



REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail - Justice – Solidarité

=====
MINISTRE DE LA SANTE

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

« *UN ENGAGEMENT POUR BATIR UN SYSTEME DE SANTE
PERFORMANT* »

NOVEMBRE 2014

SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
PREAMBULE	6
INTRODUCTION	8
CHAPITRE I. ANALYSE DE LA SITUATION	10
1.1 CONTEXTE	10
1.1.1 Contexte Général	10
1.1.2 Contexte National	10
1.2 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION GUINEENNE	11
1.2.1 Les OMD	11
1.2.2 Profil épidémiologique	11
1.2.2.1 Mortalité, morbidité et incapacité liées aux maladies transmissibles	12
1.2.2.2 Mortalité, morbidité et incapacité liées aux maladies non transmissibles	14
1.2.2.3 Mortalité, morbidité et incapacité liées aux affections du cycle de vie	14
1.3 ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA SANTE	14
1.4 PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE	15
1.4.1 Gouvernance du Système de Santé et Leadership du Ministère de la Santé	15
1.4.2 Prestations de Soins et de Services de Santé	16
1.4.2.1 Le système de soins	16
1.4.2.2 Paquets de Services essentiels de santé	17
1.4.2.3 Qualité des Soins et sécurité des patients	18
1.4.2.3.1 Soins centrés sur la personne	18
1.4.2.3.2 Soins intégrés	18
1.4.2.3.3 Soins continus	18
1.4.2.3.4 Sécurité des patients	19
1.4.3 Les Ressources Humaines en Santé	19
1.4.3.1 Cadre législatif et réglementaire spécifique	19
1.4.3.2 Organisation et Gestion des Ressources Humaines en Santé	19
1.4.3.3 Effectif et répartition du personnel de santé	20
1.4.3.4 Synthèse des problèmes liés aux RHS	20
1.4.4 Produits et Technologies de Santé	21
1.4.4.1 Médicaments et dispositifs médicaux	21
1.4.4.2 Vaccins	23



1.4.4.3	Sang et dérivés du sang-----	23
1.4.4.4	Infrastructures et Equipements -----	23
1.4.4.5	Laboratoires de biologie médicale -----	25
1.4.5	Financement de la Santé -----	26
1.4.6	Système National d'Information Sanitaire (Snis) et Recherche en Santé-----	27
1.4.6.1	Le SNIS-----	27
1.4.6.2	La Recherche en Santé -----	28
	La recherche est confrontée à plusieurs problèmes dont les principaux sont : -----	28
1.5	ENJEUX ET DEFIS MAJEURS -----	29
1.6	FORCES, MENACES, OPPORTUNITES ET PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR SANTE-----	30
	CHAPITRE II. VISION -----	32
	CHAPITRE III. FONDEMENTS, PRINCIPES DIRECTEURS ET -----	33
	VALEURS -----	33
3.1	Fondements-----	33
3.2	Principes Directeurs -----	33
3.3	Valeurs -----	33
3.4	Reformes-----	34
	CHAPITRE IV. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE-----	35
	CHAPITRE V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE-----	36
	CHAPITRE VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE-----	45
	CHAPITRE VII. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE -----	46
	CONCLUSION -----	47



ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACG	Compagnie Globale d'Aluminium
BM	Banque Mondiale
BSD	Bureau de Stratégie et de Développement
BND	Budget National de Développement
BS	Banque de Sang
CBG	Compagnie des Bauxites de Guinée
CBK	Compagnie des Bauxites de Kindia
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CM	Coefficient Multiplicateur
CMC	Centre Médico-Communal
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPC	Consultation Primaire Curative
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé Amélioré
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DIEM	Division Infrastructures Equipement et Maintenance
DNEHS	Direction nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction n Régionale de la Santé
GAVI	Alliance Internationale pour les Vaccins et l'Immunisation
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital régional
HM	Hôpital Militaire
HN	Hôpital national
HT	Hospitalisations totales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIMNE	Programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale



PIA	Poste d’Infirmierie des Armées
PNS	Politique Nationale de Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PS	Poste de Santé
PTME	Prévention de la Transmission Mère- Enfant
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence Complets
PCIME	Prise en Charge des Maladies de l’Enfant
SAG	Société Aurifère de Guinée
SAMU	Service d’Aide médicale d’Urgence
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d’Urgence Complets
SSA	Service de Santé des Armées
TOM	Taux d’Occupation Moyen
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population



PREAMBULE

La République de Guinée reconnaît dans sa Constitution la santé comme un droit fondamental, préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux.

La Politique nationale de santé est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle.

Cette nouvelle Politique repose sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que :

- ✓ la Déclaration universelle des droits de l'Homme,
- ✓ le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,
- ✓ la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples,
- ✓ la Convention relative aux droits de l'enfant,
- ✓ la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes,
- ✓ la Déclaration du millénaire pour le développement,
- ✓ la Déclaration des Chefs d'Etat de l'UA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA,
- ✓ la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement,
- ✓ la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique,
- ✓ l'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010),
- ✓ le Partenariat international pour la Santé (IHP+),
- ✓ la Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et Couverture Sanitaire Universelle,
- ✓ la Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat.

Le Gouvernement s'est fixé comme objectif de développement de faire de la République de Guinée un pays émergent à l'horizon 2035.

Cette Politique de Santé se donne comme vision, une Guinée, où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé *de qualité*.

Cette vision est sous tendue par des principes et des valeurs universelles.

La mise en œuvre de cette vision suppose des réformes sectorielles profondes.

Le Gouvernement s'engage à poursuivre l'approche des soins de santé primaires à travers les orientations stratégiques de la présente Politique pour assurer aux populations des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et de réhabilitation de qualité pour tous.



- ✓ Le renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence,
- ✓ La promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées,
- ✓ Le renforcement du système national de santé, avec les composantes suivantes :
 - Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire
 - Accès financier universel aux services essentiels de santé
 - Développement des ressources humaines de qualité
 - Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité
 - Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé
 - Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

La mise en œuvre de ces orientations stratégiques se fera à travers des Plans Nationaux de Développement Sanitaire avec la participation de toutes les parties prenantes.

