les changements induits par la mise en œuvre du projet de HSD dans le domaine de la santé communautaire dans la préfecture de Forécariah semblent vulnérables.

Mots clés : Contribution, Amélioration accès aux services, Agent de santé communautaire, Relais communautaire.

Abstract

Introduction: Like several developing countries, Guinea has signed up to the goal of universal health coverage by 2030. To accelerate progress towards this goal, the country adopted a national health policy in 2016 and launched its 2nd generation community health policy based on primary healthcare.

In the Forécariah health district, this policy began in 2020 in 4 rural communes and was extended to cover the others in 2022.

Methods: We conducted a study to analyse the contribution of community relays and community health workers to health service coverage in this district.

It was a mixed cross-sectional study including quantitative and qualitative data.

The quantitative data covered contractual indicators for the provision of RECOs and CHWs, which we extracted from routine data in the DHIS2 national health information system database for the period January 2019 to June 2023.

To assess the contribution of the CHWs and RECOs, we compared changes in the indicators for the 4 communes covered by the HSD project with those for the other communes in the Forécariah health district.

Qualitative data on the opinions of stakeholders were collected at all levels of the health system.

Results for all the available data, the trends in terms of absolute values, average and proportion were mostly upwards during the implementation of the HSD project. This trend reversed from December 2022, in favour of the other communes of Forécariah, where another project has been involved in community health since May 2022.

For the majority of those interviewed, the contribution of CHWs and RECOs is relevant and effective in improving access to health services and care. However, this contribution still faces many and varied challenges Guinea.

Conclusion: In the absence of reliable mechanisms for sustainability, the changes brought about by the implementation of the HSD project in the field of community health in the Forécariah prefecture seem vulnerable.

Key words: Contribution, Improved access to services, Community health worker, Community relay.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **AC** : Analyse de la contribution
- **ASC** : Agents de santé communautaire
- **BM** : Banque Mondiale
- **CNERS** : Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé
- **COSAH** : Comité de Santé et d'Hygiène
- **CPN** : Consultation prénatale
- **CSR** : Centre de santé ruraux
- **CSU** : Centre de santé urbain
- **CSU** : Couverture sanitaire universelle
- **CT-EPI** : Centre de Traitement des Maladies à Potentiel Épidémique
- **DHIS2** : District Health Information Software
- **DNSCMT** : Direction Nationale de la Santé Communautaire et la Médecine Traditionnelle
- **HP** : Hôpital préfectoral
- **HSD** : Haute Qualité des Services pour le Développement
- **IC** : Informateurs clés
- **IRA** : Infections respiratoires aiguës
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PEV** : Programme Élargi de Vaccination
- **PNSC** : Politique Nationale de la Santé Communautaire
- **PRSCS** : Projet de Renforcement des Services et Capacités Sanitaires
- **RECO** : Relais communautaire
- **SSP** : Soins de Santé Primaires
- **VAD** : Visite à domicile
- **PTF** : Partenaire technique et financier

Table des matières

<i>Remerciements</i>	<i>ii</i>
<i>Dédicace</i>	<i>iii</i>
<i>Résumé</i>	<i>iv</i>
<i>Table des matières</i>	<i>1</i>
<i>Listes des tableaux et figures</i>	<i>2</i>
1. Introduction	4
1.1. Question de recherche	5
1.2. Hypothèses	6
2. Objectifs	6
2.1. Objectif général	6
2.2. Objectifs spécifiques	6
3. Revue de la littérature	6
3.1. Définition des concepts	6
4. Méthodologie	11
4.1. Type d'étude	11
4.2. Cadre de l'étude	11
4.2.1. Cadre général	11
4.3. Cadre spécifique	11
4.4. Cadre conceptuel	13
4.5. Champ de l'étude	16
4.6. Période d'étude	16
4.7. Critères d'inclusion	16
4.8. Critères de non inclusion	16
4.9. Méthodes quantitatives	16
4.9.1. Échantillonnage	16
4.9.2. Variables d'étude	16
4.9.3. Sources et Collecte des données	16
4.9.4. Analyse et statistiques	16
4.10. Méthodes qualitatives	17
4.10.1. Population d'étude	17
4.10.2. Participants et recrutement	17
4.10.3. Collecte des données	17

4.10.4.	Gestion et analyse des données	18
5.	<i>Considérations éthiques</i>	18
5.1.	Consentement et confidentialité des données	18
5.2.	Bénéfice pour les participants	18
5.2.1.	Risques et menaces pour les participants	19
5.2.2.	Rétro information et dissémination	19
6.	<i>Résultats</i>	20
6.1.	Caractéristiques des répondants aux entretiens individuels approfondis	20
6.2.	Indicateurs de couverture des services et soins offerts par les relais et les agents de santé communautaire	24
6.3.	Opinions des acteurs sur les activités des relais communautaires et des agents de santé communautaires dans la zone du projet HSD	35
6.3.1.	Rôle et activités des ASC et des RECO	35
6.3.2.	Satisfaction des acteurs par rapport à la contribution des ASC/RECO à l'accès aux services dans leur communauté	37
6.3.3.	Avantages de l'intégration des RECO et ASC dans le système local de santé	37
6.3.4.	Qualité des services sanitaires offerts par les ASC et RECO	39
6.3.5.	Défis liés à l'intégration des relais communautaires et des agents de santé communautaire dans le système local de santé	40
6.3.6.	Mécanismes de pérennisation des activités des ASC/RECO	40
7.	<i>Discussions</i>	42
7.1.	Indicateurs de couverture des services et soins offerts par les relais et les agents de santé communautaire.	42
7.2.	Opinions des acteurs sur les activités des relais communautaires et des agents de santé communautaires dans la zone du projet HSD	44
8.	<i>Conclusion</i>	48
9.	<i>Recommandations</i>	49
	<i>Références bibliographiques</i>	50
10.	<i>Annexe 1</i>	54

Listes des figures et tableaux

<i>Figure 1. Carte administrative détaillée de la Guinée</i>	7
<i>Figure 2. Cadre conceptuel</i>	8
<i>Figure 3. Répartition des ASC et RECO interviewés selon l'âge et le nombre d'années d'expérience</i>	1
<i>Figure 4. Couverture des besoins en RECO dans la zone du projet HSD de 2020 à 2023</i>	1

<i>Figure 5. Évolution comparée des visites à domicile réalisées par les ASC et RECO dans la zone HSD la hors de la zone HSD, district sanitaire de Forécariah de Janvier 2022 à Juin 2023</i>	<i>2</i>
<i>Figure 6. Évolution comparée du nombre premiers contacts orientés vers les formations sanitaires de Forécariah par les ASC et RECO des HSD et hors HSD de Janvier 2019 à juin 2023</i>	<i>3</i>
<i>Figure 7. Dépistage communautaire du paludisme dans la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023.....</i>	<i>4</i>
<i>Figure 8. Proportion des cas traités de paludisme parmi les cas confirmés dans la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023.</i>	<i>5</i>
<i>Figure 9. Dépistage communautaire du paludisme hors de la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023.....</i>	<i>6</i>
<i>Figure 10. Proportion des cas traités de paludisme parmi les cas confirmés hors de la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023</i>	<i>7</i>
<i>Figure 11. Comparaison du nombre de cas de paludisme confirmés référés par les RECO et ASC vers les formations sanitaires dans la zone HSD et la zone non couverte par HSD de Forécariah de janvier 2019 et Juin 2023.....</i>	<i>8</i>
<i>Figure 12. Proportion des enfants de moins de 5 ans malnutris référés par les ASC et RECO dans la zone du projet HSD de Forécariah de janvier 2022 à Juin 2023.</i>	<i>9</i>
<i>Figure 13. Proportion d'enfants malnutris diagnostiqués et référés par les ASC et RECO vers les formations sanitaires Hors Zone HSD de Forécariah de janvier 2022 à juin 2023.</i>	<i>10</i>
<i>Figure 14. Proportion de femmes orientées par les ASC et RECO parmi les femmes vues en CPN1 dans la zone du projet HSD de Forécariah de janvier 2019 à juin 2023.....</i>	<i>11</i>
<i>Figure 15. Proportion de femmes orientées par les ASC et RECO parmi les femmes vues en CPN1 dans la zone non couverte par le projet HSD de Forécariah de janvier 2019 à juin 2023.....</i>	<i>12</i>
<i>Tableau 1. Répartition des informateurs clés selon le genre et la structure d'appartenance .</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 2. Répartition des informateurs clés par structure et selon leur niveau de responsabilité</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 3. Répartition des ASC et Reco interviewés selon le genre et par aire de santé</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 4. Répartition des ASC et Reco interviewés selon leur niveau d'instruction</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 5. Ratio population/ RECO dans les 4 communes couvertes par le Projet HSD</i>	<i>24</i>

1. Introduction

Depuis l'adoption des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978 à la conférence d'Alma Ata, les agents de santé communautaire (ASC) sont reconnus comme un maillon essentiel dans l'amélioration de la santé des communautés et le renforcement des systèmes locaux de santé [1] [2].

Dans le souci d'accélérer l'atteinte de l'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU) qui garantit l'accès de tous, partout, à des services de santé essentiels de qualité sans risque de difficultés financières, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage vivement et soutient les pays en développement à concevoir et à mettre en œuvre des politiques de santé communautaire [3].

En réponse à cet appel, plusieurs pays ont développé des interventions ciblées à haut impact qui ont permis d'améliorer au cours des trois dernières décennies, certains indicateurs de santé avec la pleine participation des communautés bénéficiaires [4].

A titre d'illustration on peut citer :

- La forte réduction de la mortalité infantile par l'amélioration significative de la couverture vaccinale dans les zones difficiles grâce à la participation des relais communautaires et agents de santé communautaires ;
- La réduction de la désinformation de la peur, de la stigmatisation et des réticences dans les communautés face à la vaccination contre la Covid 19 grâce à l'implication des ASC et relais communautaires (RECO) dans les sensibilisations des populations [5] [6].
- Le maintien de la continuité et de l'accès équitable aux services de santé lors de la récente crise sanitaire à coronavirus dans les pays à ressource limitée [7].

Cette contribution de qualité a valu aujourd'hui aux relais communautaires (RECO) et aux ASC autrefois réduit à un rôle secondaire, une véritable reconnaissance sociale qui est encouragée et soutenue par l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé [8]

C'est dans ce cadre que la 72^{ème} Assemblée mondiale de la santé a formulé dans son rapport des recommandations à l'endroit de tous les États membres pour l'élaboration des programmes et lignes directrices en faveur des ASC [9].

Au début des années 1990, l'intérêt pour les initiatives d'ASC s'est affaibli à cause de la durabilité, qui découlait de la difficulté à maintenir et à stimuler l'engagement des travailleurs [10] [11].

Malgré le regain d'attention porté aux ASC dans le contexte actuel, il existe encore un déficit de connaissances sur les facteurs qui influencent leur fidélisation et leur engagement [12]

En date à aujourd'hui, plusieurs initiatives structurées ont été développées à travers le monde pour soutenir davantage les ASC/RECO en vue de relever les principaux défis auxquels ils sont

confrontés et de rendre plus efficaces leurs interventions. Parmi ces initiatives il y'a la définition d'une base salariale minimale et permanente, le paiement de primes de motivation, la délivrance de certificats ou attestations de reconnaissance, le renforcement des capacités par les formations, la participation à des voyages d'étude, la publication de travaux scientifiques sur le rôle des ASC/RECO dans les systèmes de santé etc....

En République de Guinée , la survenue entre 2014 et 2016 de la crise sanitaire de la maladie à virus Ébola (MVE) avec 2536 décès [13] [4], a mis en évidence des insuffisances dans tous les domaines du système de santé notamment la gouvernance et les services à base communautaire [14].

Pour corriger ces insuffisances, le pays a engagé d'importantes réformes et s'est doté d'une nouvelle politique nationale de santé. La mise en œuvre de cette politique se fait à travers le plan national de développement sanitaire 2015-2024, lui-même décliné en plans triennaux et plans d'action opérationnels annuels [15] [16].

Dans le souci de prendre en compte tous les aspects de l'approche de soins de santé primaire et de favoriser une meilleure participation des usagers, le pays a élaboré en 2017 une politique nationale de santé centrée sur une approche de santé communautaire dans une perspective de redressement du secteur [14]. Lancée en 2018 à travers les 40 communes de convergence, la politique nationale de santé communautaire a connu une extension rapide pour atteindre à ce jour près de la moitié des communes du pays [17].

Dans la préfecture de Forécariah la mise en œuvre officielle de la Politique Nationale de la Santé Communautaire (PNSC) a débuté dans 4 communes rurales (Moussayah, Benty, Maferinya et Farmoriah) couvertes par le projet « Haute Qualité des Services pour le Développement » (HSD) de 2020-2022. Elle s'est poursuivie à partir de 2021 dans les communes de Allassoyah, Kaback, Kakossa, Kalliah et Sikhourou appuyées par le Projet de Renforcement des Services et Capacités Sanitaires (PRSCS) financé par la Banque Mondiale (BM). Pour l'ensemble des communes couvertes dans la préfecture de Forécariah, 320 RECO et 46 ASC ont à ce jour été recrutés et déployés.

A la fin du projet HSD, la prise en charge des ASC et RECO en termes de salaire, de primes et autres avantages a également pris fin. Cette situation a entraîné un arrêt par endroit et un important ralentissement dans d'autres zones des activités de ces prestataires, pendant que le besoin en services à base communautaire est de plus en plus croissant.

C'est dans ce cadre que nous avons conduit une étude en vue d'évaluer le rôle et la contribution des ASC et des RECO dans l'offre des services et soins de santé dans le district sanitaire de Forécariah en général et dans la zone du projet HSD en particulier.

1.1. Question de recherche

Comment les RECO et ASC ont-ils contribué à l'accès des communautés aux services de santé primaire dans la zone du projet Haute qualité des Services pour le Développement (HSD) du district sanitaire de Forécariah ?

1.2. Hypothèses

- Les RECO et ASC auraient efficacement contribué à l'amélioration de l'accès des communautés aux services primaires de santé dans le district sanitaire de Forécariah de 2019-2023.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Analyser la contribution des relais communautaires et agents de santé communautaire à la couverture en services de santé dans le district sanitaire de Forécariah (Guinée) 2019-2023

2.2. Objectifs spécifiques

- Comprendre les opinions des acteurs sur les activités des relais communautaires et des agents de santé communautaires dans la zone du projet HSD ;
- Évaluer la couverture des services et soins offerts par les relais et les agents de santé communautaires dans la zone du projet HSD ;
- Identifier les défis liés à la mise en œuvre des activités des RECO et ASC dans la zone du projet HSD ;
- Évaluer les mécanismes de pérennisation des activités de santé de communautaire dans le district sanitaire de Forécariah.

3. Revue de la littérature

Plus de 4 décennies après la conférence d'Alma Ata, les systèmes de santé des pays à ressources limitées ne parviennent toujours pas à répondre efficacement aux besoins de leur population. Les multiples programmes verticaux de lutte contre la maladie ont plutôt contribué à fragmenter les interventions et à affaiblir davantage lesdits systèmes [18].

3.1. Définition des concepts

Soins de santé primaire (SSP)

Les soins de santé primaires sont une approche globale et intégrée de la santé qui vise à garantir le bien-être et l'équité de tous les individus et les communautés [19].

L'histoire des SSP remonte à l'Antiquité, où les premières formes de médecine étaient basées sur l'observation, l'expérience et la transmission orale. Les soins de santé primaires désignent les soins de santé essentiels, accessibles et abordables pour tous, fondés sur des méthodes et des techniques scientifiquement valables et socialement acceptables. Le concept de soins de santé primaires a été formalisé lors de la conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, qui a déclaré que la santé est un droit humain fondamental et que la réalisation du niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social important [20] [21].

La conférence a également souligné le rôle des systèmes de santé dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement des affections courantes et la réadaptation. Depuis lors, les soins de santé primaires ont évolué pour s'adapter aux besoins et aux défis des différentes populations et contextes, en tenant compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, des innovations technologiques, des partenariats multisectoriels et de la participation communautaire [22].

Elles reposent sur trois composantes essentielles :

- l'accessibilité : les soins de santé primaire doivent être disponibles et accessibles à tous, sans discrimination ni barrières financières, géographiques ou culturelles.
- l'intégralité des soins de santé primaire doivent couvrir un large éventail de besoins de santé, allant des soins préventifs aux soins curatifs, en passant par les soins palliatifs et la réadaptation.
- la participation : les soins de santé primaire doivent impliquer les individus, les familles et les communautés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services, en tenant compte de leurs besoins, de leurs valeurs et de leurs préférences [20].

Santé communautaire

C'est un domaine essentiel de la santé publique, elle s'appuie sur la participation des acteurs locaux, tels que les professionnels de santé, les élus locaux et les habitants, pour identifier les besoins, les ressources et les solutions adaptées à chaque territoire. Cette approche remonte au début du XXe siècle, lorsque des mouvements sociaux ont commencé à revendiquer une meilleure prise en charge des conditions de vie et de travail des classes populaires. Des expériences ont été menées dans différents pays, comme les dispensaires sociaux en France, les centres de santé communautaire aux États-Unis ou les centres médico-sociaux en URSS. Elle est mise en place pour appuyer les soins dans les communautés surtout pour les pays en voie de développement où la prise en charge est presque inexistante. Face à la rareté de plus en plus croissante des ressources et des sollicitations diversifiées, les États choisissent des approches plus intégrées avec une plus grande participation de l'ensemble des acteurs [23] [24].

L'approche de santé communautaire réapparaît et gagne comme une composante clé des SSP. Bien que ses modalités de mise en œuvre varient largement d'un pays à l'autre, elle vise à atteindre les meilleures couvertures des populations dans des zones difficiles et des environnements parfois très fragile [23] [24].

En Afrique du Sud par exemple, les trois générations de santé communautaire ont été chacune une réponse à un problème spécifique des populations défavorisées [25].