Cette politique tire sa légitimité des recommandations issues des assises des Etats Généraux de la Santé, présidées par Son Excellence Pr Alpha CONDE, Président de la République, en présence de toutes les parties prenantes, et en particulier des représentants de la société civile et des collectivités décentralisées ainsi que de l'ensemble des secteurs de développement du pays et de la communauté internationale.

Le Ministre de la Santé

Médecin-Colonel Rémy LAMAH

INTRODUCTION

Dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, les pouvoirs publics guinéens ont élaboré une lettre de politique nationale de santé assortie d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2003 – 2012.

La mission du Ministère de la Santé a toujours consisté à contribuer à l'amélioration du bien être de la population à travers l'extension de la couverture des prestations sanitaires essentielles.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé (MS) ainsi que l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) se sont engagés dans un processus de révision de la Politique Nationale de Santé et de formulation d'un nouveau PNDS qui couvrira la période 2015-2024.

La première étape de ce processus a été la mise en place du cadre institutionnel par la création d'un Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS), de son Secrétariat Technique et des groupes thématiques.

La deuxième étape a consisté en la réalisation d'Etudes spécifiques, notamment l'analyse de situation des ressources humaines, l'évaluation de la fonctionnalité des programmes de santé, l'élaboration des comptes nationaux de la santé pour l'exercice 2010, l'évaluation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2012, l'évaluation des besoins de la planification familiale, etc...

La troisième étape a été l'évaluation de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2003-2012.

Sur la base des résultats de ces études, et de l'Etude Démographique et de Santé réalisée en 2012 (EDS IV), il a été procédé à une analyse de situation du secteur de la santé.

Cette analyse a porté sur les résultats sanitaires et sur les six piliers proposés par l'OMS comme base de développement de tout système de santé, (i) la Gouvernance et le Leadership, (ii) les Prestations de Soins, (iii) les Médicaments et les Technologies Médicales, (iv) les Ressources Humaines en Santé, (v) le Financement de la santé, (vi) le Système d'Information Sanitaire et la Recherche en santé.

Le cycle de programmation de la Politique Nationale de Santé a coïncidé avec l'apparition de la plus grande épidémie de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola de l'histoire.

En Mars 2014, a été déclarée l'épidémie et était toujours en cours au moment de l'élaboration de cette Politique Nationale de Santé.

Cette épidémie a éprouvé la résilience du système de santé qui n'a pas été en mesure de garantir à la population guinéenne une préparation et une réponse efficace contre le risque épidémique.

Bien que nous ne soyons pas encore en capacité d'évaluer l'impact de cette épidémie sur l'ensemble du système de santé, chaque pilier du système de santé analysé dans l'état des lieux et chaque orientation stratégique prioritaire ont été développés à la lumière de faiblesses que cette épidémie a pu mettre en évidence.



Plutôt que de surseoir à l'élaboration de cette nouvelle politique nationale en attendant la fin de l'épidémie qui mobilise tous les moyens de l'état, le gouvernement a souhaité développer au plus vite la nouvelle politique afin de pouvoir initier dès que possible les réformes nécessaires.

L'ensemble du processus d'analyse de situation a bénéficié du soutien et de la participation des PTF, des partenaires sectoriels et de la société civile, et a été couronné par l'organisation des Etats Généraux de la Santé (EGS) pour permettre à l'ensemble des parties prenantes de la santé en Guinée de se rencontrer dans le cadre d'un large forum de discussion et de réflexion sur les problèmes majeurs de santé et du système en vue de dégager une vision et des priorités d'action.

A l'issue des EGS, des recommandations consensuelles ont été retenues pour orienter la formulation des nouvelles stratégies du secteur de la santé.

L'ensemble de ce processus soutenu par un dialogue politique permanent a abouti à l'élaboration du rapport de synthèse de l'analyse de situation du secteur de la santé.

Ce rapport, qui présente sans complaisance les principaux problèmes et les défis que le secteur doit affronter dans les années à venir, a servi de base à l'élaboration d'un état des lieux du secteur de la santé qui constitue la première partie du présent document de Politique Nationale de Santé.

A partir des enjeux et défis majeurs du secteur pour l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne et pour le renforcement du système de santé, une vision a été déclinée, ainsi que les orientations stratégiques de cette nouvelle Politique.

La mise en œuvre de cette vision et de ces stratégies est sous tendue par des principes et des valeurs énoncés dans ce document.

Pour atteindre les objectifs fixés, des réformes profondes sont nécessaires, notamment sur le plan juridique, institutionnel, et du financement de la santé.

Le cadre de mise en œuvre et les mécanismes de suivi évaluation de cette politique ont été définis et complètent le présent document.

CHAPITRE I. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 CONTEXTE

1.1.1 Contexte Général

La Guinée évolue dans un contexte mondial de crise économique avec une situation sanitaire mondiale caractérisée par une tendance de double charge des maladies transmissibles et non transmissibles avec émergence de certaines situations d'urgences et catastrophes comme les épidémies à virus (Ebola, SRAS).

Cette situation a engendré une multitude d'initiatives mondiales telles que l'IHP+, GAVI, et le Fonds Mondial. Ces initiatives viennent en complément aux efforts de mise en œuvre des Déclarations d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (1978), de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2007).

Sur le plan régional, l'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) a été mise en place en 2006 pour une meilleure coordination de l'appui aux pays en matière de santé

La majorité des pays ont développé des stratégies de croissance accélérée et de développement durable.

En dépit de ces efforts, on assiste à une recrudescence de maladies transmissibles et une réémergence de maladies à potentiel épidémique telles que la Fièvre Hémorragique à virus Ebola dans certains pays de l'Afrique centrale (RDC) et d'Afrique de l'ouest (Guinée, Libéria, Sierra Léone, Nigéria, Sénégal, et Mali).

1.1.2 Contexte National

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

Le recensement général de la population et de l'habitat de décembre 1996 a révélé que la population guinéenne se chiffrait à 7.156.402 habitants. Sur la base d'un taux d'accroissement démographique de 3,1%, la population guinéenne se situerait en 2012 à environ 11.658.130 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (52%). Plus de 44% des individus sont âgés de moins de 15 ans et 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes. Le taux brut de natalité de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans¹

La Guinée a connu des migrations importantes avec 600000 réfugiés en Sierra Leone et au Libéria suite aux conflits sociopolitiques des années 1990, ainsi qu'en Côte d'Ivoire au début des années 2000.

Sur le plan de la santé, la Guinée a souscrit à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé

¹ PNUD, RMDH 2010.



primaires (SSP) en 1978. La mise en œuvre de cette stratégie a permis de relancer les centres de santé par la mise en place d'un paquet de soins essentiels orienté vers la mère, l'enfant, les affections courantes et la fourniture de médicaments essentiels. Cette approche a été couplée à une réforme du financement de la santé basée sur la contribution des usagers (Initiative de Bamako en 1987). La mise en place de la politique des SSP a été complétée par la réforme hospitalière en 1991. Pour maintenir les acquis de ces stratégies, le Gouvernement s'est engagé dans la formulation et la mise en œuvre des documents stratégiques de programmation sectorielle.

C'est dans ce cadre que le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré pour la période 2003-2012.

Pour atteindre les objectifs de ce PNDS, le Gouvernement a bénéficié de l'appui des donateurs à travers GAVI et le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose et de projets de développement financés par les institutions internationales et les coopération multi et bilatérales. Récemment, dans le souci d'harmoniser ces appuis et de rendre l'aide plus efficace, la Guinée a adhéré à IHP+ en 2012.

1.2 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION GUINEENNE

En 2012, le taux brut de mortalité est de 10,19‰ et le taux brut de natalité de 34‰, soit un taux d'accroissement naturel de 2,38% avec un indice synthétique de fécondité de 5,1².

1.2.1 Les OMD

Des moyens considérables ont été consentis pour accélérer l'atteinte des OMD 4, 5 et 6, iceberg visible de l'impact du système national de santé et pourtant, des efforts encore importants restent à fournir.

La mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour 100000 naissances vivantes entre 2005 et 2012.³ La mortalité infanto juvénile a baissé de 163‰ à 123‰ entre 2005 et 2012⁴. La mortalité infantile a baissé de 91‰ en 2005 à 67‰ en 2012. Cependant, la mortalité maternelle et infanto juvénile restent encore élevées.

Les causes directes de cette mortalité élevée sont la mortalité, la morbidité et l'incapacité spécifiques liées aux maladies transmissibles, la double charge des maladies non transmissibles et les affections liées au cycle de vie. Les causes sous-jacentes sont liées à la faible performance du système national de santé. Les causes profondes sont des effets des déterminants de la santé.

1.2.2 Profil épidémiologique

Les tendances sanitaires sont dominées par l'évolution de la mortalité, la morbidité et l'incapacité spécifiques liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination, les maladies tropicales négligées et les autres maladies transmissibles ; et les maladies non transmissibles dont les facteurs de risques sont auto infligés et prennent de plus en plus d'importance (sédentarité, tabagisme, alcoolisme, mauvaises habitudes alimentaires...).

²EDS III 2005 & EDS IV 2012

³EDS III 2005 & EDS IV 2012

⁴EDS III 2005 & EDS IV 2012

1.2.2.1 Mortalité, morbidité et incapacité liées aux maladies transmissibles

La Guinée, avec l'appui de la communauté internationale, a consenti des efforts importants pour diminuer la charge de morbidité du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose. Cependant, les cibles fixées à l'horizon 2015 ne sont pas encore atteintes (OMD 6).

La situation de ces maladies se présente comme suit :

- La prévalence du paludisme (44%⁵), reste encore élevée. En termes de morbidité, 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques sont dues au paludisme. 36% des causes de décès hospitaliers sont dus au paludisme grave. Le paludisme à ce jour par son ampleur et sa gravité est donc la première cause de morbidité et de mortalité dans les formations sanitaires et au niveau du pays.
- La Prévalence du VIH/SIDA est de 1,7% en 2012⁶. En 2011, Le VIH/SIDA représente 9% des consultations. Le VIH/SIDA reste et demeure un problème de santé avec un impact important sur tous les secteurs de développement du pays.
- La prévalence de la Tuberculose de 178 TPM+ pour 100000 habitants reste encore élevée avec sa double charge de co-infection avec le VIH/SIDA.
- L'incidence élevée de certaines maladies à potentiel épidémique comme le choléra (X% en 2013), avec l'émergence de la fièvre hémorragique à virus Ebola mettent en évidence la faiblesse du système de santé.

La flambée d'Ebola a commencé en Guinée en décembre 2013 et l'épidémie a été déclarée officiellement par le Gouvernement en mars 2014. Au 12 novembre 2014, 1 928 cas de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) ont été notifiés avec 1 174 décès soit 60,9%. Le personnel de santé, avec un effectif de 9 674 depuis 2012, a subi de lourdes pertes en vies humaines avec 93 cas et 43 décès (46,24%) au 12 novembre 2014. Le niveau communautaire a été le plus touché. Cinq régions sanitaires sur huit sont touchées avec 30 districts sanitaires atteints sur un total de 38.

Au début du mois de novembre 2014, huit pays ont été touchés par la FHVE : la Guinée, la Sierra Leone, le Liberia, le Nigeria, le Sénégal, le Mali, les Etats-Unis et l'Espagne.

Les effets de l'épidémie à Virus Ebola dans le pays ont révélé des dysfonctionnements du système d'alerte épidémiologique. En effet, le système d'alerte et le système de surveillance épidémiologique ne sont pas encore automatisés. Le réflexe épidémiologique du personnel de santé reste faible.

Cette épidémie a eu des conséquences sur le système de santé. De décembre 2013 à octobre 2014, certaines formations sanitaires ne sont plus opérationnelles à cause de la désertion et des décès du personnel de santé. La disponibilité en kits d'équipements essentiels et en kits de médicaments essentiels et vaccins a été réduite dans les établissements de soins. L'utilisation des services de santé de 2013 a été réduite à moins de 50% en 2014 pour les consultations et les hospitalisations. Les accouchements ont été réduits d'environ 20% de 2013 à 2014. La vaccination DPT3 a été réduite de 30% en août 2013 à août 2014.