Les SSP ont joué un rôle important dans la participation sociale, en mobilisant de nouveaux acteurs comme les agents de santé communautaire, en favorisant la coordination des services entre les différents secteurs et en élargissant l'offre de services de proximité [1].

Au Sénégal, en 2007, A. Sylla et coll. à travers leur étude sur « La formation des agents de santé communautaire instruits une stratégie pour améliorer l'accès des enfants au traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) » ont démontré que les ASC ayant reçu une formation adéquate et un encadrement régulier, sont en mesure de mettre en œuvre le protocole de traitement des IRA de l'OMS. Ils peuvent ainsi contribuer à améliorer l'accès aux soins des IRA chez l'enfant au niveau communautaire. Toutefois, il faudra renforcer leur formation sur les signes de gravité et le suivi des cas sévères [26].

Agent de santé communautaire (ASC)

Selon l'OMS, « l'ASC est un homme ou une femme choisie par la collectivité locale et formé pour s'occuper des problèmes de santé des individus et de la collectivité et pour travailler en rapport étroit avec les services de santé. Il doit avoir reçu une instruction primaire et, par conséquent, savoir lire, écrire et faire des calculs simples » [27].

En Guinée, c'est une personne ayant reçu une formation requise, chargée de délivrer un paquet défini de services de promotion, de prévention, de surveillance et de soins curatifs et réadaptatifs dans une école accréditée en soins de santé primaires [14].

Il doit avoir le profil suivant :

- Niveau de formation académique de base : Brevet d'étude ;
- Formation diplômante dans une école de santé communautaire ;
- Être accepté et disponible par la communauté ;
- Être d'une probité morale irréprochable ;
- Parler la langue de la localité ;
- Être capable d'assurer la responsabilité de ses activités liées à ses fonctions

[14].

Relais communautaire (RECO)

C'est une personne formée, chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités de surveillance, de prévention et des soins primaires selon le paquet de services défini. Sa formation est d'une durée de 4 semaines suivie de pratique [14].

Il doit avoir le profil suivant :

- Être volontaire et prêt à servir sa communauté ;
- Savoir lire et écrire en français ;
- Être membre résident de la communauté ;
- Avoir la confiance de sa communauté ;

- Jouir d'une bonne santé ;
- Avoir entre 18 à 50 ans ;
- Parler la langue de la localité.

Rôle des RECO et ASC

Les ASC et les RECO sont des éléments essentiels du système de soins de santé primaire dont l'objectif est d'atteindre une couverture sanitaire universel. Ils jouent un rôle important dans l'accès aux soins de santé, surtout dans les communautés les plus vulnérables et pauvres [28].

Lorsqu'ils sont sélectionnés sur de bonnes bases et qu'ils bénéficient d'un renforcement de capacités et de motivation adéquate, les relais communautaires contribuent efficacement à l'amélioration des systèmes locaux de santé grâce à leur implication dans les différentes interventions.

Après avoir réalisé une étude transversale sur la qualité de l'eau de consommation des ménages dans la zone rurale de Mbar (Sénégal), Papa Ndiaye et al. ont rapporté que l'implication des relais communautaires dans la communication et la chloration de l'eau a été d'une grande contribution dans la mise en œuvre du plan d'action ayant permis d'améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des populations de ladite zone [29].

Dans un article intitulé « Modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo) » Panaveyi Vicky Malou Adom et al. affirment que les ASC participent à tous les programmes de santé dans ces 2 pays et contribuent à améliorer les indicateurs des différents programmes [30].

En dépit des évidences sur le rôle, la qualité services offerts et la performance des RECO et ASC, de nombreux défis restent à relever pour une mise en œuvre correcte de leurs interventions ainsi que la pérennisation de celles-ci [30] [31] [32] [33] [34].

Accès aux soins de santé

C'est un droit fondamental reconnu par la déclaration universelle des droits de l'homme, c'est la possibilité pour toute personne de bénéficier des soins de santé appropriés adaptés à ses besoins. Elle permet d'améliorer la qualité de vie, de réduire les inégalités sociales et de favoriser le développement humain [35].

Quatre axes pour améliorer l'accès aux soins :

La sensibilité aux besoins	Capacité à identifier les besoins d'un point de vue clinique Les prestataires de santé ont la responsabilité de détecter et d'initier le traitement.
La disponibilité	Services atteignables à une distance raisonnable, Délai raisonnable ; Plage horaire suffisamment étendue ; Prise de contact aisée ; sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins [36].
L'acceptabilité	Assurer les prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé [37]
L'accessibilité financière	Protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières [38].

Analyse de la contribution (AC)

C'est une méthode qui vise à évaluer l'effet d'une intervention sur un résultat attendu [39].

Concernant les ASC et RECO, il s'agit d'apprécier à partir d'indicateurs quantitatifs et de données qualitatives leur participation à la mise en œuvre d'interventions au niveau de leur communauté en vue d'améliorer l'état de santé celle-ci.

4. Méthodologie

4.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive en adoptant une approche mixte : quantitative et qualitative.

L'analyse quantitative porte sur les indicateurs contractuels de prestations des RECO et ASC dans le district sanitaire de Forécariah de 2019 à 2023. Quant à l'analyse qualitative, elle consiste à collecter des informations sur la mise en œuvre des activités des RECO et ASC dans les quatre communes rurales de Forécariah couvertes par le Projet HSD.

4.2. Cadre de l'étude

4.2.1. Cadre général

La République de Guinée est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest limitée à l'Est par le Côte d'Ivoire et le Mali, au Nord par le Sénégal, au Nord-Est par la Guinée Bissau, Sud par le Libéria, au Sud-Ouest par la Sierra Léone et bordée à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur 300 km de côte [1]

Pour une superficie de 245 857 Km², le pays a une population estimée en 2023 à 13.622.399 habitants [21] avec une légère dominance féminine (51,4%). Son climat est tropical et présente deux saisons (pluvieuse et sèche) ayant presque la même durée de 6 mois environ.

En dépit de ses énormes potentiels naturels, la Guinée fait encore partie des pays les plus pauvres au monde avec un indice de pauvreté estimé en 2021 à 43,7%. Elle occupe le 178ème rang du classement mondial indice de développement humain.

Sur le plan administratif, la Guinée compte 8 régions et 33 préfectures et 6 communes pour la région spéciale de Conakry sa capitale [2] [1].

La carte sanitaire publique obéit fondamentalement au découpage politico administratif du pays et comporte 38 districts sanitaires. Elle est structurée de manière pyramidale avec trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique).

Le niveau périphérique constitué par le district sanitaire est le lieu de l'opérationnalisation de toutes les politiques y compris celle de la santé communautaire.

Pour l'offre des soins, le pays compte trois (3) hôpitaux nationaux, huit (8) hôpitaux régionaux, vingt-six (26) hôpitaux préfectoraux, onze (11) centres médico-communaux, quatorze (14) centres de santé améliorés, neuf (9) centres médico-chirurgicaux des armées, onze (11) polycliniques, quatre (4) hôpitaux d'entreprise, 441 centres de santé (dont 421 publics), 2064 postes de santé, plus de 600 cabinets médicaux et infirmiers et 165 cliniques privées légales.

4.3. Cadre spécifique

Notre étude a été réalisée dans la préfecture de Forécariah, région administrative de Kindia.

4.4. Cadre conceptuel

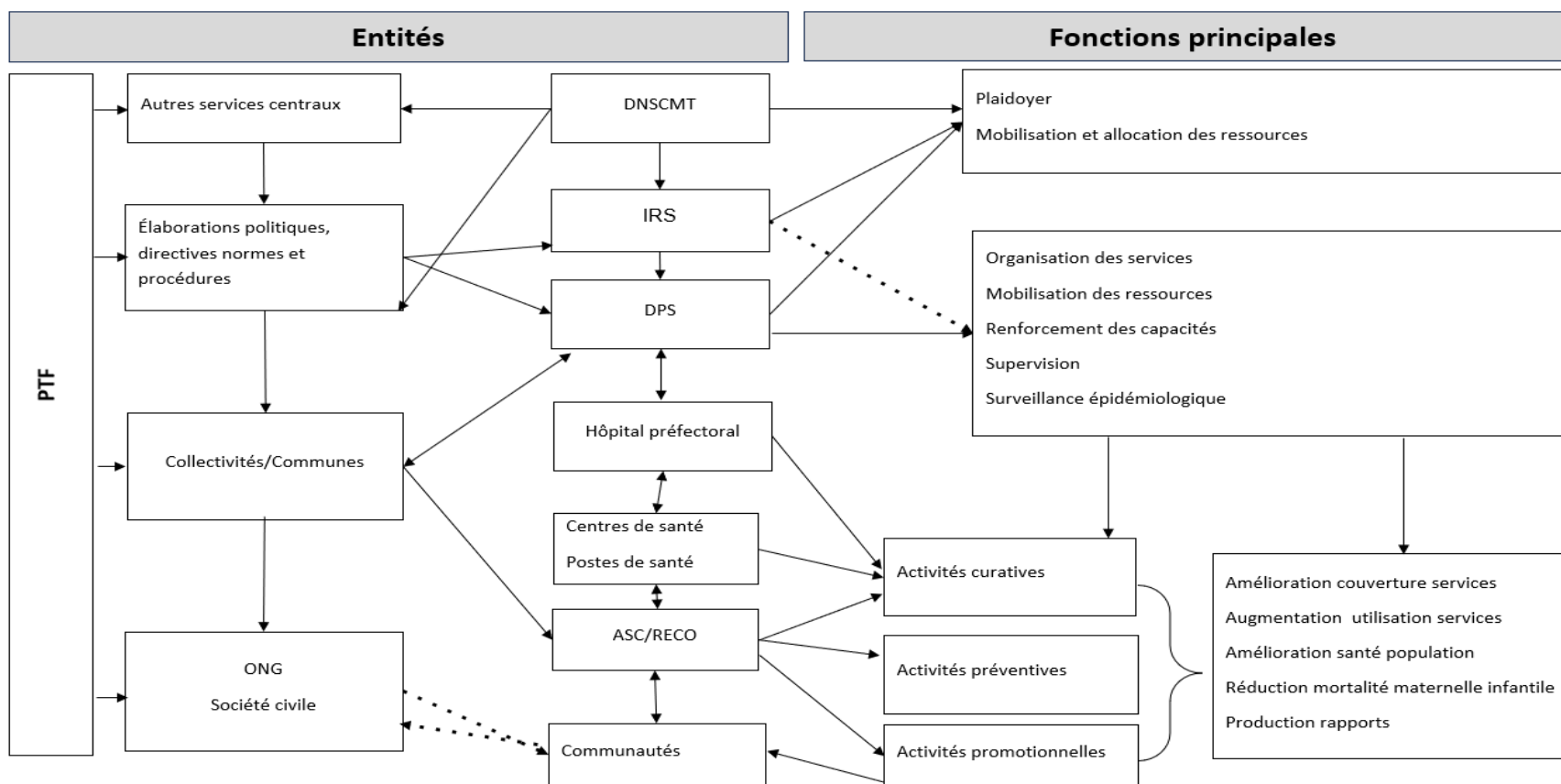


Figure 2. Cadre conceptuel

Remarques : ASC : agent de santé communautaire ; DNSCMT : direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle ; DPS : direction préfectorale de la santé ; IRS : inspection régionale de la santé ; IRS : Inspection Régionale de la Santé ; PTF : partenaires techniques et financiers ; RECO : relais communautaire

La **figure 2** ci-dessus, inspirée de l'organigramme selon Mintzberg, le cadre conceptuel de la présente étude. Elle décrit les relations fonctionnelles entre les différents acteurs de la mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire.

La DNSCMT en collaboration avec les autres services centraux du ministère et avec l'appui des partenaires au développement, élabore et vulgarise l'ensemble des documents de politiques, directives, normes et procédures en matière de santé communautaire. Elle participe aux plaidoyers pour la mobilisation des ressources nécessaires. Elle appui le niveau régional et les districts sanitaires dans la planification et la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

L'inspection régionale de la santé en collaboration avec les services régionaux d'autres départements assurent la coordination des interventions et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales, elle renforce les capacités des districts sanitaires et assure leur supervision.

La direction préfectorale de la santé planifie, coordonne, supervise et évalue les activités opérationnelles de santé communautaire. Elle veille au respect des critères et procédures de choix et recrutement des ASC et RECO dont elle assure la formation continue.

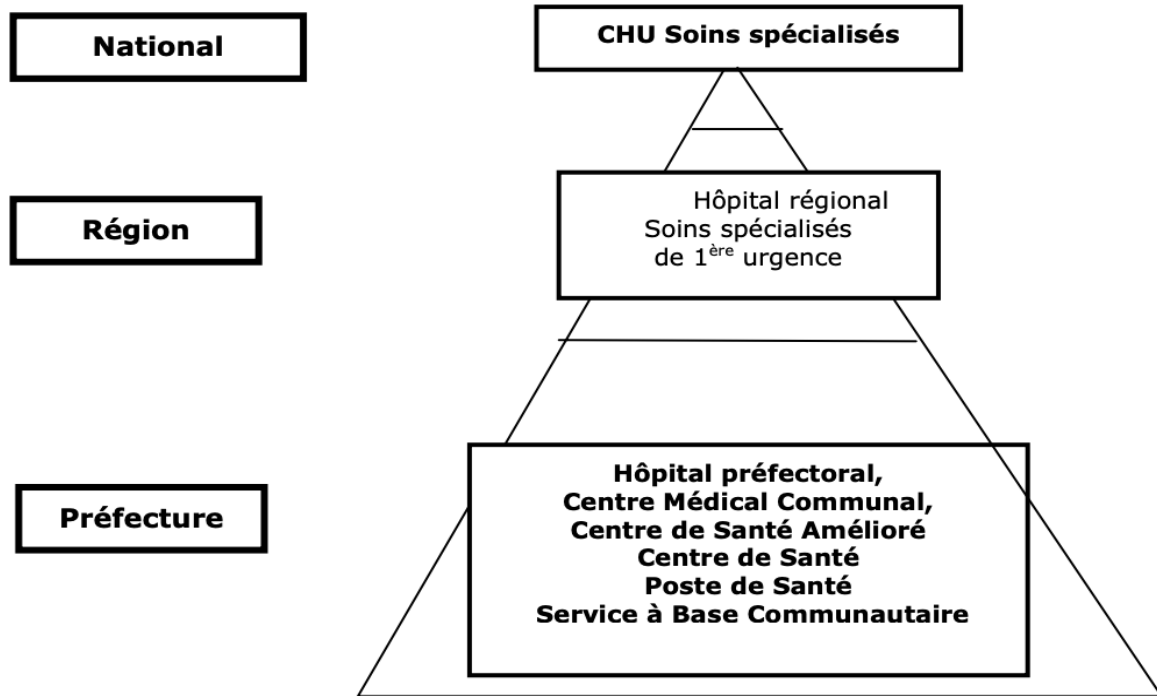
Les chefs de centres de santé participent au recrutement, assurent la formation, le suivi, l'évaluation la dotation régulière des ASC et RECO en intrants et médicaments et compilent leurs rapports mensuels.

Les communes en collaboration avec le chef de centre de santé et avec l'appui des partenaires recrutent, établies les contrats de travail avec les ASC et RECO. Elles devraient par ailleurs mobiliser des ressources locales additionnelles pour assurer la rémunération desdits ASC et RECO.

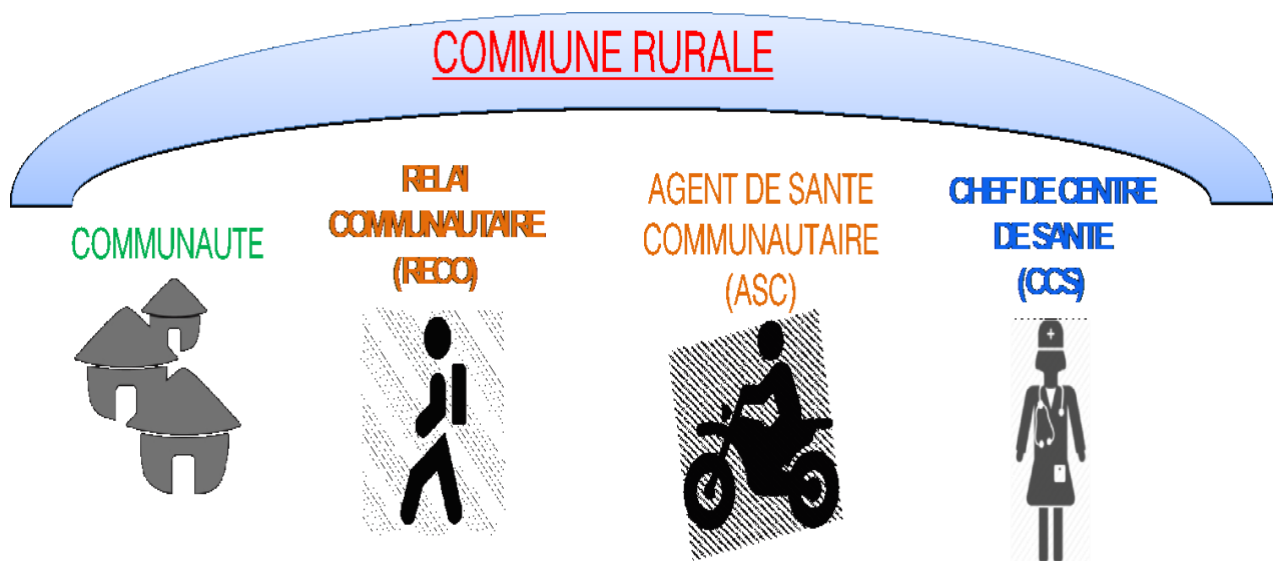
Les ASC et RECO réalisent des activités promotionnelles, préventives et curatives au niveau communautaire, produisent des rapports mensuels qu'ils transmettent aux CS et PS.

Les PTF appuient les acteurs nationaux à tous les niveaux du système de santé (élaboration de documents et stratégies, rémunération, coordination, suivi évaluation).

SCHEMA D'ORGANISAGION DES SOINS



La santé communautaire est mise en œuvre avec la contribution de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Au niveau communautaire, les acteurs de la santé sont les prestataires communautaires composés des Médecins, Infirmiers, Sage-femmes, Agents de santé communautaire (ASC), les Relais communautaires et les COSAH. Ils contribuent à pallier aux inégalités d'accès aux soins et aux iniquités en offrant des services de santé de base. Le dispositif en milieu rural se présente comme suit :



4.5. Champ de l'étude

L'étude a été réalisée dans la zone de mise en œuvre du projet HSD (Moussayah, Benty, Maferinya et Farmoriah), au niveau des services centraux (directions ; programmes ; agences), au niveau intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire.

4.6. Période d'étude

Pour les données quantitatives l'étude a couvert la période de janvier 2019 à juin 2023 soit une année avant le début de l'intervention et 6 mois après sa clôture.

4.7. Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les acteurs concernés par la mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire ayant accepté de participer aux entretiens.

4.8. Critères de non inclusion

Les acteurs non concernés par la politique nationale de la santé communautaire et le projet HSD.

4.9. Méthodes quantitatives

4.9.1. Échantillonnage

Pour les données quantitatives, l'échantillonnage a été systématique portant sur l'ensemble des formations sanitaires (centres de santé et postes de santé) des 4 communes rurales couvertes par le projet HSD ainsi que les autres communes de la préfecture de Forécariah non couverte par le projet.

4.9.2. Variables d'étude

Les principales variables que nous avons collecté et analysé étaient : le ratio des ASC/RECO sur la population couverte, le paquet de service offert par les RECO et ASC (VAD, Diagnostic traitement des cas simples de maladies, notification des cas de maladies sous surveillance, et référence des cas vers les formations sanitaires).

Les mesures utilisées sont les moyennes et les proportions.

4.9.3. Sources et Collecte des données

La principale source des données quantitatives de la présente étude est la base du système national d'information sanitaire (DHIS2). Nous avons procédé à l'extraction des rapports d'activités des centres de santé en prenant en compte la part des RECO et ASC.

4.9.4. Analyse et statistiques

La totalité des données recueillies ont été saisies, traitées et analysées à l'aide du tableur Microsoft Office Excel 2019.

En vue d'apprécier la contribution des ASC et des RECO à l'offre des services, nous avons décrit l'évolution et procédé à des comparaisons des indicateurs de prestations communautaires au niveau des formations sanitaires avant, pendant et après le déploiement de ces derniers au compte du projet HSD dans le district sanitaire de Forécariah. Ces indicateurs ont été comparé à ceux des centres de santé non couverts par le projet HSD.

4.10. Méthodes qualitatives

4.10.1. Population d'étude

La population d'étude était constituée des RECO, des ASC, les prestataires de soins, les gestionnaires des formations sanitaires, les membres des équipes cadres du district et de l'inspection régionale de la santé de Kindia, les cadres des services centraux du ministère de la santé.

4.10.2. Participants et recrutement

Les répondants au volet qualitatif de la présente étude ont été recrutés de manière raisonnée en fonction du type de questionnaires. Il a été pris en compte le profil et le rôle de chaque acteur dans la mise en œuvre des activités de santé communautaire. Pour chaque catégorie de répondants, seules les personnes totalement disponibles ont été interviewées. Nous avons utilisé le principe de saturation de l'information.

Le recrutement des participants s'est fait à différents niveaux du système de santé. Pour le niveau communautaire, il s'agissait des membres du Comité de Santé et d'Hygiène (COSAH), des élus locaux, des RECO, des ASC, des maires et sous-préfets).

Au niveau des formations sanitaires, les répondants étaient les chefs de centres et postes de santé, chefs d'unité (CPN, PEV, CPC).

Pour l'équipe cadre du district, les répondants sont prioritairement les chefs de section ayant un lien plus ou moins étroit avec les interventions de santé communautaire.

Pour les répondants du niveau central du ministère de la santé et de l'hygiène publique : (Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle, Programme Nationale Santé Maternelle Néonatale et Infantile, Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire de Guinée et Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme).

4.10.3. Collecte des données

Les données qualitatives de la présente étude ont été collectées à travers des d'entretiens individuels approfondis à l'aide d'un guide semi-structuré. Tous les entretiens ont été enregistrés par moi-même à l'aide d'un smartphone après obtention du consentement libre et éclairé de chaque participant et ont duré entre 20 et 50 minutes.

Des notes ont été prises pendant l'entretien et après chaque entretien elles étaient rédigées dans leur intégralité.

Au total nous avons interviewés (60) personnes : (38) informateurs clés, (07) agents de santé communautaire et (15) relais communautaires.

Les enquêtes proprement dites ont débuté le 10 juillet et ont pris fin le 05 Aout 2023.

Le guide d'entretien individuel a été construit autour des aspects suivants : la connaissance du rôle des ASC et des RECO au niveau communautaire, les opinions des acteurs de la santé sur les services offerts par les RECO et des ASC, la contribution des ASC et des RECO à la mise en œuvre de la santé communautaire, les défis liés à la mise en œuvre des activités des RECO et des ASC, les mécanismes de pérennisation des activités des RECO et ASC et les recommandations.

4.10.4. *Gestion et analyse des données*

Les données brutes à partir des notes et des enregistrements ont été transcrites manuellement à partir du logiciel Word en Français, elles ont été résumées avec le même logiciel. Les données d'entretien ont été codées, en utilisant la catégorisation, le code d'entretien, le contenu de l'entretien incluant les questions et les sous questions, le résumé des interventions et les citations. Conformément à une analyse thématique déductive et inductive. Les codes déductifs, basés sur la littérature existante, ont été appliqués en premier aux données. Ensuite les codes inductifs ont été détectés à partir des thèmes émergents inattendus soulevés par les informateurs.

5. **Considérations éthiques**

5.1. Consentement et confidentialité des données

Dans le souci de respecter les règles d'éthique et de protéger les sources des informations collectées, toutes les personnes (morales et physiques) impliquées dans la présente étude ont été clairement informées des objectifs du but et du déroulement.

Le consentement éclairé a été préalablement soumis à la signature des répondants à tout entretien individuel.

Pour le volet qualitatif de la présente étude, la participation de tous les répondants a été volontaire et ne requiert aucune contrepartie. L'anonymat et la confidentialité des données des participants ont été respectés au cours de toutes les étapes de l'étude.

5.2. Bénéfice pour les participants

La réalisation de la présente étude aura plusieurs bénéfices pour les participants :

- ❖ Pour les communautés, elle constitue une opportunité de prise de parole pour exprimer leurs points de vue sur les services offerts par les ASC et RECO.

Pour les formations sanitaires, les résultats permettront d'identifier la contribution des RECO et ASC à l'amélioration des indicateurs contractuels et de formuler des recommandations pour les défis à relever.

❖ Pour le district sanitaire et le niveau central du ministère de la santé et de l'hygiène publique, les résultats permettront d'évaluer le niveau de mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire spécifiquement dans la zone du projet HSD, identifier les points forts, les points à améliorer pour une meilleure opérationnalisation des RECO et ASC.

5.2.1. *Risques et menaces pour les participants*

A aucun moment de sa réalisation, cette étude a entraîné un risque ou une menace pour les participants, aussi bien pour ceux ayant accepté de répondre intégralement que ceux ayant refusé ou partiellement répondu aux questions.

5.2.2. *Rétro information et dissémination*

Afin de contribuer à l'amélioration des connaissances sur le sujet, l'ensemble des acteurs impliqués dans la présente étude ont été informés de ces résultats. Des voies ont été également recherchées pour une dissémination plus large desdits résultats.

Contraintes et limites de l'étude

Les principales contraintes de notre étude se résume en : (i) l'absence de financement pour les travaux de recherche (ii) accès difficile aux formations sanitaires en raison de la saison pluvieuse (iii) multiples interférences des activités au niveau du district sanitaire limitant le temps des encadreurs.

Quant aux limites, la faible disponibilité des données physiques, rapports, cahiers des RECO, fiches de supervision etc...

Absence de données dans la base DHIS2 pour les années 2019, 2020, 2021 concernant certains indicateurs des ASC et RECO, la non disponibilité de certains informateurs clés cibles, la faible disponibilité des données scientifiques sur les évaluations d'intervention similaire dans le pays.

6. Résultats

La présente étude a été réalisée dans les 4 communes rurales du district sanitaire de Forécariah couvertes par le projet « Haute qualité des Services pour le Développement » (HSD) de novembre 2019 à Novembre 2022 dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé communautaire avec un paquet plus large. Il s'agit de Benty, Farmoriah, Maferinya et Moussayah. C'est dans cette zone spécifique que les données qualitatives de l'étude ont été exclusivement collectées. Pour comparer la tendance des indicateurs de prestations des ASC et RECO au niveau communautaire, nous avons extrait du DHIS2 des données des rapports mensuels de l'ensemble des centres de santé de Forécariah, y compris ceux non couverts par le Projet HSD, à savoir Allassoyah, Bokariah (Kalliah), Kaback, Kakossa, Moribayah, Forécariah Centre et Sikhourou.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et figures, commentés et discutés selon les données actuelles de la littérature.

6.1. Caractéristiques des répondants aux entretiens individuels approfondis

Tableau 1. Répartition des informateurs clés selon le genre et la structure d'appartenance

Structure	Genre		Effectif	Sex ratio
	Masculin	Féminin		
ANSS	1	0	1	
Centre de santé	11	7	18	
DNSCMT	2	1	3	
DPS	4	1	5	
IRS	1	0	1	
Mairie	2	1	3	
PNLP	1	0	1	
PNMNI	1	0	1	
Poste de santé	3	0	3	
Sous-préfecture	2	0	2	
Effectif	28	10	38	2.8

Le **tableau I** présente la répartition des informateurs clés ayant participé à l'étude. Au total, 38 personnes dont 10 femmes (sex ratio 2.8) ont répondu aux questionnaires qualitatifs. 18 des informateurs clés, soit 47% proviennent des centres de santé, 6 du niveau central du Ministère de la Santé, 5 de la DPS, 5 des collectivités locales (Mairies et Sous-préfectures) et 3 des postes de santé.

Tableau 2. Répartition des informateurs clés par structure et selon leur niveau de responsabilité

Structures	Responsabilité	Effectifs	Proportion (%)
Centre de santé/Poste de santé	Chef de centre de santé	4	11
	Chef d'unité	10	26
	Chef de poste de santé	3	8
Direction Préfectorale De La Santé	Chef de section	3	8
	Coordinateur préfectoral du projet	1	3
	Assistant Technique	1	3
Inspection Régionale de la Santé	Chef de section	1	3
	Directeur national	1	3
Services Centraux du Ministère de la Santé	Chef division	1	3
	Chargée d'études	1	3
	Chef de section	3	8
Mairie	Maire	3	8
	Conseillers communaux	4	11
Sous-préfecture	Sous-préfet	2	5
Total		38	100

Dans le **tableau II**, les chefs d'unité au niveau des centres et postes de santé sont les plus nombreux avec 26%. Ils sont suivis dans les mêmes proportions de 11% des chefs de centres de santé et des conseillers communaux. Les chefs de section à la DPS et au niveau central du ministère de la santé, les maires de communes, les chefs de postes de santé occupent la 3^{ème} place et sont représentés par 3 répondants par catégorie, soit 8%.

Tableau 3. Répartition des ASC et Reco interviewés selon le genre et par aire de santé

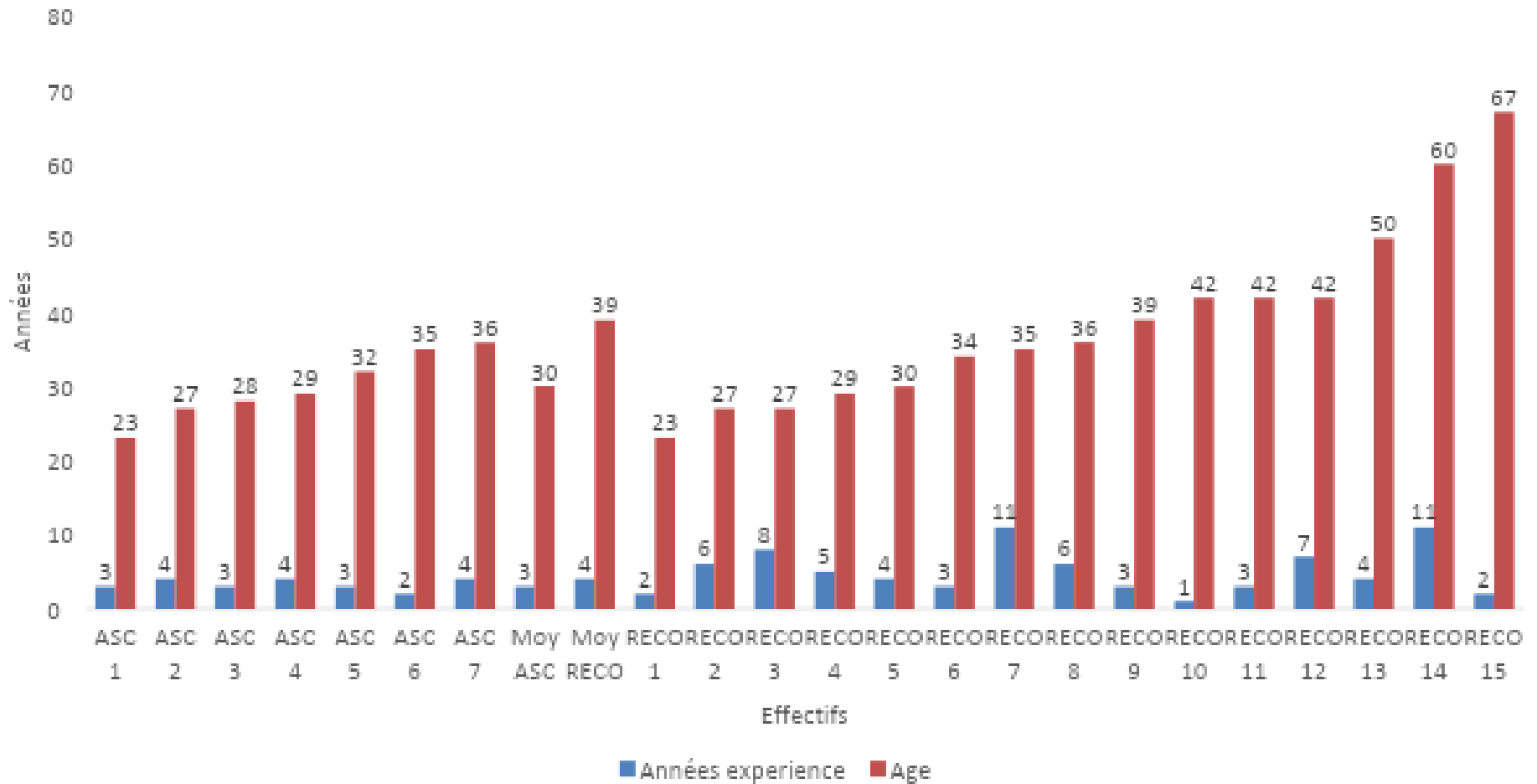
Région	ASC		Reco		Effectif f	Sex ratio
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin		
Benty	2	0	4	0	6	
Farmoriah	0	2	3	0	5	
Maferinya	0	1	5	0	6	
Moussayah	1	1	3	0	5	
Total	3	4	15	0	22	4.5

Le **tableau III** représente la répartition des ASC et Reco interviewés selon le genre et par aire de santé. Sept ASC dont 4 femmes et 15 RECO tous hommes ont répondu aux questionnaires de la présente étude. Les ASC et RECO interviewés proviennent tous des aires de santé des 4 communes couvertes par le Projet HSD.

Tableau 4. Répartition des ASC et Reco interviewés selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Catégorie		Effectif	%
	ASC	RECO		
Collège	1	1	2	9%
Lycée	0	3	3	14%
École professionnelle	7	4	11	50%
Université	0	6	6	27%
	8	14	22	100%

Le **tableau IV** décrit la répartition des ASC et RECO interviewés selon leur niveau d'instruction. La moitié parmi eux sont diplômés d'école professionnelle sans distinction spécifique ; 6 sont sortants d'université et 5 sont du secondaire (collège et lycée).



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 3. Répartition des ASC et RECO interviewés selon l'âge et le nombre d'années d'expérience.

La **figure 3** ci-dessus décrit la répartition des ASC et RECO interviewés selon l'âge et le nombre d'années d'expérience professionnelle en santé communautaire. L'âge moyen des ASC est de 30 ans avec des extrêmes de 23 à 36 ans. L'âge moyen des RECO interrogés est de 39 ans avec des extrêmes de 23 à 67 ans.