En termes d'activités, le niveau des principaux indicateurs de résultats a baissé dans les

⁵EDS 2012

⁶EDS 2012



centres de santé et hôpitaux publics comme le montre le tableau suivant :

Indicateurs	Période		%
	Janvier - Août 2013	Janvier - Août 2014	
Consultations	2 939 800	1 2 24 689	42
Césarienne	11 060	9345	84
Accouchements	44 800	39 657	89
Hospitalisations	71 052	32 879	46
Vaccination des enfants	224 000	157 432	70

Les baisses les plus importantes sont constatées dans les préfectures affectées : Conakry, Boffa, Gueckédou, Macenta, N'Zérékoré, Yomou et Siguiri, ce qui correspond à une population cible de près de 4 000 000 d'habitants.

Sur plan financier, le niveau de financement des structures de soins a chuté comme le montre le tableau ci-dessous :

Indicateurs	Période		%
	2013	2014	
Recettes internes GNF (Francs Guinéens)	7 200 000 000	2 600 000 000	36
Subventions de l'État	20 000 000 000	0	0

La mise en œuvre des programmes de lutte contre la maladie sont au ralenti: extension des sites PTME, distribution des ARV et des moustiquaires imprégnées.

La faible performance du système de santé s'est accentuée :

- Faible réactivité du système de santé face à la maladie en général et aux épidémies en particulier ;
- Faible disponibilité des produits de santé et des équipements de base pour la mise en œuvre des paquets de services essentiels au niveau des structures des districts sanitaires ;
- Faiblesse de l'offre, de l'utilisation et de la qualité des prestations dans les structures de soins ;
- Faible capacité du personnel en matière de prestation de services de santé intégrés et centrés sur la personne;
- Faible mobilisation des ressources financières pour les prestations de services essentiels de santé.

Face à cette situation d'urgence sanitaire, des organes nationaux de coordination de la riposte contre l'épidémie ont été mis en place et sont fonctionnels au niveau central et décentralisé. Un plan d'urgence de préparation et de réponse a été élaboré et est en cours de mise en œuvre. Un plan de relance du système de santé vient d'être élaboré pour l'année 2015.

Les maladies évitables par la vaccination comme la rougeole ou le tétanos néonatal continuent à sévir malgré les efforts du Gouvernement et de la Communauté internationale notamment GAVI pour l'appui au Programme élargi de vaccination.

De 2000 à 2013, 3 épidémies de rougeole ont été enregistrées en 2002, 2009 et 2013.

En 2011, les Infections Respiratoires Aigües représentent 21,32% des consultations et 6,60% des hospitalisations.



La persistance de ces maladies aggrave la paupérisation de la population guinéenne en occasionnant des dépenses catastrophiques et un ralentissement du développement économique du pays.

Les maladies tropicales négligées et d'autres maladies transmissibles ne sont pas suffisamment prises en charge et méritent une attention particulière.

1.2.2.2 Mortalité, morbidité et incapacité liées aux maladies non transmissibles

En 2011, le diabète sucré représente 7% des décès hospitaliers et l'hypertension artérielle 7%⁷

En 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (14%) sous une forme sévère. Les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment que ceux du milieu urbain un retard de croissance (36% contre 18%).

1.2.2.3 Mortalité, morbidité et incapacité liées aux affections du cycle de vie

La mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile est consécutive à une fréquence élevée des maladies et affections telles que les complications liées à la grossesse, les maladies néonatales, les maladies de l'enfance, les maladies de l'adolescence, les maladies des personnes âgées, la prévalence du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 20 à 64 ans.

1.3 ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA SANTE

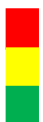
La faible couverture en eau potable en milieu rural à 65% contre 75% sur le plan national, en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural), en habitats décentes ; ainsi que les défauts d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'air et des eaux souterraines et des terres par les déchets biomédicaux, des usines industrielles et des moyens de transports vétustes sont à la base des principaux facteurs de risque déterminant de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles. Le faible niveau d'instruction (33% de femmes et 60% d'hommes), l'analphabétisme (24% des femmes et 54% d'hommes) et le faible niveau de revenu et tabous culturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations. Le changement climatique, la forte pression démographique et la promiscuité sont en faveur des maladies transmissibles et des épidémies transfrontalières favorisées par la migration et le déplacement des populations. Sur le plan genre, la parité du personnel de santé est de 49 hommes pour 51 femmes.

Le tabagisme est aussi fréquent. Dans les établissements scolaires, 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs⁸.

La toxicomanie et l'alcoolisme sont à la base de certaines maladies mentales chez des adolescents et des jeunes.

⁷ Source : MSHP. Annuaire statistique 2011

⁸ Enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (avril 2001), Guinée



1.4 PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTE

1.4.1 Gouvernance du Système de Santé et Leadership du Ministère de la Santé

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le Décret n°D/2012/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé.

Cette structure comprend 3 niveaux : central, intermédiaire (régional) et périphérique (préfectoral), auxquels vient s'ajouter le niveau communautaire.

- **Le niveau central** est chargé des fonctions de la régulation du secteur, de l'orientation des actions, de la coordination, de l'allocation des ressources. Il est composé d'un Cabinet, d'un Secrétariat Général, de cinq Directions Nationales, et de six Services d'Appui. Il existe aussi des Etablissements autonomes et une entreprise à caractère industriel et commercial sous tutelle du MS, la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG).

Au niveau décentralisé et déconcentré, le fonctionnement actuel est caractérisé par l'orientation du système de santé vers les collectivités dans le cadre du processus de décentralisation.

- **Le niveau régional** est composé d'une Direction Régionale de la Santé qui comporte quatre sections : une section Prévention et lutte contre la maladie, une inspection régionale de la pharmacie et des laboratoires, une section administrative et financière et une section hygiène. A ce niveau existe aussi une antenne de la PCG.
- **Le niveau Préfectoral** (District sanitaire) est constitué des Directions Préfectorales de la Santé (DPS), chevilles ouvrières du système, et comprend une section Prévention et lutte contre la maladie, une inspection régionale de la pharmacie et des laboratoires, une section Planification et Formation, une section administrative et financière et une section hygiène.
- **Le niveau communautaire** est représenté par les Comités de Santé et d'Hygiène. Ils comprennent un président, membre du Conseil communal, un vice-président, un trésorier, un représentant de l'organisation communautaire des femmes et un représentant de la jeunesse, et le Chef du centre de santé, membre de droit.