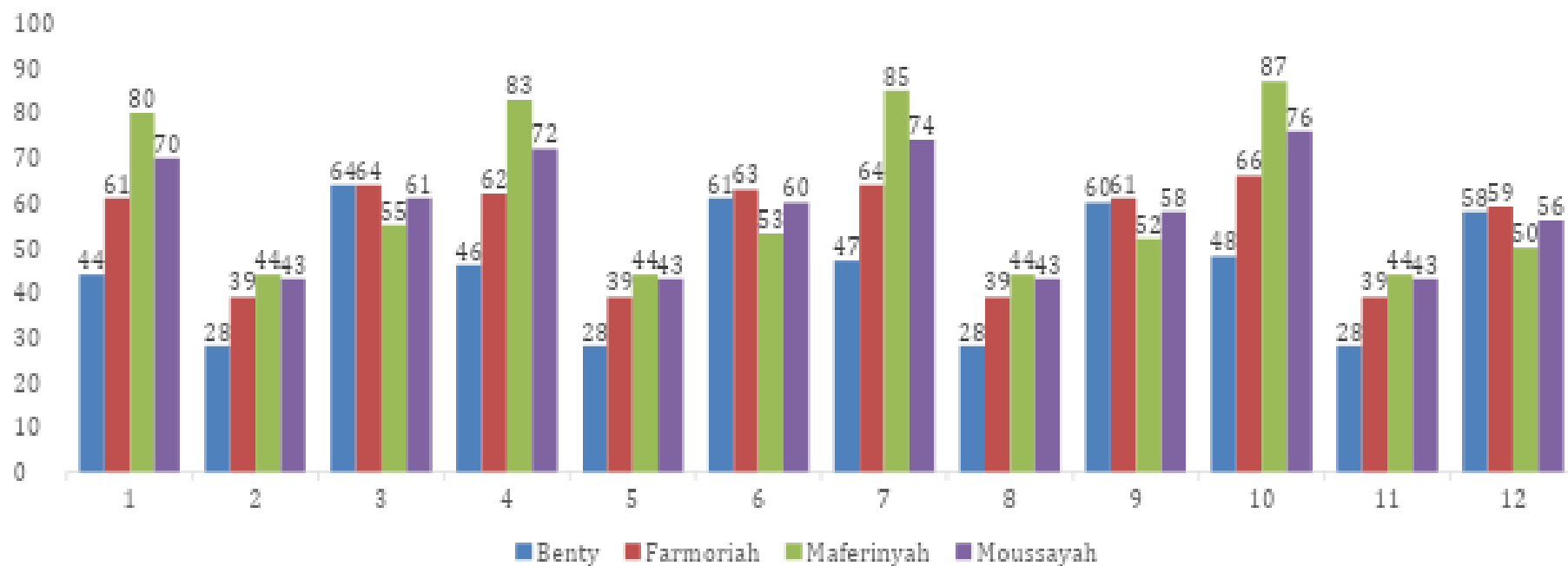
Quant au nombre d'années d'expérience en matière de santé communautaire, il est en moyenne de 3 pour l'ASC et de 4 pour les RECO, avec des extrêmes respectifs de 2 à 4 et de 2 à 11 années

6.2. Indicateurs de couverture des services et soins offerts par les relais et les agents de santé communautaire

Tableau 5. Ratio population/ RECO dans les 4 communes couvertes par le Projet HSD

COMMUNES	Pop. 2020	Reco en activité	Ratio
Benty	28856	28	1030
Farmoriah	39529	39	1014
Maferinya	52228	44	1187
Moussayah	45275	43	1052
	165888	154	1077

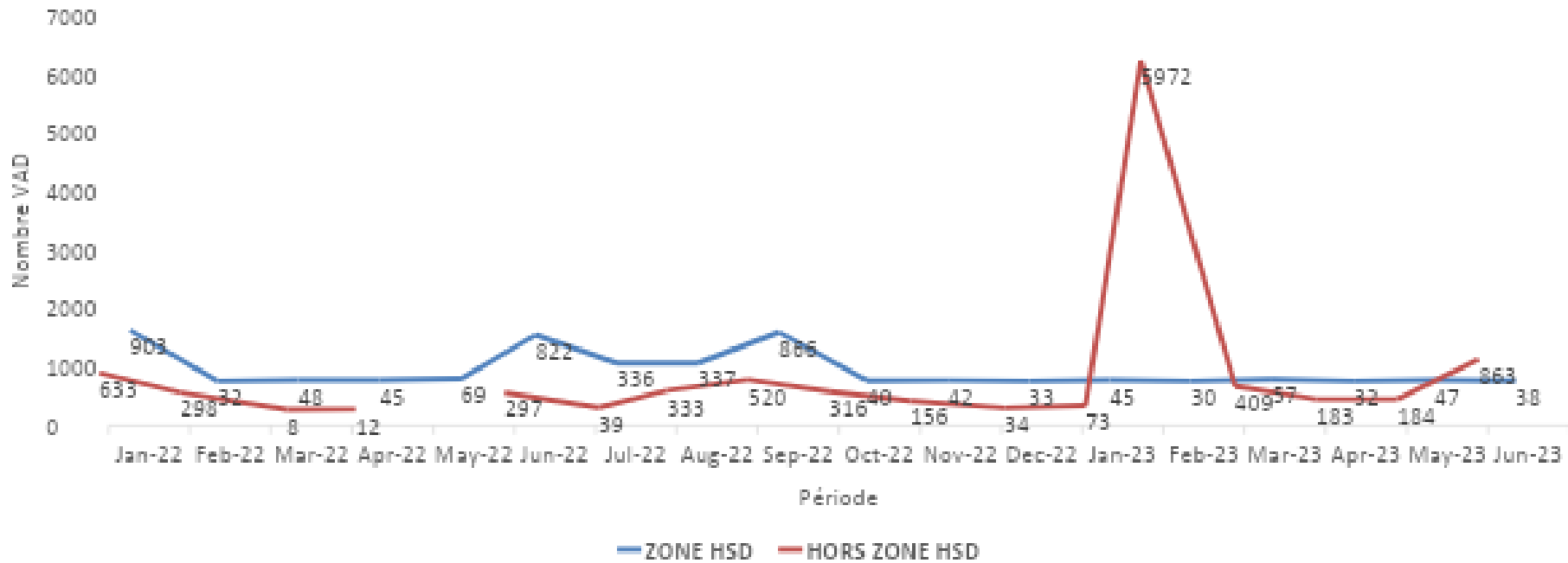
Le **tableau V** ci-dessus représente le ratio Population/RECO dans les 4 communes couvertes par le Projet HSD au moment de son lancement en 2020. Ce ratio varie de 1014 habitants pour un RECO à Farmoriah à 1187 habitants pour un RECO à Maferinya.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 4. Couverture des besoins en RECO dans la zone du projet HSD de 2020 à 2023.

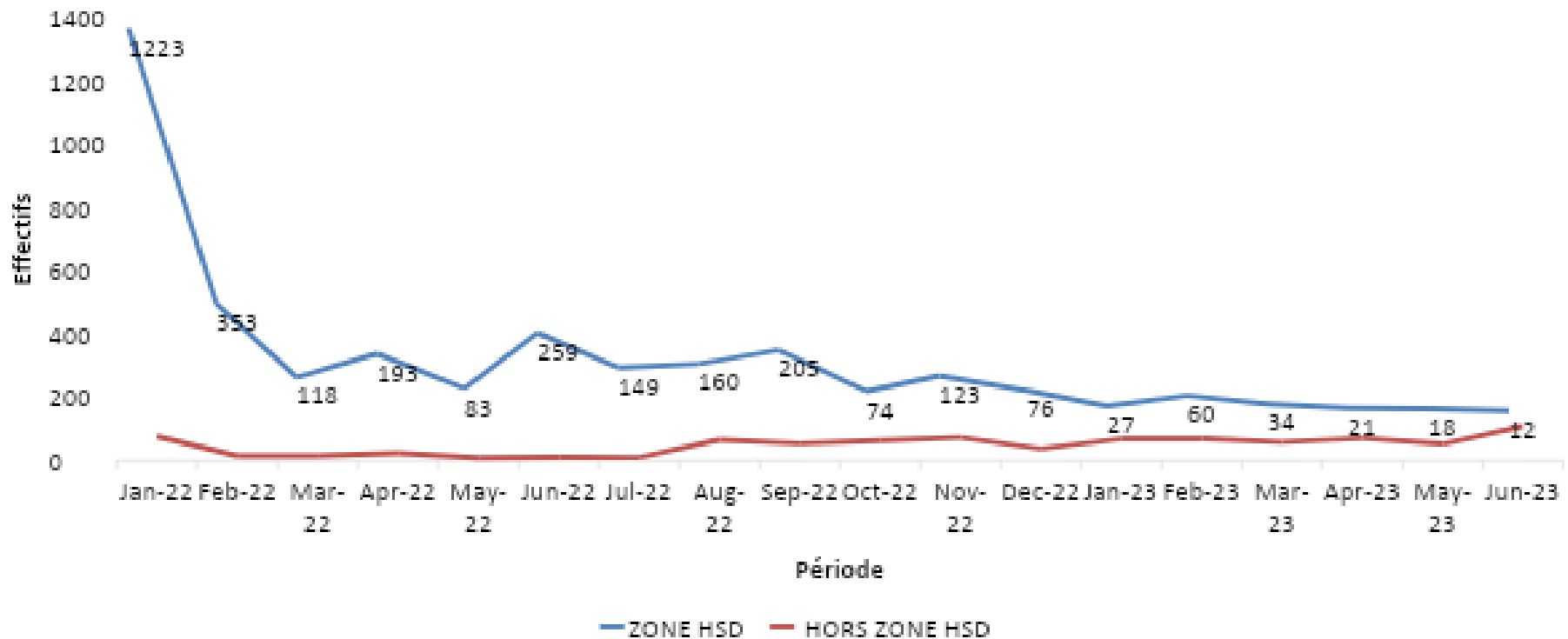
Cette figure ci-dessus décrit le niveau de couverture des besoins en RECO dans les 4 communes du Projet HSD de 2020 à 2023. Cette couverture est inversement proportionnelle à l'accroissement de la population. Ainsi, elle est en moyenne de 61% en 2020 et de 56% en 2023.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 5. Évolution comparée des visites à domicile réalisées par les ASC et RECO dans la zone HSD et de la zone hors HSD, district sanitaire de Forécariah de Janvier 2022 à Juin 2023.

Elle montre la tendance des visites à domicile dans la zone du Projet HSD et celle hors du Projet HSD de janvier 2022 à Juin 2023. Les données de cet indicateur pour la période avant 2022 ne sont pas disponibles. On note une nette baisse du nombre de VAD à partir de décembre 2022 dans la zone HSD alors que leur nombre est en nette augmentation dans la zone hors HSD avec un pic approximatif de 6000 VAD en février 2023.

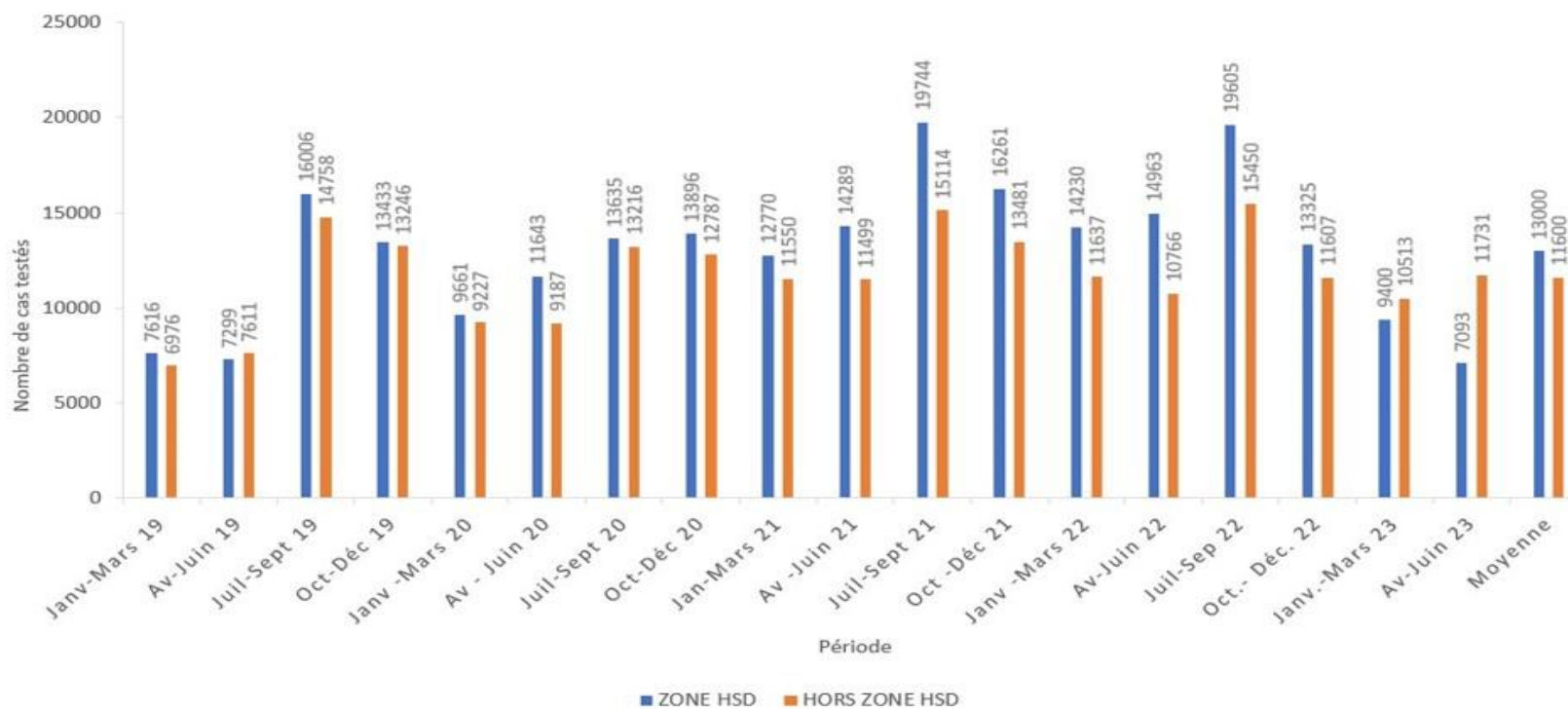


Source : DHIS 2 Guinée

Figure 6. Évolution comparée du nombre de premiers contacts orientés vers les formations sanitaires de Forécariah par les ASC et RECO des HSD et hors HSD de janvier 2019 à juin 2023.

Il s'agit de l'évolution comparée du nombre de premiers contacts orientés vers les formations sanitaires par les ASC et RECO dans la zone du projet HSD et celle hors du projet HSD de janvier 2022 à juin 2023.

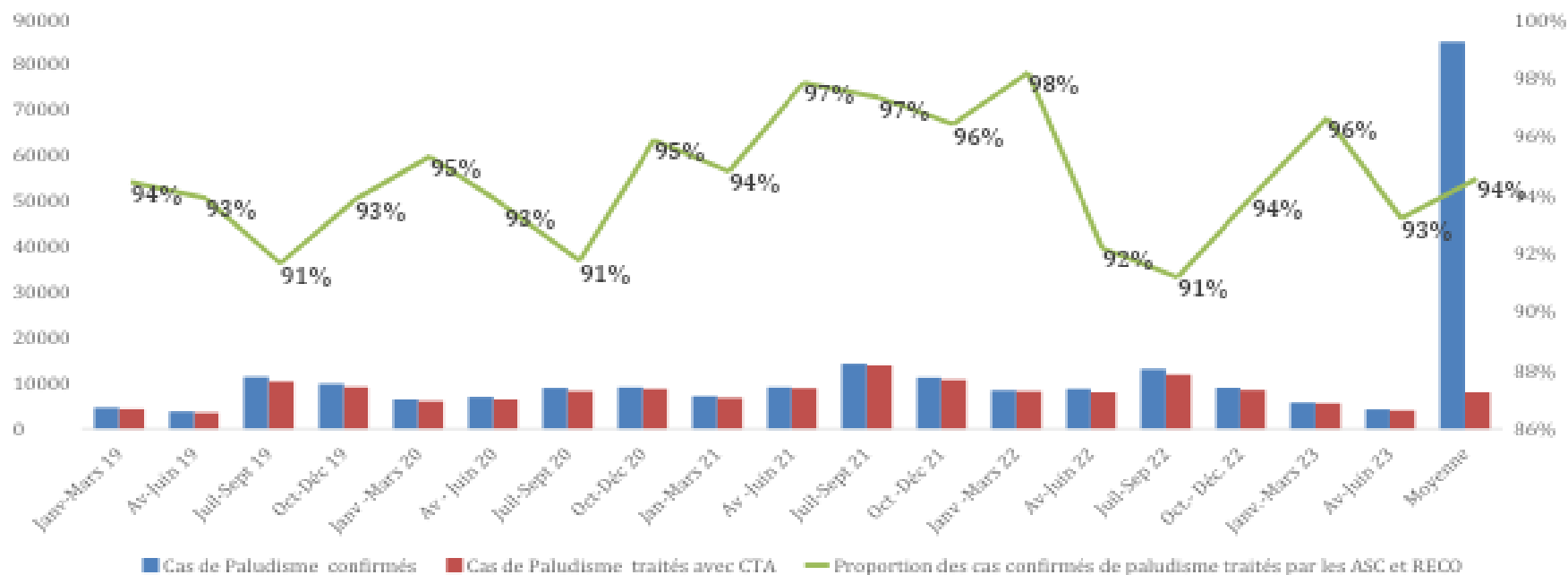
On note que sur toute l'année 2022, ce nombre est plus élevé dans la zone HSD alors que de janvier à juin 2023 la tendance change en faveur des communes non couvertes par HSD. Les données sur cet indicateur pour la période janvier 2019-décembre 2021 ne sont pas disponibles dans le DHIS2.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 7. Dépistage communautaire du paludisme dans la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023.