En matière de partenariat, en plus de l'IHP+, de HHA et du programme de dialogue politique en santé, les principaux partenaires du secteur sont les Agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, UNHCR), les initiatives de coopération multilatérale (Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, GAVI, Fonds MUSKOKA), les coopérations multilatérale (UE, Banque Mondiale, BAD, BID), et les coopérations bilatérales (MAE, AFD, GIZ, USAID y compris initiative Obama, Chine, Japon, Cuba) et les ONG internationales (MSF, Croix Rouge) et nationales (Plan Guinée, ALIMA, AGBF, Fraternité médicale Guinée, AGRETO), les Communautés économiques (UA, OAS/CEDEAO). Un certain nombre d'atouts sont relevés. Il s'agit entre autres de l'existence d'un cadre institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé avec un manuel de procédures qui précise les attributions des différents acteurs ; du contexte de décentralisation qui offre des opportunités pour un renforcement effectif de la participation

communautaire ; d'un arsenal juridique et réglementaire notamment dans le domaine du médicament et des initiatives de collaboration intersectorielle.

Les principales insuffisances relevées sont 1) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines etc.) ; 2) les faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements etc. des structures de régulation, de conception et d'appui technique 3) la faible application des textes juridiques et réglementaires ; 4) le partenariat public privé presque inexistant ; 5) la centralisation excessive des ressources humaines et financières ; 6) la gestion administrative et financière déficiente des ressources disponibles ; 7) la faiblesse du leadership en matière de coordination interne des activités et de coordination externe avec les partenaires du secteur.

La gouvernance du secteur de la santé est une thématique prioritaire qui mérite d'être abordée de manière transversale pour pouvoir mettre en évidence l'ensemble de ses implications dans les différentes fonctions abordées.

1.4.2 Prestations de Soins et de Services de Santé

1.4.2.1 Le système de soins

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Le système national de soins reste faible. Depuis 2012, la couverture en paquet minimum d'activités complet est moins de 1% dont une couverture en SONU de 0,67% au niveau des formations sanitaires de premier contact (niveau primaire) et de 13,4% aux niveaux secondaire et tertiaire des soins. Cette situation est fortement dégradée en 2014. La couverture en CPN4 est de 57% et la couverture en accouchement assisté est de 45% en 2012. La couverture des enfants complètement vaccinés est 37%. La couverture en thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) est de 37%.

La couverture en moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est de 47%⁹ et la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) des enfants de moins de 5 ans est de 1%. Le traitement préventif intermittent (TPI) est de 24%. La couverture DOTS est de 82% en 2012. La couverture en PTME est de 55% et la couverture en ARV de 75% en juin 2014.

¹⁰. La couverture vaccinale a évolué d'août 2013 à août 2014 : BCG de 94 % à 81%, VAR de 97% à 80%, VAT2+ de 89% à 78%, DTP3 de 99% à 74%.

L'évolution de la couverture vaccinale en DTP3 est aussi en baisse entre août 2013 et août 2014:

Estimation	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
OMS-UNICEF	53	57	60	59	57	63	60	57	64	63	63	63	
Données administratives	58	69	69	86	89	93	84	85	90	95	102	103	74*

*30% de baisse en août 2014

⁹ EDS 2012

¹⁰EDS 2012



Le sous-secteur public :

➤ **Au niveau primaire**, la couverture en infrastructures se présente comme suit :

- Au niveau de la zone spéciale de Conakry, 1 Centre de Santé pour 99 000 habitants contre une norme nationale de 1 centre de santé pour 25 000 habitants, ce qui indique que le taux d'accessibilité aux structures publiques reste faible.

En intégrant les structures privées associatives tenues par les ONG et les structures confessionnelles, le ratio passe à 1 Centre de Santé pour 42 500 habitants.

- Dans les régions de l'intérieur du pays, le ratio de disponibilité est de 1 Centre de Santé pour 26 614 habitants contre une norme de 1 centre de santé pour 15.000 habitants. Seize (16) localités rurales ayant une forte concentration démographique ne disposent pas de Centres de santé Améliorés¹¹.

➤ **Au niveau secondaire et tertiaire**

- Au niveau des hôpitaux, si l'accessibilité est bonne à Conakry en raison du niveau d'urbanisation, elle est faible à l'intérieur du pays avec un ratio d'un hôpital pour 312 857 habitants, alors que le ratio recommandé par l'OMS est d'un établissement pour 125 000 habitants.

Concernant la capacité hospitalière, elle reste encore très faible (1 lit d'hôpital pour 4 657 habitants en moyenne alors que le ratio recommandé par l'OMS est de 1 lit pour 2 500 hts).

On note une disparité régionale très importante, allant de 5 233 hts/lit à Mamou à 3 142 hts/lit à Faranah.

Le sous-secteur parapublic :

Il est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles.

Le sous-secteur privé :

Il est constitué du sous-secteur privé formel à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses) et du sous-secteur privé informel.

Le sous-secteur communautaire :

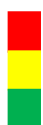
Il est constitué de centres de santé, de postes de santé et de services à base communautaire (SBC) en stratégies fixes, avancées et mobiles.

1.4.2.2 Paquets de Services essentiels de santé

Dans les Centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV, à la PCIMNE, à la Nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB sont insuffisantes, voire inexistantes par endroits.

Le niveau de couverture du paquet minimum d'activités (PMA) est très faible. Une évaluation rapide de l'opérationnalité des districts est actuellement en cours. L'enquête sur la

¹¹Annuaire des statistiques sanitaires, MS/BSO, 2011.



disponibilité des services et la capacité opérationnelle des districts est programmée pour 2015 (enquête SARA). Les résultats de l'enquête SONU réalisée en 2012 montrent qu'aucun centre de santé ne dispose du paquet de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) dans le pays.

Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux est uniforme pour tout le pays. Il couvre les spécialités de base que sont : la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et les services médico-techniques.

Au niveau des hôpitaux, le ratio formation sanitaire SONU/population est de 0,67/500 000 habitants et le taux de couverture national en formations sanitaires SONU est de 13,4%.

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux.

Les hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen et Kipé) offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités¹². L'observation des activités de ces hôpitaux montre que les services qui sont en doublon sont les urgences médicales, la neurologie, la réanimation, la cardiologie, la traumatologie, la chirurgie viscérale, la neurochirurgie, le laboratoire, la maternité, la pédiatrie, l'imagerie médicale et l'anatomopathologie.

1.4.2.3 Qualité des Soins et sécurité des patients

1.4.2.3.1 Soins centrés sur la personne

L'analyse de la prise en charge des patients montre qu'actuellement, l'accent est mis sur le curatif, le préventif et le promotionnel. Les dimensions psychologiques et sociales ne sont pas réalisées avec efficacité.

1.4.2.3.2 Soins intégrés

Dans la logique de l'intégration, actuellement, le paquet de prestations est en train d'être élargi. A ce jour, les services de CPC, CPN, PF, PEV, Accouchements et Soins sont intégrés. Par ailleurs les activités de PCIMNE, de PTME/CDV, des MNT, MTN, Laboratoire, d'eau et d'assainissement sont en cours d'intégration. Cet élargissement du paquet demande un renforcement des effectifs sur les plans quantitatifs et qualitatifs.

1.4.2.3.3 Soins continus

Pour des raisons d'efficience, le système de soins est conçu de telle sorte que les prestataires devraient travailler de façon complémentaire, à cause de la graduation des soins. Cette situation oblige à avoir un système de référence des services à base communautaire jusqu'à l'hôpital préfectoral. L'analyse de la continuité des soins montre que le système de référence est globalement respecté, surtout dans le domaine de la santé maternelle. Pour les autres affections qui ne font pas l'objet de gratuité, les malades référés sont souvent confrontés aux problèmes des pratiques parallèles, et de la mauvaise organisation des services d'urgence.

12 Section Équipement de la DNEHS 2011



1.4.2.3.4 Sécurité des patients

Des réflexions sont en cours sur la formulation d'une stratégie de sécurité des patients et de qualité des soins, y compris la sécurité des personnels de santé.

Les principales insuffisances dans les prestations sont (i) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité, (ii) l'inégale répartition entre zones urbaines et zones rurales, (iii) la faible accessibilité aux soins pour la majorité de la population en raison du contexte de pauvreté, du contexte physique, du faible niveau de développement des infrastructures routières et des moyens de communication.

1.4.3 Les Ressources Humaines en Santé

Le système de santé guinéen comptait en fin 2011, au total, 9.674 professionnels de la santé répartis entre le secteur public (88%) et le secteur privé (12%)¹³. En fin 2012, la densité des professionnels de santé est de 85,5 pour 100 000 habitants. La densité des professionnels médecins, infirmiers diplômés d'état et sages-femmes est de 3,59 pour 10 000 habitants.

1.4.3.1 Cadre législatif et réglementaire spécifique

a. Dans le secteur public

La loi L/2011/028/AN du 31 décembre 2008, portant Statut Général des Fonctionnaires, définit et classe les emplois de la fonction publique (A, B, C), les qualifications et fonctions correspondantes (cadre, assistant et exécutant) et les conditions et modalités d'ouverture des postes et d'accès aux emplois¹⁴.

En 2008, le décret d'application portant statut particulier du personnel de la santé a été pris, lui-même nécessitant des textes d'application.

Les arrêtés d'application prévus par ledit décret ont été pris au cours de l'année 2012 et la mise œuvre a commencé en 2014.

a. Dans le secteur privé

Des Ordonnances fixent le régime général de travail de même que le régime spécifique propre à certains métiers comme les travailleurs en mer et les apprentis^{15,16}. Contrairement au régime général des fonctionnaires, le code du travail est très libéral. Cependant, il encadre les conditions de contractualisation entre employé et employeur et assure une protection sociale, d'hygiène et de sécurité du travailleur.

1.4.3.2 Organisation et Gestion des Ressources Humaines en Santé

En Guinée, les actions de production et de gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) sont assurées par :

¹³Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

¹⁴Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des fonctionnaires

¹⁵Ordonnance N° 003/PRG/SGG/88 du 28 janvier 1988, portant institution du code du travail

¹⁶Ordonnance N° 91/002/PRG/SGG du 8 janvier 1991

- ✓ le Ministère de la Santé, responsable de la planification des besoins du secteur, de la formation continue et de la gestion courante ;
- ✓ les Ministères en charge de l'Enseignement Technique et Professionnel et de l'Enseignement Supérieur assurent la formation initiale, contribuent à la formation continue et procède à la reconnaissance des diplômes ;
- ✓ le Ministère en charge de la Fonction Publique recrute et assure la gestion des emplois et carrières ;
- ✓ les Ministères en charge du Budget, de l'Economie et des Finances qui gèrent les rémunérations des fonctionnaires en collaboration avec la Fonction publique et assurent leur paiement.

1.4.3.3 Effectif et répartition du personnel de santé

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529 travailleurs, dont 84% de professionnels et 16% de non professionnels.¹⁷ De cet effectif, 33% sont dans les structures de soins publiques du niveau primaire (Postes de santé, centres de santé, centres de santé améliorés), 23% et 19% respectivement dans les structures de soins secondaires (centres médicaux de commune ou CMC, hôpitaux préfectoraux et régionaux) et de soins tertiaires (hôpitaux nationaux) publics.

Les infirmiers brevetés (47%), les infirmiers diplômés d'Etat (16%), les sages-femmes (6%), les techniciens de laboratoire (2%) et les médecins (14%) représentent, ensemble, 85% du total.

Ces effectifs correspondent à 0,855 professionnel de la santé pour 1000 habitants et, si l'on ne prend en compte que les médecins, les infirmiers diplômés d'Etat et les sages-femmes, conformément aux orientations de l'OMS, ce ratio tombe à 0,359 pour 1000 habitants.