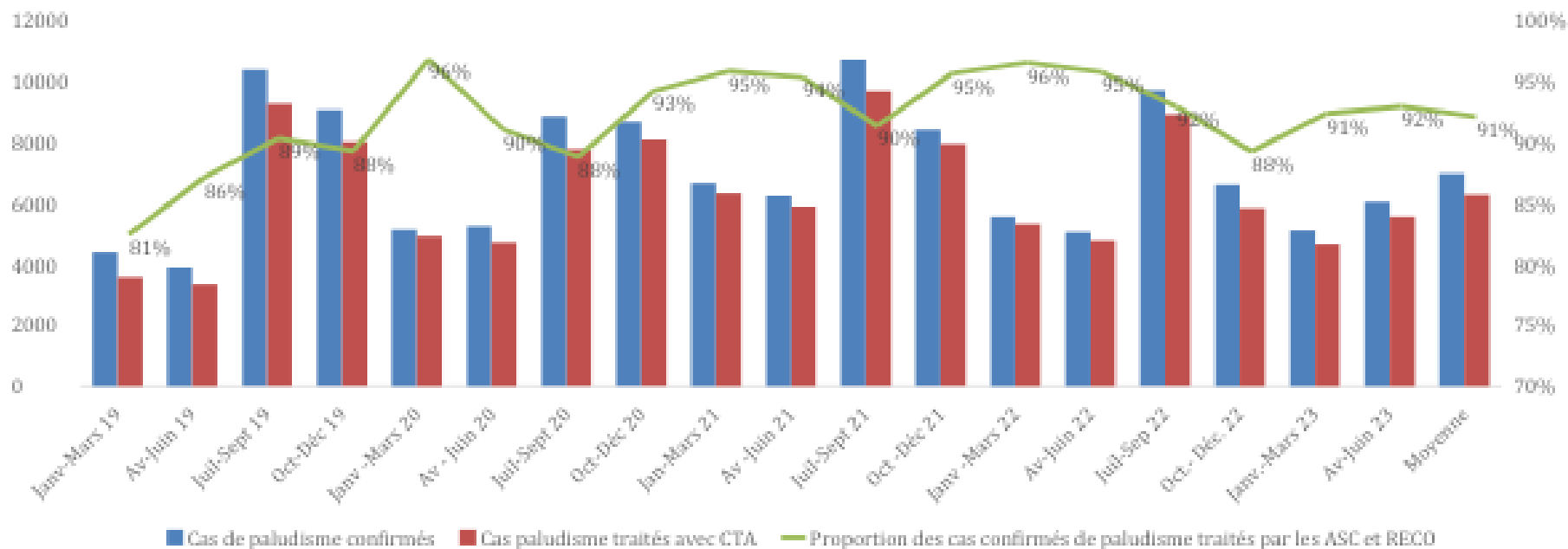
Cette figure décrit le dépistage communautaire du paludisme dans la zone du projet HSD et hors de la zone de Forécariah de janvier 2019 à juin 2023. Le nombre moyen de cas testés de paludisme est de 13000 par trimestre avec des extrêmes de 7093 au 2^{ème} trimestre 2023 19744 au 3^{ème} trimestre 2021. Hors de la zone HSD, la moyenne de cas testés est de 11600 avec des extrêmes de 6976 au premier trimestre 2019 et 15450 au troisième trimestre 2022.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 8. Proportion des cas traités de paludisme parmi les cas confirmés dans la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023.

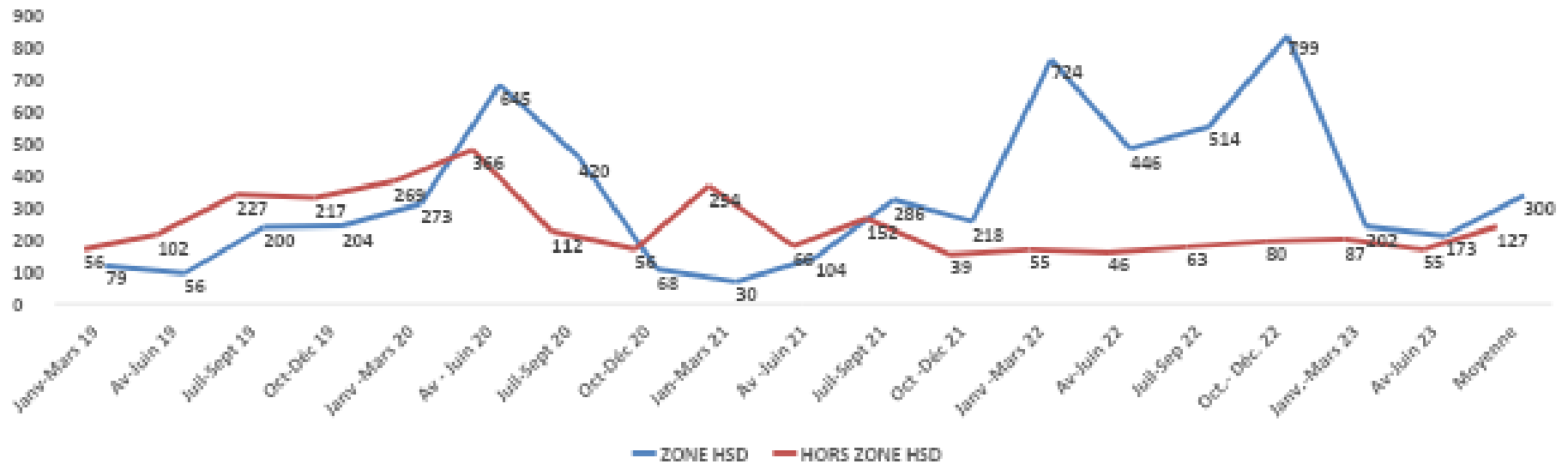
Elle présente la proportion des cas traités de paludisme parmi les cas confirmés dans la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023. La moyenne de ladite proportion est de 94% avec des extrêmes allant de 91 à 98%.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 9. Proportion des cas traités de paludisme parmi les cas confirmés hors de la zone du projet HSD de janvier 2019 à Juin 2023.

Sur cette figure, il s'agit de la proportion des cas traités de paludisme parmi les cas confirmés hors de la zone du projet HSD de Forécariah, de janvier 2019 à Juin 2023. Cette proportion est de 91% avec des extrêmes de 81 à 96%.

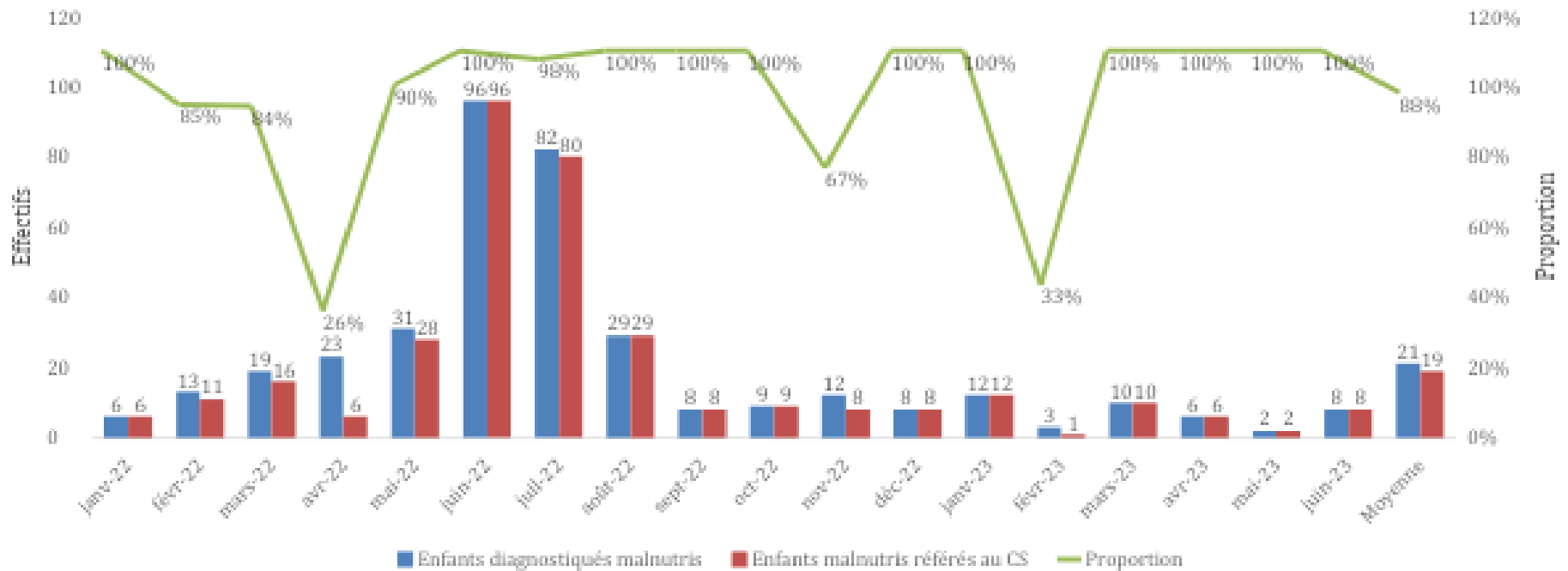


Source : DHIS 2 Guinée

Figure 10. Comparaison du nombre de cas de paludisme confirmés référés par les RECO et ASC vers les formations sanitaires dans la zone HSD et la zone non couverte par HSD de Forécariah de janvier 2019 et Juin 2023.

Cette figure présente la comparaison du nombre de cas de paludisme confirmés référés par les RECO et ASC vers les formations sanitaires dans la zone HSD et la zone non couverte par HSD de Forécariah de janvier 2019 et Juin 2023.

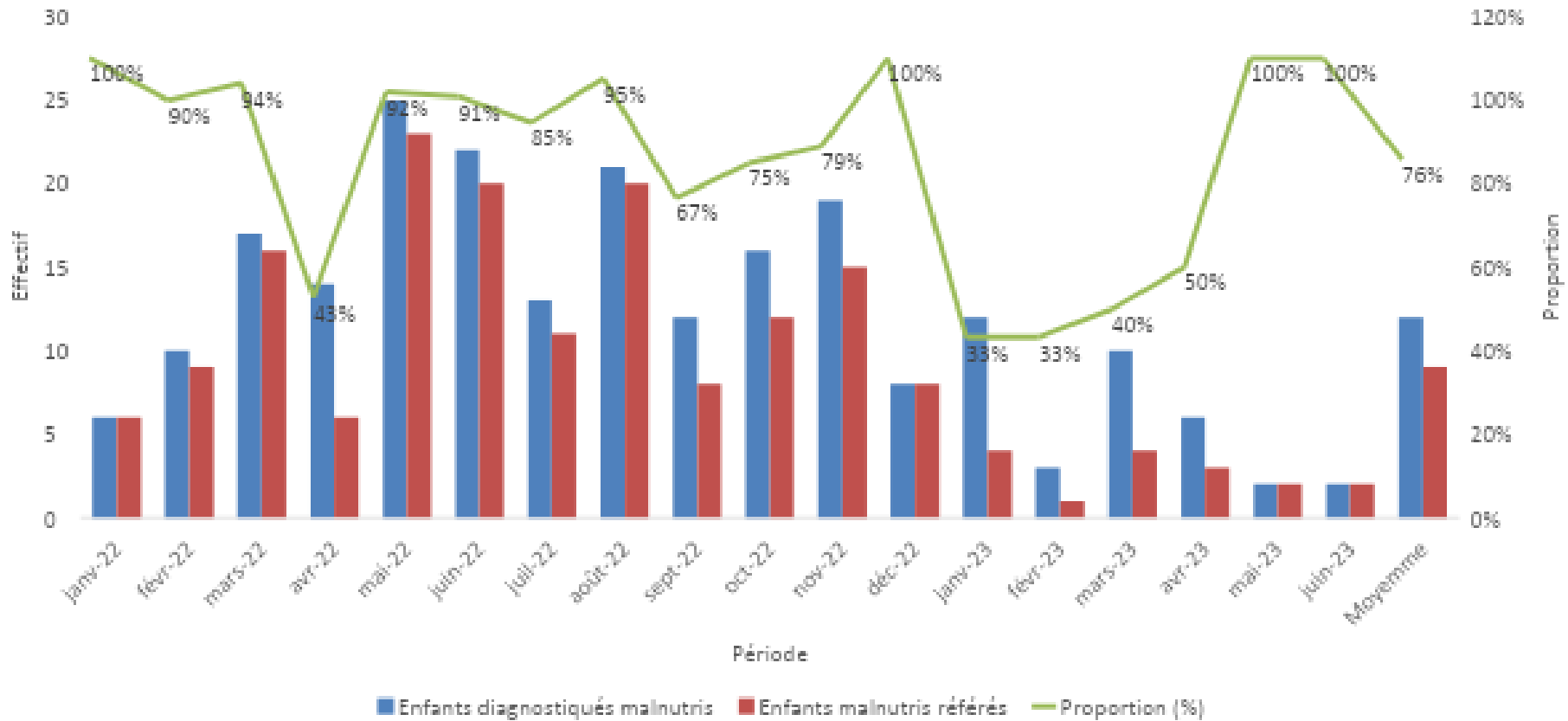
Sur la période allant de janvier 2019 à mars 2020, on note une légère prédominance des cas référés dans la zone hors HSD alors que d’avril 2020 à juin 2023, le nombre de cas référés est largement dominant dans la zone du projet HSD où la moyenne trimestrielle est de 300 cas contre 127 cas dans la zone non couverte par le projet.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 11. Proportion des enfants de moins de 5 ans malnutris référés par les ASC et RECO dans la zone du projet HSD de Forécariah de janvier 2022 à Juin 2023.

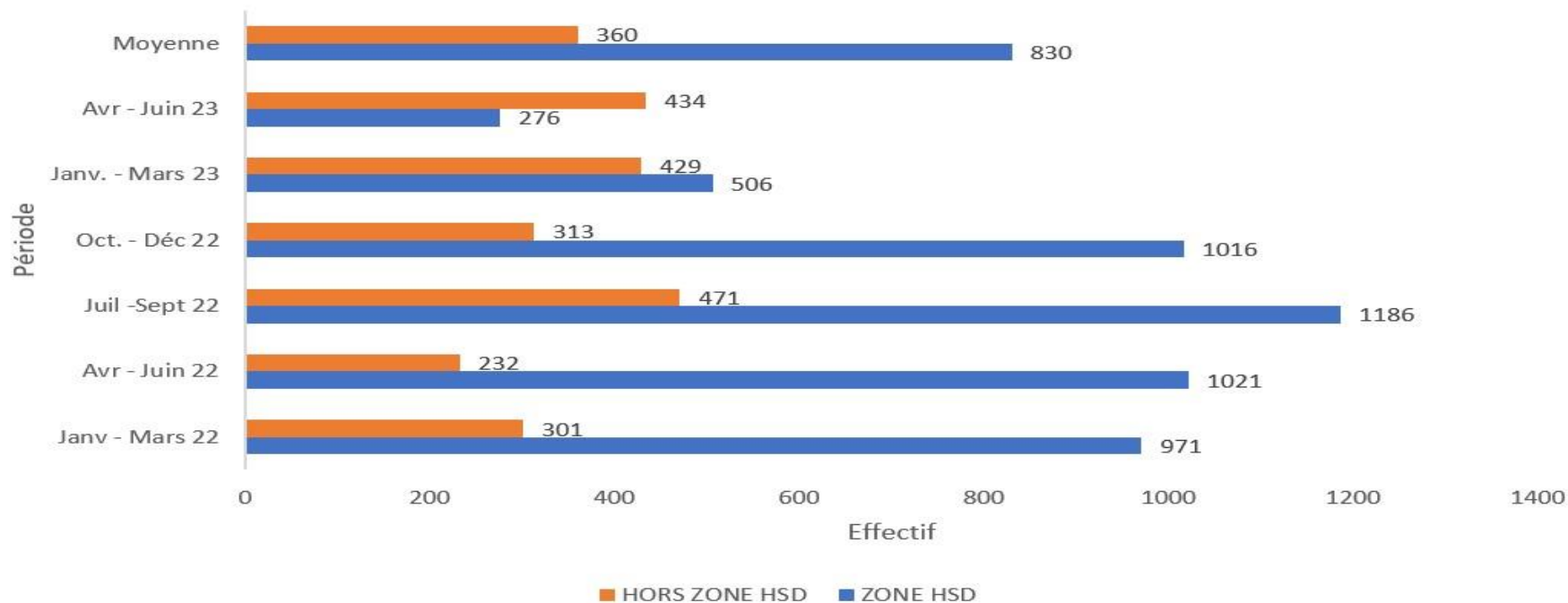
Cette figure ci-dessus présente la proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris référés vers le centre de santé par les ASC et RECO dans la zone du projet HSD de Forécariah de janvier 2022 à Juin 2023. Cette proportion est en moyenne de 88% avec des extrêmes qui varient entre 23 et 100%.



Source : DHIS 2 GUINEE

Figure 12. Proportion d'enfants malnutris diagnostiqués et référés par les ASC et RECO vers les formations sanitaires Hors Zone HSD de Forécariah de janvier 2022 à juin 2023.

Sur cette figure il s'agit de la proportion d'enfants malnutris diagnostiqués et référés par les ASC et RECO vers les formations sanitaires dans la zone non couverte par le Projet HSD de Forécariah, de janvier 2022 à juin 2023. Cette proportion est en moyenne de 76% et varie de 33 à 100%.



Source : DHIS 2 Guinée

Figure 13. Proportion de femmes orientées par les ASC et RECO pour CPN1 dans la zone du projet HSD et la zone non couverte par le projet dans la préfecture de Forécariah de janvier 2019 à juin 2023.

Cette figure ci-dessus présente le nombre de femmes orientées vers les formations sanitaires pour CPN1 par les RECO et ASC de janvier 2022 à juin 2023 dans la zone HSD et celle non couverte. Dans la zone HSD, le nombre moyen de femme orientées par les RECO et ASC est 830 par trimestre avec des extrêmes de 276 au 2^{ème} trimestre 2023 contre 1186 au 3^{ème} trimestre 2022. Ce nombre représente en moyenne 47% des femmes vues pour CPN1. Avec une moyenne trimestrielle de 360 femmes et des extrêmes de 232 au 2^{ème} trimestre 2022 et 471 au 3^{ème} trimestre 2022, ces femmes représentent 23% des femmes vues en CPN1 au cours de cette période.