Sur le plan géographique, 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population (tableau 3.8). La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé. Ensuite suivent les régions de Kindia et de Nzérékoré avec 10% chacune, Kankan (8%), Faranah et Labé (7% chacune), Boké (6%) et, enfin, Mamou (4%)¹⁸.

1.4.3.4 Synthèse des problèmes liés aux RHS

De manière générale les ressources humaines dans le secteur de la santé restent caractérisées par (i) une insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif minimum défini par niveau dans le document du PNDS et dans la carte sanitaire. Cette insuffisance est marquée surtout pour certaines catégories dont la présence contribuerait grandement à la qualification des soins ; (ii) mauvaise répartition du personnel (50% des effectifs globaux se trouvent à Conakry qui ne représente qu'environ 15% de la population) ; et (iii) l'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé.

¹⁷ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

¹⁸ Ministère de la Santé et de l'Hygiène, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, rapport final, 2012

L'analyse de situation réalisée en 2012 révèle quela situation des ressources humaines s'est dégradée sur la période de 2000 à 2012.

Les préoccupations soulevées par cette analyse de situation, sont essentiellement en relation avec des problèmes de gouvernance.

La mal-gouvernance des RHS est fondamentalement due aux causes suivantes :

- ❖ la faiblesse de l'organe de gestion des RHS au sein du MS ;
- ❖ l'absence des principaux instruments du développement des RHS :
 - ✓ Politique de développement des RHS,
 - ✓ Plan stratégiques de développement des RHS
 - ✓ Plans de formation initiale et continue,
 - ✓ Plan de redéploiement du personnel,
 - ✓ Plans de carrière,
- ❖ la faiblesse des mécanismes de dialogue et de coordination/intégration avec les partenaires sectoriels et internationaux (système éducatif, Finances, ..) ;
- ❖ la faiblesse des mécanismes de régulation des RHS (défaut de dispositif de motivation fidélisation des agents dans les zones difficiles), etc.

Les conséquences de ces déficits institutionnels et fonctionnels sont les suivantes:

- ❖ l'absence sur le marché de l'emploi de personnels de santé essentiels (sage-femme, TL),
- ❖ la pénurie généralisée de personnels qualifiés dans les zones défavorisées notamment celles rurales,
- ❖ le manque d'équité dans la couverture géographique en interventions essentielles de santé au détriment les zones rurales et de pauvreté.

1.4.4 Produits et Technologies de Santé

Les produits de santé sont régis par trois documents essentiels : la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN), la Politique de Biologie Médicale et la Politique de Transfusion Sanguine.

1.4.4.1 Médicaments et dispositifs médicaux

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN).

Cette politique pharmaceutique nationale élaborée en 1994 et révisée en 2007 vise à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'assurance qualité et l'usage rationnel du médicament.

Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (Décret n° 061/PRG/SGG du 02 mars 2011) et aux niveaux intermédiaires et périphériques par l'Inspection Régionale de la Pharmacie et la Section Pharmacie et Laboratoires des DPS.

Les autres organes et institutions d'appui sont : le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments, créé par Décret N°D/061/PRG/SGG du 02 mars 2011, l'Ordre National des Pharmaciens composé d'un Conseil National et deux sections (publique et privée) créé en octobre 1990 par ordonnance et appliqué par Décret N°D94/043/PRG/SGG et la Commission Nationale du Médicament, créée par décret N°D94/043/PRG/SGG sous la tutelle du Ministère en charge de la Santé et un corps de Pharmaciens - Inspecteurs.

Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base.

Le sous-secteur privé pharmaceutique est constitué par une (1) unité de production de ME génériques, deux (02) unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

Le sous-secteur informel

A côté des structures officielles d'approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illicite de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes.

Les sources d'approvisionnement de ce marché illicite sont très diverses : l'importation clandestine, le détournement des commandes des structures de soins publiques, des échantillons médicaux «gratuits» et des dons de médicaments.

La probabilité de rencontrer des médicaments de mauvaise qualité est très élevée à cause du développement exponentiel du marché illicite. La faible capacité de la PCG à assurer l'approvisionnement correct des structures de santé en produits essentiels de qualité¹⁹ et l'absence de contrôle de qualité favorisent la contrebande.

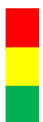
Il convient de signaler également la mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10 000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l'intérieur du pays).

Par ailleurs, l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola ayant entraîné la baisse de l'utilisation des services par les usagers et la baisse du recouvrement des coûts, les structures sanitaires n'arrivent plus à assurer un approvisionnement suffisant en produits de santé, ce qui est un facteur d'aggravation des problèmes de disponibilité cités plus haut.

On constate de plus des insuffisances dans l'approvisionnement en matériel de protection individuelle dans le contexte de l'épidémie, en particulier dans les formations sanitaires périphériques, ce qui augmente les risques d'infection du personnel qui paie un lourd tribut à la maladie (89 cas d'infection par le virus Ebola dont 43 décès à la date du 25 octobre 2014).

L'épidémie actuelle de FHVE met aussi en évidence la faible capacité du laboratoire national de référence pour le diagnostic des maladies à potentiel épidémique et la faible opérationnalité des laboratoires des échelons inférieurs pour le diagnostic et la prise en charge de ces maladies

¹⁹ Rapport d'évaluation du PNDS



1.4.4.2 Vaccins

L'approvisionnement en vaccins du PEV relève du gouvernement Guinéen appuyé par les partenaires à travers, entre autres, l'accord sur l'initiative d'indépendance vaccinale.

La périodicité des approvisionnements en vaccins est la suivante :

Chambre froide centrale (PEV)	: 1 fois par semestre
Chambre froide Régionale [DRS]	: 1 fois par trimestre
Chambre froide Préfectorale [DPS]	: 1 fois par trimestre
Chambre froide Centre de santé (CS)	: 1 fois par mois.

La chaîne de froid centrale comprend quatre chambres froides positives avec une capacité de stockage globale de 110 m³ et une chambre froide négative de 30m³.