6.3. Opinions des acteurs sur les activités des relais communautaires et des agents de santé communautaires dans la zone du projet HSD

6.3.1. *Rôle et activités des ASC et des RECO*

Globalement les informateurs clés (IC) de la présente étude ont une bonne connaissance du rôle et des activités des ASC et RECO dans la mise en œuvre de la santé communautaire. Il en est de même pour les prestataires que sont lesdits ASC et RECO. Ils sont souvent les premiers points de contact entre la communauté et les services de santé. Ils jouent un rôle clé en éduquant la communauté sur les pratiques de santé préventives, la nutrition, l'hygiène et d'autres sujets liés à la santé.

Sur les 38 informateurs interviewés, seule une personne déclare ne pas connaître le rôle et les activités des ASC et RECO. Ce répondant affirme ceci : « Le rôle, bon enfin je ne peux pas trop parler pourquoi ? On ne nous a pas expliqué ce qu'il doit faire, comment toi tu peux savoir ce qu'il doit faire parce que on ne t'a pas dit telle doit faire ça, telle personne doit faire ça » (CRD_01_EIA).

Les 37 autres informateurs clés ont cité des exemples d'activités et de rôles des RECO et ASC tels que : sensibiliser la communauté à venir dans les centres de santé ; référer les femmes enceintes ; référer les enfants malades de moins de 5 ans ; faire des visites à domicile ; traiter les cas simples de paludisme et infections respiratoires aiguës ; veiller sur la santé.

Cent pour cent des RECO interrogés ont spontanément énuméré au moins 4 des activités qu'ils mènent au niveau communautaire. Il s'agit entre autres de : la sensibilisation ; la mobilisation communautaire, les visites à domicile (VAD) ; la référence des malades vers les formations sanitaires ; la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et enfants ; les maladies diarrhéiques simples ; les infections respiratoires aiguës (IRA).

Quant aux ASC interviewés, ils mentionnent tous être les superviseurs des RECO et les accompagnent dans leur communauté respective lors des sensibilisations, des VAD et les appuyer lorsqu'ils ont des difficultés. Les ASC appuient les agents vaccinateurs lors des campagnes de vaccination et passent 20% de leur temps au centre de santé.

Sur le recrutement, la formation, la supervision et la rémunération des ASC et RECO.

La majorité des informateurs clés interviewés déclarent connaître comment sont recrutés, formés, supervisés et rémunérés les ASC et RECO. Selon eux les RECO et ASC sont recrutés sur la base des critères suivants : (i) pour les RECO (savoir lire et écrire, être d'une bonne moralité, être disponible, être natif, sérieux et respecter son prochain) ; (ii) pour les ASC (être diplômé d'une école de santé et passer un test de recrutement). Un répondant du niveau central a dit ceci : « Dans l'état actuel du ministère de la santé, il existe sur le terrain pour le moment 2 types de RECO il y a le RECO palu qui a été recruté il y a plus de 15 ans maintenant et les RECO de la santé communautaire, dont on avait vraiment demandé à la direction de la santé

communautaire de prioriser les RECO palu, qui ont beaucoup plus d'expérience sur les activités de prévention et de prise en charge des cas simple sur le terrain » (PNLP_001_EIA).

Tous les 15 RECO interviewés déclarent avoir été sélectionnés selon certains critères définis par le Ministère de la Santé : savoir lire et écrire, être respectueux, disponible et natif de la communauté. En plus de ces critères, certains RECO disent avoir été recrutés sur proposition du chef de district, du chef de centre de santé, du chef de poste de santé ou de la communauté dont ils sont issus. *« Ça a été une surprise de ma part c'est le chef de poste même qui a proposé que je peux être RECO. Je ne savais pas » (2100029131_03_RECO).*

Les 7 ASC ayant participé à l'étude déclarent avoir été recruté par test effectué à la DPS. La majorité affirme avoir reçu l'information à la radio rurale de Forécariah ou au centre de santé de leur localité.

Sur les 38 répondants 4 (11%) affirment ne pas savoir comment les ASC et RECO sont recrutés. Un parmi eux dit : *« Absolument pas, je n'ai pas d'idée sur comment ils sont payés, je ne connais pas leur rôle. Une fois j'ai dit, quelle est l'importance de ces RECO parmi nous, pourquoi les payer ? Mais j'ai appris tout récemment qu'il y aura changement je ne sais pas quand ce changement sera effectué, que c'est la Banque mondiale je ne sais pas quelle équipe qui a pris maintenant en charge les RECO. Normalement c'est eux qui devraient sensibiliser la communauté mais non, ils ne le font pas parce que c'est la population qui se plaint chez moi qui me dit ça, la population ne connaît pas le rôle de ces RECO » (CRD_01_EIA).*

Concernant la formation, seulement 16% des répondants (6/38) mentionnent ne disposer d'aucune connaissance. Un répondant affirme ceci : *« Ils sont formés pendant 15 jours, former sur le paquet intégré de prévention et de prise en charge des différentes pathologies, former à travers le ministère de la santé, bailleurs et DPS. Les cadres de la DPS et les chefs de centre sont orientés par les cadres de la direction pendant 5 jours. L'ASC supervise le RECO, le chef de centre supervise le RECO, le coordinateur du projet supervise le RECO. L'ASC est supervisé par le chef de centre, le coordinateur du projet. Ils sont rémunérés par les partenaires, payé par orange money, le RECO reçoit un montant de 450 000 GNF et l'ASC 1 200 000 GNF selon le SMIG » (DNSCMT_02_EIA).*

Un autre répondant affirme ceci : *« Ils sont rémunérés à 100 % par les partenaires. C'est maintenant il y a un document, je crois au niveau de la Présidence ça c'est un plaidoyer qu'on est en train de faire à l'État pour la prise en charge des ASC et RECO dans la fonction publique locale et que ce paiement la soit fait, soit confié aux mairies afin qu'il puisse superviser après, dès qu'il remonte le rapport et procède à leur paiement mais c'est un document qui n'est pas encore validé. C'est le partenaire qui paye » (IRS_001_EIA).* Un autre encore a déclaré *« Le RECO était rémunéré à 450 000 francs et les ASC c'est un million 200 c'était en fonction du SMIG, mais qui a un peu augmenté mais jusqu'à présent les procédures sont en cours pour voir s'ils prennent en compte ou pas surtout que ce n'est pas payé par l'État » (ANSS_001_EIA).*

6.3.2. Satisfaction des acteurs par rapport à la contribution des ASC/RECO à l'accès aux services dans leur communauté

Plus de 90% des IC affirment être satisfaits de la contribution des ASC et RECO à l'accès aux services dans leur communauté. Un chef de centre de santé a dit ceci : « *Quand on prend Forécariah, je pense qu'il est réputé sur le plan national pour sa réticence ; c'est pourquoi lors du passage d'Ébola ça a fait beaucoup de ravages ici, donc la population est un peu difficile à part l'analphabétisme je ne sais pas qu'est-ce qu'il y a, c'est une particularité que le département même connaît. Les patients ça fréquentait mais au lendemain du passage de Ébola, difficilement les gens venaient. Puisqu'ils interprétaient que par exemple les fosses septiques qui sont là, dès que les gens rentraient ici, qu'on les mettait dans les fosses septiques là pour aller directement à Ignace Deen ou à Donka. Donc c'est ce qui fait que le plus souvent on a organisé chaque matin pour les gens, avec les RECO et ASC des visites guidées du centre et d'expliquer que ce n'est pas ça. Le travail des RECO et des ASC a permis de réduire la réticence et d'augmenter la fréquentation dans notre centre de santé* » (CS_18_EIA_CCS).

Selon ce répondant « *Il y en a alors non seulement ils travaillaient en bénévolat sans rémunération avant même le projet et lorsqu'il y a eu le projet vraiment la fréquentation ou beaucoup d'activités marchait quand bien qu'ils étaient en activité, donc nous sommes satisfaits très bien parce que les statistiques ont changé en général de façon positive* » (CS_03_EIA_CCS).

Cet autre informateur clé déclare : « *Je suis satisfaite du travail qu'ils font personnellement, par exemple la manière dont nous sommes là depuis le matin on n'a pas reçu de femmes si les gens nous envoient les femmes nous serons satisfaits ou bien parce que nous sommes là depuis le matin on n'a pas vu de femmes* » (CS_02_EIA_CCS).

Sur les 38 répondants un seul mentionne ne pas être satisfait de leur contribution et nous dit ceci : « *Je ne suis pas satisfait, les agents de santé il y a certains qui sont bons mais d'autres ne sont pas bon. Je ne peux pas généraliser mais les RECO moi je ne connais pas leur rôle dans la société* » (CRD_01_EIA).

6.3.3. Avantages de l'intégration des RECO et ASC dans le système local de santé

Selon la majorité des répondants, les avantages liés à l'intégration des RECO et ASC dans le système local de santé sont multiples. Ils permettent de réduire les complications des maladies grâce à une prise en charge précoce des cas simples. Ils permettent également d'améliorer l'utilisation des services de santé existants. Pour eux, les ASC et RECO ont contribué au changement de comportement et il y'a moins de réticence dans leur communauté, au dépistage des maladies à potentielles épidémiques, à l'amélioration de l'offre et la demande de soins, à la réduction de la charge du travail pour les prestataires de soins et la desserte des localités à accès difficile. Un informateur clé a dit ceci : « *L'important c'est la surveillance, vous savez les ASC et les RECO sont des parties intégrantes du système de santé* »

local. La plupart des cas de signalement d'un événement c'est eux qui nous remontent que ça soit des cas de diarrhée, de choléra, des événements inhabituels, ils sont très importants dans la communauté » (DPS_005_EIA).

Un autre informateur clé déclare : « Aujourd'hui on n'accorde pas beaucoup d'importance à ce que les Reco font par exemple s'ils sont bien traités s'ils sont bien formés tout ce qu'on dit sur les décès maternels à part même les décès maternelles et néonatal, tous les décès qui se font au niveau des communautés ils peuvent les remonter régulièrement ». (PNMNI_001_EIA).

Un autre encore a donné cet exemple pour illustrer ces avantages : « Un RECO de Kaback, le fait qu'il a suivi la formation des RECO c'est lui qui a été le 1er à détecter le cas de choléra au niveau des centres de santé de Kaback, donc c'est un RECO, selon les signes qu'on l'a donné au cours de la formation, il était le 1er à faire remonter ça au poste de santé » (DPS_004_EIA).

Un quatrième répondant déclare : « Quand nous parlons de surveillance épidémiologique les maladies c'est où, c'est dans la communauté si quelqu'un est outillé, est formé, sur d'abord l'identification des maladies de façon globale et des maladies à potentiels épidémique de façon particulière, cette personne-là premièrement est une personne ressource dans la communauté ». (ANSS_001_EIA).

Pour illustrer les avantages des interventions des ASC et RECO dans le système local de santé, une ASC interrogée déclare : « Pour les CPN par exemple, on dit aux femmes, dès que tu sens que tu n'as pas vu tes règles il faut te rendre à l'hôpital mais la communauté ne savait pas ça. C'est nous qui expliquons ça dans la communauté sinon ils vont rester jusqu'à 7 mois comme ça, 6 mois, 8 mois sans venir à l'hôpital pour prendre le carnet et pourtant on ne vient pas à l'hôpital seulement pour prendre le carnet, mais pour détecter s'il y a des problèmes » (2100029006_07_ASC).

Selon le point de vue des RECO et ASC, la majorité affirment que grâce à leur intervention il y a eu beaucoup de changement dans leur communauté comme : avoir la confiance de la communauté, grâce à leur sensibilisation il y a eu changement de comportement par exemple sur l'utilisation des MILDAS, moins de réticence de la part des communautés sur la fréquentation des structures sanitaires et moins de perdus de vue. Voici quelques illustrations des RECO et ASC : « Avant les gens disait qu'ici c'est un hôpital d'Ébola, il y a un trou ici dès que tu viens tu es malade on te fait descendre là-bas ou bien on t'enlève, mais actuellement la communauté a compris maintenant que c'est archi faux en un mot c'est ça » (2100029064_10_RECO).

« Moi je suis à la frontière là-bas les gens traversait avant pour le traitement des bébés et les femmes enceintes ils partent en Sierra Leone pour faire leur CPN là-bas, mais actuellement après notre recrutement ça réduit aujourd'hui parce qu'il y a bon nombre de femmes qui nous demandent même il y en a même qui nous montre leur carnet » (2100029123_09_RECO).

« Pour les moustiquaires par exemple, avant les gens c'est ce qu'il prenait pour faire couvrir leur potager pour ne pas que les animaux rentrent. Donc maintenant c'est rare que tu voies ça dans la communauté parce que on leurs a expliqué l'importance de ça et puis on leur dit encore si réellement si vous faites ça et ceux qui font donation des moustiquaires voie ça on ne va pas nous donner, c'est très cher donc on ne peut pas payer ça si on ne nous aide pas maintenant presque la majeure partie dort sous le moustiquaire » (2100029012_06_ASC).

« Moi je suis à la frontière là-bas les gens traversait avant pour le traitement des bébés et les femmes enceintes ils partent en Sierra Leone pour faire leur CPN là-bas, mais actuellement après notre recrutement ça réduit aujourd'hui, parce qu'il y a bon nombre de femmes qui nous demandent même il y en a même qui nous montre leur carnet » (2100029123_09_RECO).

« Toujours l'exemple sur les moustiquaires, avant les gens c'est ce qu'il prenait pour faire couvrir leur potager pour ne pas que les animaux rentrent. Donc maintenant c'est rare que tu voies ça dans la communauté parce que on leurs a expliqué l'importance de ça et puis on leur dit encore si réellement si vous faites ça et ceux qui font donation des moustiquaires voie ça on ne va pas nous donner, c'est très cher donc on ne peut pas payer ça si on ne nous aide pas maintenant presque la majeure partie dort sous le moustiquaire » (2100029012_06_ASC).

6.3.4. Qualité des services sanitaires offerts par les ASC et RECO

Selon la majorité des répondants, les ASC et RECO offrent des services de qualité. Certains informateurs clés pensent qu'offrir des services de qualité dépendrait de leur prise en charge. Un des participants a relevé ceci : « Du cas de N'Nzérékoré parce qu'il vient de démarrer, elle a démarré en février donc on leur paye tout va très bien on sent que tout se passe bien parce qu'il y a la motivation derrière c'est avec la motivation que souvent les services ne sont pas bien rendus » (DNSCMT_01_EIA).

Un autre informateur clé déclare : « ils ont besoin d'être suivis et encadrés pour améliorer la qualité de leur prestation c'est pour cela que les supervision se font de façon mensuelle, trimestrielle et semestrielle ils ont ils ont l'aptitude à produire les paquets minimum d'activité sur lesquels ils ont été formés, ils ont les compétences et le relais communautaire à les compétences dans la mise en œuvre des activités communautaires, les insuffisances qu'on observe sur le terrain se corrige au fur et à mesure » (DNSCMT_03_EIA).

Selon les répondants, les facteurs qui peuvent influencer positivement ou négativement la qualité des services offerts par les RECO et ASC sont variés: le niveau d'étude des ASC et RECO, le paiement régulier des primes ou salaire, la disponibilité des outils, équipements, médicaments, intrants, l'implication des élus locaux et des cadres de la DPS, le suivi par les chefs de centres de santé, l'application des directives, la charge de travail liée à la population couverte par chaque RECO et ASC, la formation continue.

Un informateur clé a dit ceci : « Ce que je pourrais dire, le niveau d'étude par endroit de certains RECO a un peu influencé les activités de prestation dans la communauté »

(DPS_003_EIA). Un chef de centre de santé a déclaré en ces termes : « *Ça fatigue beaucoup le fait que le contrat a pris fin, ils ne sont pas rémunérés ils sont déjà démotivés du coup ils ne sont pas en train de mener des activités de qualité, des prestations de qualité* » (CS_10_EIA_CCS).

Pour cet autre répondant « *Ce sont des pères de famille, ils ne vont pas laisser la dépense de leur famille et continuer à faire des activités où ils ne sont pas rémunérés vous comprenez* » (PNLP_001_EIA).

Pour ce répondant du niveau central, « *Quelle que soit l'engagement d'un RECO mais s'il n'est pas outillé, il n'a pas de registre, il n'a pas de fiche de gestion des intrants et il n'a pas de carnet de référence et tu veux vraiment qu'il essaie de bien travailler pour améliorer la qualité des données est-ce qu'il pourra ça va être difficile* » (PNLP_001_EIA).

6.3.5. Défis liés à l'intégration des relais communautaires et des agents de santé communautaire dans le système local de santé

Pour la quasi-totalité des répondants de la présente étude, les principaux défis sont multiples : le respect des critères du recrutement, la dotation régulière en intrants et médicaments, la dotation en moyens de déplacement et équipements pour le travail, le relèvement du niveau et le régulier du salaire, la formation continue des RECO et ASC, le recrutement en nombre suffisant pour couvrir toute la population, l'appropriation des activités par les communautés et collectivités.

Un informateur clé a dit : « *Le défi, c'est d'assurer premièrement la prise en charge ou la motivation parce que c'est là-bas le nerf vous comprenez. Si la prise en charge est correcte et assuré je pense que ça pérennise les activités, parce que on a traversé des périodes on ne parlait pas de l'arrêt de ses activités là, la prise en charge était assurée par les partenaires techniques et financiers et vraiment avec un schéma très bien défini pour leur paiement, mais depuis que la stratégie de la santé communautaire est venue et on a dit qu'il faut intégrer ses RECO là dans le système de SMIG, c'est là-bas les problèmes ont commencé parce que les partenaires techniques et financiers se sont retirés et jusqu'à présent je m'excuse l'état n'arrive pas à honorer complètement et il ne gagne rien et ils vont continuer à mener les activités tandis que ce sont des pères de famille, des mères de famille qui ont besoin de nourrir leur famille ils vont chercher d'abord à trouver de quoi manger* » (PNLP_001_EIA).

« *Les difficultés que je rencontre réellement c'est le moyen de déplacement qui me fatigue beaucoup après ça je rends grâce à Dieu concernant l'argent on s'était plaint mais ils nous ont dit du fait qu'on a signé le contrat qu'on ne peut pas revoir, mais j'aimerais bien que on nous fait une augmentation* » (2100029147_04_RECO).

6.3.6. Mécanismes de pérennisation des activités des ASC/RECO

Parmi les mécanismes de pérennisation des activités des ASC et RECO évoqués dans le cadre de la mise en œuvre de la santé communautaire, les plus soutenus sont : l'opérationnalisation

de Fonction publique locale, la prise en charge par l'État à l'absence des PTF, le recours aux financements innovants, l'allocation de 15 % des recettes des collectivités à la santé, la sensibilisation, les agents de ASC et RECO, le plaidoyer auprès des partenaires, la prise en charge intégrée des ASC dans le budget de la commune, la promotion du volontariat chez les ASC et RECO, la prise en charge des RECO par la communauté.

Pour illustrer ces réponses, voici quelques déclarations des répondants :

« C'est vraiment le ministère de l'administration et du territoire à travers les mairies qui valident les rapports cela veut dire que même si les partenaires ne sont pas là, il y a un transfert de compétences qui est déjà là. Les mairies savent quels sont les rapports qui sont produits, quels sont les éléments qui sont dans ces rapports et si l'état devait faire le paiement, le paiement allait forcément passer par les mairies ou allait être validé par les mairies avant que ça ne soit effectif » (ANSS_001_EIA).

« Il y a une zone minière qui est là on part on les explique, qu'on a des gens ici qui contribuent pour la communauté, pour votre communauté, est-ce que vous pouvez les prendre en charge pourvu qu'ils continuent cette activité ? Ou bien l'état nous aide c'est par rapport à ça sinon ça ne sera pas facile ». (CS_06_EIA_CCS).

« Lorsque que l'État va assurer le salaire des ASC et RECO et qu'on les considère comme les fonctionnaires des collectivités locales cela assurera la pérennité et la continuité des activités des ASC et RECO sur le terrain parce que le partenaire va se retirer à un moment donné, avant qu'il ne se retire, il faudrait bien que l'État puisse assurer la relève » (DNSCMT_03_EIA).

« L'État doit déployer des gros moyens au niveau de la commune pour que les mairies puissent allouer 15% de leur budget à la santé. Aussi le respect des normes de recrutement établie par la stratégie de santé communautaire car certains pensent que le recrutement de certains RECO se font par affinités » (CS_08_EIA_CCS).

« Pour pérenniser ça il faut que l'État leur prendre en charge pour leur prime, regarde celui qui vient de venir là un grand-père de famille comme ça là c'est un RECO est-ce que vous comprenez est-ce qu'il peut rester tout son temps il n'est pas primé c'est un père de famille ce n'est pas facile maintenant il faut que l'État leur prenne en charge que vous comprenez ». (CS_14_EIA_CCS).

« Donc lorsque on va arriver à ce que l'État assure le salaire des ASC et reco et qu'on a des fonctionnaires de collectivité et qu'on les considère comme les fonctionnaires de collectivités locales on va assurer la pérennité et la continuité des agents de la santé communautaire sur le terrain parce que le partenaire va se retirer à un moment donné, avant qu'il ne se retire il faudrait bien que l'État puisse assurer la relève ». (DNSCMT_03_EIA).

« L'ASC et le RECO doivent aimer sa communauté connaître les problèmes de sa communauté qu'il y ait de l'argent ou pas pour qu'il puisse réagir à temps réel ». (DPS_004_EIA).

« Il faut toujours qu'on continue à faire nos activités parce que si tu ne continues pas à surveiller les gens tu t'assois, tu ne leur parles pas ils vont changer et adopter leur mauvais comportement » (2100029147_04_RECO).

7. Discussions

Le démarrage du projet Haute qualité des Services pour le Développement (HSD) a été une opportunité pour le lancement officiel de la Politique Nationale de Santé Communautaire avec un paquet plus élargi dans 4 communes rurales du district sanitaire de Forécariah. Au cours des trois années du projet, 154 relais communautaires et 16 agents de santé communautaire ont été recrutés, formés et déployés. Pour les données disponibles des activités des RECO et ASC on constate une nette augmentation du niveau des indicateurs dans les 4 communes rurales couvertes par le Projet HSD comparées aux autres communes non couvertes dans la préfecture. Sur les 6 mois suivant la fin du projet, cette tendance a significativement baissé pour certains indicateurs et est restée stables pour d'autres dans cette zone, alors qu'elle est en nette amélioration dans le reste des communes où 5 sur 7 sont couvertes par des RECO et ASC déployés par un autre projet depuis mai 2022.

7.1. Indicateurs de couverture des services et soins offerts par les relais et les agents de santé communautaire.

Pour une population estimée en 2020 à 165888 habitants, le ratio moyen population/relais communautaires est de 1077 avec des extrêmes de 1014 et 1187 habitants/RECO. Ce ratio est largement supérieur à celui recommandé par la PNSC qui est de 650 habitants/Reco en milieu rural et de 1000 habitants en milieu urbain.

Le nombre de RECO recrutés en 2020 est resté fixe pendant toute la durée du projet HSD alors qu'il devait être dynamique et suivre l'accroissement de la population qui est passée à 179926 pour des besoins estimés de 277 RECO.

La faible couverture des besoins en RECO et ASC dans la zone du projet HSD pourrait s'expliquer par raisons de programmation budgétaire du projet visant à harmoniser la répartition des agents pour l'ensemble des préfectures couvertes par le projet.

Ce déficit de RECO sur toute la durée du projet pourrait impacter négativement la couverture des populations et réduire leur accès aux services offerts par les RECO et ASC.

Faute de données dans la base DHIS2 sur les VAD et les cas de références de premier contact par les ASC et RECO l'analyse de ces 2 indicateurs a porté sur la période de janvier 2022 à juin 2023.

Dans la zone HSD, entre janvier et septembre 2022, on constate une nette prédominance du nombre de VAD dans la zone du projet HSD. Ce nombre a considérablement baissé à partir d'octobre 2022 et la tendance est restée la même jusqu'en juin 2023.

Cependant dans la zone hors HSD on remarque une augmentation du nombre de VAD à partir de juin 2022 avec un pic en février 2023 et une reprise de la hausse en mai 2023.

Sur la période de Janvier 2022 à Décembre 2023, bien que le nombre de premiers contacts orientés vers les formations sanitaires (FOSA) par les RECO et ASC soit dominant, sa tendance est la baisse et se poursuit jusqu'en juin 2023 alors que cet indicateur connaît une augmentation progressive de juillet 2022 à juin 2023.

Les fluctuations constatées sur cette période pour les 2 indicateurs ci-dessus pourraient être liées d'une part à la réduction des activités des RECO et ASC dans la zone du projet HSD clôturé en novembre 2022. D'autre part, au démarrage des activités des ASC et RECO dans 5 sur 7 du reste des communes de Forécariah couvertes par le Projet de Renforcement des Services et Capacités Sanitaire financé par la BM, projet dont la clôture est prévue en juin 2024.

Pour la réalisation de ses activités les RECO et ASC n'utilisent pas d'intrants spécifiques à part les outils et le petit matériel.

Sur la période de janvier 2019 à Juin 2023, on note une similarité de tendance dans l'évolution du dépistage des cas de paludisme (testés et confirmés) dans la zone HSD et la zone non couverte par HSD. On constate pour les 2 zones des pics dans le 3ème trimestre 2019, 2021 et 2022.

Cette situation pourrait être attribuée à la saisonnalité du paludisme dont la prévalence est plus élevée en saison pluvieuse.

Pour les 2 zones on note une proportion élevée de prise en charge des cas confirmés par les RECO et ASC qui est de 91 et 94 % respectivement.

Dans un article intitulé responsabiliser les RECO pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme au Sénégal : enjeux, modalités, défis, Sylvain Landry Faye affirme que les RECO contribuent efficacement à l'amélioration de la couverture de la prise en charge préventive du paludisme [33].

En 2019, Panaveyi Vicky Malou Adom et all ont conduit une étude multicentrique réalisée dans 11 districts sanitaires au Bénin et au Togo sur un modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo).

Les éléments essentiels pour la construction de leur modèle étaient les suivants : « *les problèmes à résoudre et les besoins à satisfaire, les ressources nécessaires (humaines, financières, matérielles, spatiales, informationnelles), les résultats attendus en termes de produits et changements espérés, les facteurs (favorables ou contraintes) qui pourraient influencer l'introduction des changements, les stratégies éprouvées ayant aidé d'autres collectivités à atteindre des résultats semblables à ceux attendus dans le cadre du programme, enfin, les hypothèses expliquant les choix des stratégies retenues* ».

L'étude a inclus un échantillon de 7340 personnes comprenant l'ensemble des ASC se trouvant dans les villages couverts, les membres des Comités Villageois de Développement (CVD), les Comités de Gestion des Centres de Santé (COCES/COGECS), les praticiens de la médecine traditionnelle, les 11 points focaux de district/zone des programmes à l'étude, les responsables de structures de santé qui sont directement impliqués dans les interventions sous directives communautaire (IDC) et les 238 chefs de cantons.

Au terme de l'étude, ils ont conclu que « tous les programmes de lutte contre la maladie au Bénin et au Togo ont un volet communautaire, dont les activités sont menées par les ASC en collaboration avec le personnel de santé. Les ASC ont fait preuve d'une motivation forte dans la mise en œuvre des différentes interventions. Ils ont réussi à transmettre aux chefs de ménage des connaissances sur la manifestation et la prévention des différentes maladies qui sévissent dans leur localité, ce qui a permis leur valorisation dans leur communauté... » [30].

Après avoir conduit entre 2010 et 2014, une recherche formative dans la zone de Savè-Ouèssè (Bénin), Virgil Lokossou a rapporté que : « *la mise en place des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) a amélioré la performance des ASC et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans ladite zone. Cette stratégie pourrait être utile pour la surveillance à base communautaire* ». Une amélioration de l'ensemble des indicateurs de santé maternelle a été observé dans la zone d'étude.

Les accouchements assistés sont passés de 22% en 2010 à 51% en 2014 ; la présence d'un point d'eau pour se laver les mains qui était quasi inexistant dans les familles en 2010 a été relevé à 36% en 2014 [31].

7.2. Opinions des acteurs sur les activités des relais communautaires et des agents de santé communautaires dans la zone du projet HSD

La bonne connaissance des acteurs interviewés sur les activités des ASC et RECO est un signe d'appropriation et une des conditions essentielles pour la réussite des interventions de la stratégie de la santé communautaire.

Les activités énumérées par les informateurs clés, les relais et agents de santé communautaire figurent bien parmi celles prévues par les documents de politiques et directives de santé communautaire de la Guinée.

En effet les attributions, rôles et responsabilités des RECO et ASC sont précisées respectivement dans les annexes 3.1 et 3.2 portant contrat-type des 2 catégories des prestataires, dans le Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire [15].

Dans le cadre de l'amélioration de la survie de l'enfant, l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF recommandent les visites à domicile comme stratégie prioritaire dans une déclaration commune rendue publique [40].

Il s'agit entre autres pour le RECO :

- Faire un recensement / diagnostic communautaire
- Réaliser les visites à domicile ;
- Prodiguer des conseils nutritionnels à la communauté ;
- Faire la promotion de la consultation prénatale, des soins obstétricaux et néonataux d'urgences, de la planification familiale et des méthodes contraceptives, de l'allaitement maternel, de la vaccination et de l'hygiène à tous les niveaux ;
- Participer au déparasitage de la population ;
- Faire la PCIMNE communautaire ;
- Faire la mobilisation sociale dans la communauté ;
- Faire la recherche active des perdus de vue ;
- Faire la promotion de l'accès à l'eau, hygiène et assainissement ;
- Faire la surveillance à base communautaire.

Pour l'ASC, quelques tâches essentielles :

- La fourniture du paquet intégré de services de santé suivant les compétences définies et pour lesquelles il a reçu une formation. Selon la politique nationale, il appuie 10 RECO.
- Consacrer 20% de son temps de travail au sein du Centre/poste de santé de rattachement et 80% de son temps de travail pour des prestations au sein de la communauté et/ou en soutien aux RECO placés sous sa responsabilité.

La réalisation correcte des VAD ainsi que d'autres activités ont permis de réduire les barrières au niveau communautaire, d'améliorer l'offre des services promotionnels et l'utilisation des structures de santé par les populations.

Dans une étude transversale dans les zones rurales du Niger, Mohamed I. Brooks et al. Soutiennent que « Les jeunes femmes mariées visitées par les relais étaient plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives modernes que celles non visitées par un relais. Ces résultats sont cohérents avec des études similaires sur la planification familiale en Afrique subsaharienne et suggèrent que les relais au Niger pourraient être en mesure de fournir un accès aux services essentiels de planification familiale dans les zones rurales et difficiles d'accès. Des efforts supplémentaires pour comprendre les obstacles à la contraception auxquels sont confrontées les femmes nullipares et les femmes qui travaillent devraient être une priorité de recherche clé au Niger » [41].

Le recrutement

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet HSD, les directives pour le recrutement des RECO et ASC ont été données au niveau opérationnel par le ministère de la santé et la coordination du projet. Des comités locaux composés des représentants des leaders religieux, de la jeunesse, des femmes, du COSAH, des ONG locale et du chef de centre de santé ont été mis en place dans chaque commune rurale pour conduire le processus de recrutement des RECO. Pour le recrutement des ASC un Comité préfectoral de 7 membres, présidé par le DPS a été mis en place suivant **Décision N° 0091/PFOR/2019** du 19 septembre 2019. Les autres membres dudit comité étaient : le coordinateur préfectoral du projet HSD, le médecin chargé de la lutte contre la maladie, du directeur des microréalisations de la préfecture, le chargé de la santé à base communautaire de la DPS, la Secrétaire Générale de la Commune urbaine et le chef du centre de santé urbain de Forécariah.

Concernant les critères de sélection des RECO, un consensus a été obtenu au sein de chaque comité local tout en s'inspirant des critères édictés par le document de politique de santé communautaire et ses outils de mise en œuvre. Ainsi, savoir lire, être de la localité, être d'une bonne probité morale et être disponible ont été essentiellement les critères retenus.

Le critère "Âge", initialement situé entre 18 et 55 ans, n'a plus été rigoureusement appliqué, comme le témoigne la présence de certains RECO dont l'âge dépasse les 60 ans.

La norme nationale de recrutement situés à 1 RECO pour 650 habitants à couvrir a été utilisée pour estimer les besoins et figure dans la planification initiale. Cependant elle n'a pas été retenue, bien légèrement réajustée. Ce sont les ressources disponibles pour le financement du projet qui ont plutôt prévalu.

La totalité des ASC recrutés par le projet ont passé un test écrit après une phase de sélection basée sur le dossier individuel. Toutefois, la priorité a été donnée à une catégorie d'ASC ayant capitalisé une certaine expérience et figurant dans la base de données du District sanitaire.

Au regard des opinions recueillies auprès des répondants et des documents consultés au cours de notre étude (décisions de création de comités, PV de réunions des comités, listes des RECO et ASC recrutés signées par les membres statutaires, feuilles de routes), il convient d'affirmer que le processus de recrutement s'est déroulé selon les normes en la matière.

Dans ses travaux, Sylvain Landry Faye mentionne que « *La personnalité du relais, et la manière dont la communauté apprécie ses qualités, déterminent la conduite des parents face aux services de soins qu'il administre. D'où la nécessité et l'importance du respect des critères qui doivent présider à leur sélection* »[33].

Après le recrutement tous les ASC et RECO ont bénéficié d'une formation de 15 jours sur le paquet intégré de santé communautaire. A la suite d'une évaluation une année plus tard, seuls les RECO nécessitant une remise à niveau ont été inscrits pour un recyclage. Il n'y a pas eu de recyclage systématique ni pour les ASC, ni pour les RECO. L'absence de recyclage des agents

de santé au terme de deux années d'activités post formation initiale pourrait impacter négativement la performance et la qualité des services.

Concernant les équipements, les RECO et ASC ont bénéficié d'une dotation au début du projet au début de l'intervention puis renouvelé deux années plus tard de manière sélective pour certains matériels, après évaluation. Le mémorandum postant entretien et maintenance des équipements et de la logistique, signé entre le projet et les collectivités locales, n'a pas été scrupuleusement respecté par celles-ci. Cette situation a eu une incidence négative sur le plan de maintenance et sur la réalisation de certaines activités contractuelles des ASC et RECO.

La qualité des services offerts par les ASC et RECO, telle que perçue par les informateurs clés, semble être satisfaisante. Ces affirmations, purement subjectives n'ont pas été évaluées suivant une échelle de valeur technique, ce qui ne permet pas d'apprécier ladite qualité. D'autres approches devraient être utilisées.

Selon les données de la littérature, plusieurs facteurs pourraient influencer positivement ou négativement la qualité des services offerts par les ASC et RECO.

Dans leur étude, Panaveyi Vicky Malou Adom et all. ont rapporté que « *la motivation des RECO était significativement associée à la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME Communautaire (p = 0,0012) [42].*

Les défis à relever pour une mise en œuvre efficace des interventions des ASC et RECO dans le district sanitaire de Forécariah en général et dans la zone du projet HSD sont particulièrement nombreux. Au titre de ces défis, figurent entre autres le maintien des bonnes pratiques essentielles, la rétention des ASC et RECO en l'absence de prise en charge pécuniaire et de toute autre alternative, la couverture de la population à servir selon les normes de la politique nationale de santé communautaire, la création d'un environnement de travail favorable, la dotation en intrants, médicaments essentiels, moyens logistiques et de communication.

La pérennisation des acquis d'une intervention en santé est un élément essentiel à prendre en compte lors de sa conception et sa mise œuvre.

Dans le cas spécifique du Projet HSD, le dispositif théorique mis en place prévoyait des actions de pérennisation par une description claire du rôle des parties prenantes. Par exemple, les communes devaient opérer le choix RECO en collaboration avec le Chef du Centre de Santé et les PTFs, sur la base d'un contrat de performance et assurer au terme du projet, la continuité de la prise en charge desdits RECO, à partir de mécanismes et de sources innovants. Ces dispositifs n'ont pas fonctionné tel que prévu. Les RECO et ASC actuellement en activité dans cette zone travaillent sur la base d'un engagement personnel qui ne saurait durer indéfiniment.

D'après le degré de pérennité selon Pluye et al. (2004), on pourrait classer le projet HSD comme un projet à pérennité faible.

Dans une étude conduite sur la pérennité d'un projet de prévention et de prise en charge de la malnutrition au Niger, Marietou Niang et al. Cite un répondant en ces termes : "Tant que les ressources humaines et financières sont absentes, les projets en fin de course seront problématiques. La pérennisation des activités ne peut avoir lieu tant que l'État central ne joue pas son rôle. C'est l'État qui s'est retiré de l'éducation, de la santé, il a confié ses tâches à des particuliers, mais ça ne peut pas marcher". (Maire) [32].

8. Conclusion

Dans la préfecture de Forécariah, la mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire avec un paquet intégré a débuté dans 4 communes rurales couverts par le projet haute qualité de services pour le développement (HSD). Nous avons évalué la contribution des ASC et RECO déployés par ce projet. Il ressort de notre étude une nette amélioration des indicateurs de prestation des ASC et RECO dans la zone couverte pas HSD comparés aux autres communes de la préfecture. Ces résultats confirment notre hypothèse selon laquelle les RECO et ASC auraient efficacement contribué à l'amélioration de l'accès des communautés aux services primaires de santé.

En dépit de cette amélioration, de nombreux défis restent encore à relever pour une mise en œuvre des interventions de santé communautaire dans la préfecture de Forécariah.

La fin du projet HSD met un terme à la prise en charge des RECO et ASC dans sa zone de couverture, ce qui confirme notre deuxième hypothèse selon laquelle la fin du projet et la cessation des activités des RECO et ASC auraient entraînée à la faible utilisation des services de santé primaire par la communauté dans le district sanitaire de Forécariah. Ce qui pourrait compromettre la pérennisation des acquis et la réalisation d'autres interventions au niveau communautaire jugés pertinentes et efficace par l'ensemble des acteurs.

9. Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons des recommandations :

A la Direction nationale de la santé communautaire et la médecine traditionnelle

- Poursuivre la vulgarisation des documents de politiques et directives de santé communautaire à l'échelle nationale
- Poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes

A la Direction préfectorale de la santé de Forécariah

- Veiller au respect des critères de recrutement des ASC et RECO
- Assurer la formation continue des ASC et RECO
- Veiller au renouvellement des outils et matériels de travail des ASC et RECO
- Entreprendre des initiatives pour assurer la motivation des ASC et RECO
- Faire le plaidoyer pour doter les ASC et RECO de moyens de déplacement

Aux ASC et RECO

- Remplir correctement tous les outils de gestion à leur disposition
- Produire et transmettre régulièrement les rapports d'activités

Aux collectivités

- Veiller au respect des critères de sélections des RECO en impliquant l'ensemble des entités concernées
- Contribuer à la prise en charge des RECO par une allocation budgétaire au secteur local de la santé
- Mettre en place des mécanismes de reconnaissances

Aux chefs de centres de santé

- Renforcer la supervision formative des ASC et RECO
- Poursuivre la dotation régulière des ASC et RECO en intrants
- Assurer la formation continue, le suivi, l'évaluation, des ASC et RECO

Aux partenaires techniques et financiers

- Poursuivre l'appui aux acteurs nationaux à tous les niveaux du système de santé

Références bibliographiques

1. OMS. Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire [Internet]. 2003 [cité 28 avr 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/fa5627.pdf
2. Organisation mondiale de la Santé. Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité 28 avr 2023]. 112 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>
3. OMS. Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_14-fr.pdf
4. USAID. Acting On The Call: Ending preventable child and maternal deaths. juin 2016;104.
5. Enria L, Bangura JS, Kanu HM, Kalokoh JA, Timbo AD, Kamara M, et al. Bringing the social into vaccination research: Community-led ethnography and trust-building in immunization programs in Sierra Leone. PLOS ONE. 22 oct 2021;16(10):e0258252.
6. Patricia J. Peretz. Community Health Workers and Covid-19 — Addressing Social Determinants of Health in Times of Crisis and Beyond | NEJM [Internet]. 2020 [cité 6 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2022641>
7. Ballard M, Johnson A, Mwanza I, Ngwira H, Schechter J, Odera M, et al. Community Health Workers in Pandemics: Evidence and Investment Implications. Glob Health Sci Pract [Internet]. 28 avr 2022 [cité 5 mai 2023];10(2). Disponible sur: <https://www.ghspjournal.org/content/10/2/e2100648>
8. Marx P. La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? – Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires. Regards. 2020;58(2):191-7.
9. Hatefi A. The costs of reaching the health-related SDGs. Lancet Glob Health. déc 2017;5(12):e1183.
10. Campbell C, Scott K. Retreat from Alma Ata? The WHO's report on Task Shifting to community health workers for AIDS care in poor countries. Glob Public Health. 2011;6(2):125-38.
11. Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. Lancet Lond Engl. 11 sept 2004;364(9438):997-1003.
12. Chandler CIR, Chonya S, Mtei F, Reyburn H, Whitty CJM. Motivation, money and respect: A mixed-method study of Tanzanian non-physician clinicians. Soc Sci Med. 1 juin 2009;68(11):2078-88.

13. OMS. FLAMBEE DE MALADIE A VIRUS EBOLA. 20 janv 2016;
14. Ministère de la Santé. politique-nationale-de-sante-communautaire.pdf [Internet]. 2017 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.invest.gov.gn/document/politique-nationale-de-sante-communautaire>
15. Ministère de la Santé. GIN_DSNCMT_Guide_Harm_Mise_en_oeuvre_SaCo_VF.docx. 2019.
16. Ministère de la Santé. Plan_National-de-Développement-Sanitaire-2015-2024-Août-2015.pdf [Internet]. 2015 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: https://portail.sante.gov.gn/wp-content/uploads/2022/08/Plan_National-de-D%C3%A9veloppement-Sanitaire-2015-2024-Ao%C3%BBt-2015.pdf
17. UNICEF Guinée. Le Programme National d'Appui aux Communes de Convergence | UNICEF [Internet]. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/guinea/le-programme-national-dappui-aux-communes-de-convergence>
18. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Santé Publique. 2012;24(2):165-78.
19. OMS. Les soins de santé primaires [Internet]. 1978 [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>
20. Réseau régional d'appui a la prevention et à la promotion de la santé. Soins primaires [Internet]. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. 2023 [cité 22 août 2023]. Disponible sur: <https://rrapps-bfc.org/node/4362>
21. Nations Unies. Les soins de santé primaires:plus que jamais nécessaires | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 22 août 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-soins-de-sante-primairesplus-que-jamais-necessaires>
22. OMS. Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris [Internet]. 2009 [cité 22 août 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-fr.pdf?ua=1
23. Carricaburu D, Ménoret M. Chapitre 10 - Action collective et santé. In: Sociologie de la santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2004 [cité 16 août 2023]. p. 161-78. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-sante--9782200262297-p-161.htm>
24. Organisation des services sociaux en U.R.S.S. Econ Stat. 1948;3(1):45-65.
25. de Wet K. Les trois âges de la santé communautaire en Afrique du Sud. Sci Soc Santé. 2010;28(3):85-107.
26. Sylla A, Guèye EHB, N'diaye O, Sarr CS, Ndiaye D, Diouf S, et al. La formation des agents de santé communautaire instruits: une stratégie pour améliorer l'accès des enfants au traitement des infections respiratoires aiguës au Sénégal. Arch Pédiatrie. 1 mars 2007;14(3):244-8.

27. Weltgesundheitsorganisation, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. L'agent de santé communautaire: guide pratique ; directives pour la formation ; directives pour l'adaptation. Nouvelle éd. entièrement remaniée. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1987. 507 p.
28. dc2be5d2-d3ce-4b3e-9b46-1b02d05d2ecd_PSI_Report_CHWs_and_Covid19_French_01.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/dc2be5d2-d3ce-4b3e-9b46-1b02d05d2ecd_PSI_Report_CHWs_and_Covid19_French_01.pdf
29. Ndiaye P, Oumar Ba I, Dieng M, Fall C, Tal Dia A. Qualité de l'eau de consommation des ménages : analyse et plan d'action en zone rurale sénégalaise. *Santé Publique*. 2010;22(2):193-200.
30. Malou Adom PV, Makoutodé CP, Ouendo EM, Makoutodé M. Modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo). *Santé Publique*. 2019;31(2):315-26.
31. Lokossou V, Sombié I, Somé DT, Dossou CA, Awignan N. Les équipes d'amélioration de la qualité contribuent-elles à la performance des agents de santé communautaire au Bénin ? *Santé Publique*. 2019;31(1):165-75.
32. Niang M, Moha M, Ridde V, Gautier L. La pérennité d'un projet de prévention et de prise en charge de la malnutrition au Niger. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. août 2022;113(4):636-46.
33. Faye SL. Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis. *Autrepart*. 2012;60(1):129-46.
34. Johnson LJ, Schopp LH, Waggie F, Frantz JM. Challenges experienced by community health workers and their motivation to attend a self-management programme. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 12 janv 2022;14(1):2911.
35. Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 1948 [cité 23 août 2023]. Disponible sur: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
36. Pezeril C. Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles) [Internet]. 2012 [cité 23 août 2023]. Disponible sur: <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/2012-enquete-conditionsdevie.pdf>
37. Évaluation des performances du système de santé : dans quelle mesure le système de santé belge est-il équitable ? | KCE [Internet]. 2020 [cité 23 août 2023]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/health-system-performance-assessment-how-equitable-is-the-belgian-health-system>
38. Lambert L. Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-Inf*. sept 2020;(281):4-22.

39. Delahais T. L'analyse de contribution. [cité 16 août 2023]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evaluationpolpub/chapter/lanalyse-de-contribution/>
40. WHO_FCH_CAH_09.02_fre.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70056/WHO_FCH_CAH_09.02_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Brooks MI, Johns NE, Quinn AK, Boyce SC, Fatouma IA, Oumarou AO, et al. Can community health workers increase modern contraceptive use among young married women? A cross-sectional study in rural Niger. *Reprod Health*. 25 mars 2019;16:38.
42. Malou Adom PV, Ouendo EM, Salami L, Napo-Koura G, Makoutodé M. Qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire au Bénin. *Santé Publique*. 2014;26(2):241-8.

Guide d'entretien avec les informateurs clés

Code unique entretien / _____ / _____ / _____ / _____ /

Information-Consentement et confidentialité

Bonjour M./Mme Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je suis (se présenter et préciser la fonction actuelle)

Je suis ici dans le cadre de la collecte des données pour la rédaction d'un mémoire de fin d'études pour le Master 2 en Santé Publique Internationale à l'Université Senghor à Alexandrie en Égypte. Le travail est réalisé grâce à la collaboration entre l'Université Senghor, la DPS de Forécariah et le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinya. Le sujet du mémoire est « Analyse de la contribution des relais communautaires et des agents de santé communautaire à l'accès aux services de santé communautaire en Guinée : Cas de la zone du projet HSD, district sanitaire de Forécariah 2019-2023 ». Nous allons parler de la mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée de manière générale et dans la préfecture de Forécariah en particulier.

Vos réponses ainsi que vos informations personnelles seront anonymes et confidentielles. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question à laquelle vous ne voulez pas répondre. Vous pouvez aussi vous retirer mais votre participation volontaire et votre contribution sont très importantes pour la réussite de cette étude.

Au-delà des questions que nous vous poserons, vous pouvez prendre l'initiative de fournir d'autres éléments d'éclaircissement sur le sujet.

L'interview durera environ 45 minutes. Vous pouvez arrêter de répondre aux questions à tout moment pour demander davantage de précisions sur une question mal cernée.

Pendant les discussions, je prendrai des notes pour enregistrer les idées principales discutées. Cependant, comme je ne peux pas écrire chaque mot, je vais aussi enregistrer tout l'entretien.

Cet enregistrement sera détruit à la fin de l'étude par mes propres soins.

Je pourrais vous contacter par téléphone ou par mail pendant toute la durée du travail, pour des informations complémentaires. Vous pouvez me contacter pour toutes autres questions ou tous commentaires additionnels.

Le présent document d'Information-Consentement et confidentialité vous sera laissé en copie originale pour toutes fins utiles

Si vous avez des questions je suis à votre entière disposition. Si vous acceptez nous pouvons commencer notre entretien.

Date et lieu

L'enquêteur

Le répondant

Tél. :

E-mail :

Annexe

Informations sur la structure du répondant

Structure.....	Direction nationale Direction régionale Service d'appui du niveau central Programme national Direction Préfectorale de la Santé Centre de santé Poste de santé Mairie
----------------	--

Profil du participant

Sexe	Masculin /___/ Féminin /___/
Titre/Grade	Monsieur /___/ Madame /___/ Docteur /___/ Professeur /___/
Age en années	/_____/
Fonction dans la structure	
Durée en années dans la structure	< 1 an /___/ 1 an /___/ 2 ans /___/ 3 ans /___/ > 3 ans /___/
Durée en années au poste actuel	< 1 an /___/ 1 an /___/ 2 ans /___/ 3 ans /___/ > 3 ans /___/

Activités des ASC/RECO

Q1. Que savez-vous du rôle des ASC/RECO dans le cadre de l'accès aux services de santé communautaire ?

Relance : A quelles activités contribuent-t-ils ?

Q2. Comment sont recrutés, formés, supervisés et rémunérés les relais communautaires et les agents de santé communautaire ?

Q3. Selon vous, quels sont les moyens mis en œuvre pour renforcer le rôle des relais communautaires et des agents de santé communautaire ?

Relance : Quels sont les acteurs qui y sont impliqués et à quel niveau ? Parlez-nous de leurs rôles.

Q4. Parlez-nous de votre niveau de satisfaction par rapport à la contribution des ASC/RECO à l'accès aux services dans leur communauté ?

Relance : Pouvez-vous donner quelques exemples concrets de leurs interventions ? Dans quelle mesure les ASC/RECO ont-ils contribué à une réponse rapide et efficace ?

Q5. Quels sont les avantages et les défis liés à l'intégration des relais communautaires et des agents de santé communautaire dans le système de santé ?

Q6. Parlez-nous de la qualité des services sanitaires offerts par les ASC/RECO ?

Relance : Quelles sont les sources de vérification de ces informations dont vous disposez ?

Q7. Parlez-nous de l'acceptation des RECO et des ASC dans leurs communautés respectives ?

Défis liés à une contribution efficace des ASC/RECO au système de santé en Guinée

Q8. D'après votre expérience, quels sont les principaux défis actuels liés à la contribution efficace des ASC/RECO au système de santé actuel en Guinée ?

Relances : Quels sont les défis liés à l'opérationnalisation des ASC/RECO ? Quels sont les défis liés à la mobilisation des ressources destinées à la prise en charge, à l'équipement et à la formation des ASC/RECO ?

Q9. Pouvez-vous nous parler des principaux défis auxquels sont confrontés les ASC/RECO dans la mise en œuvre de leurs activités ?

Q10. Quelles sont les difficultés rencontrées par les ASC dans la mise en œuvre de la santé communautaire au niveau national ?

Acquis et pérennisation

Q11. Quels sont les principaux changements apportés par les RECO/ASC au niveau communautaire ?

Relance : Quels sont les principaux résultats obtenus grâce à l'intervention des ASC/RECO dans les communautés respectives ?

Q12. Quels indicateurs objectivement vérifiables permettent d'apprécier ces changements ?

Q13. Parlez-nous des mécanismes de pérennisation des activités des ASC/RECO en matière de santé communautaire dans le pays.

Relance : Dans quelle mesure ces mécanismes sont-ils suffisants pour assurer une prise en charge efficace et durable en l'absence des partenaires techniques et financiers ?

Q14. Quelles sont vos recommandations pour améliorer la contribution des ASC/RECO à la mise en œuvre des activités de santé communautaire en Guinée ?

Guide d'entretien avec les RECO et ASC

I. Informations générales

Centre de santé de :Date entretien/___/___/___/.....

ID de l'ASC : Age : Sexe : Niveau d'instruction :

Nombre d'années d'expériences comme ASC ou RECO :

Niveau d'instruction : Aucune instruction/___/ Primaire/___/Collège /___/Lycée/___/ École professionnelle/___/Université/___/

Population de l'aire de santé :Nombre de RECO couverts :

II. Mise en œuvre des activités

1- Expliquez-nous comment avez-vous été recruté comme ASC ou RECO ?

2- Quelles sont les activités que vous réalisez en tant qu'ASC ou RECO dans votre zone d'intervention ?

3- Comment le paquet de vos activités est défini (sur quelle base les activités sont identifiées) ?

4- Quels sont les principaux objectifs de vos activités ?

5- Quels sont les outils de travail que vous utilisez (apprécier la disponibilité et le remplissage des outils) ?

- 6- Quelles sont les ressources (matérielles et financières) mises à votre disposition ?
- 7- Quels sont les résultats attendus de vos activités ?
- 8- Expliquez-nous comment vous organisez votre travail
- 9- Quels sont les changements survenus dans la communauté par vos interventions et celles des RECO ?
- 10- S'il y a eu des changements, qu'est ce qui est fait pour les pérenniser ?
- 11- Quels sont les changements survenus au niveau de la formation sanitaire (aire de santé) du fait de vos interventions ?
- 12- Expliquez-nous comment vous évaluez les activités des Reco sous votre supervision ?
- 13- De quel appui bénéficiez-vous de la part des leaders communautaires ?
- 14- Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés dans la mise en œuvre de vos activités ?
- 15- Quelles sont les suggestions ou les recommandations que vous pouvez faire pour la mise en œuvre et la pérennisation des activités de santé communautaire ?