Il existe, au niveau intermédiaire, dans chaque DRS, un congélateur solaire de 220 litres ; au niveau préfectoral dans chaque DPS, un congélateur solaire de 60 litres et au niveau des centres de santé, des réfrigérateurs solaires de 50 litres et des réfrigérateurs à pétrole.

1.4.4.3 Sang et dérivés du sang

Au plan opérationnel, on note une faible couverture en CRTS (seulement 5 hôpitaux régionaux sur 8 disposent de Centres de transfusion sanguine) et leur faible fonctionnement. Le don familial de sang est le plus répandu à cause de l'insuffisance de la promotion du don volontaire, cela par manque de moyens (financiers, matériels etc.). La faiblesse du soutien des programmes de santé intéressés par la transfusion sanguine (VIH/SIDA, Programmes de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, etc.) et l'insuffisance de ressources énergétiques limitent les possibilités de conservation du sang et des réactifs. Il manque également des procédures formalisées de contrôle de qualité des produits sanguins et d'hémovigilance.

1.4.4.4 Infrastructures et Equipements

En 2013, sur les **1 379** Infrastructures publiques existantes, 259 postes de santé ne répondent pas aux normes de la carte sanitaire, soit 28%, 203 Centres de santé sont en mauvais état soit près de 50% et 23 hôpitaux sont classés comme non conformes aux normes, soit 53%.

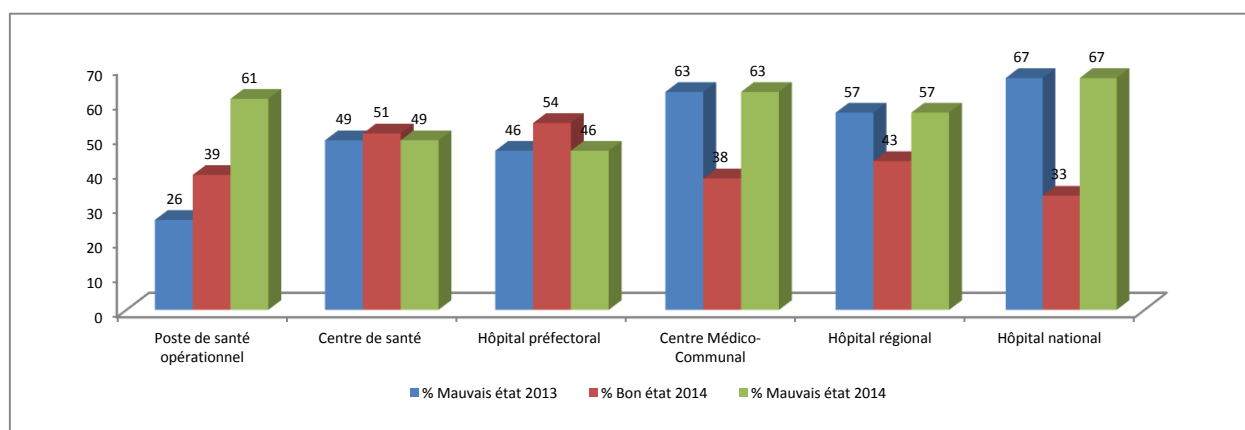
Entre 2011 et 2014, Certains établissements de soins publics sont devenus obsolètes.

En fin 2014 la situation de l'évaluation des infrastructures se présente comme suit :

Secteur public :

Catégories	Effectifs en 2014	Bon état 2014	%	Mauvais état 2013	%	Mauvais état 2014	%
Poste de santé opérationnel	986	387	39	258	26	599	61
Centre de santé	411	211	51	201	49	200	49
Hôpital préfectoral	26	14	54	12	46	12	46
Centre Médico-Communal	8	3	38	5	63	5	63
Hôpital régional	7	3	43	4	57	4	57
Hôpital national	3	1	33	2	67	2	67
Total	1 441	619	43	482	33	822	57

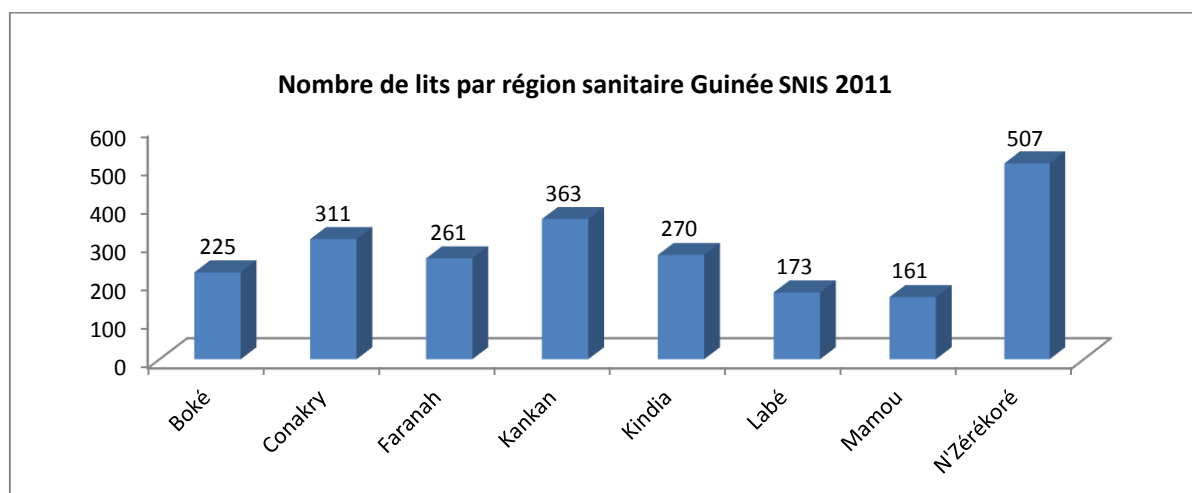
Evolution de l'état des infrastructures Août 2013 et Août 2014



La couverture en établissements de soins est de 0,38 centres de santé pour 10 000 habitants et 0,03 hôpitaux pour 10 000 habitants.

En 2014, 57% des infrastructures de soins sont en mauvais état contre 33% en 2013 dans le secteur public. La dégradation est plus marquée au niveau des infrastructures de soins de premier contact.

Le nombre total de lits en fin 2011 était de 2271, avec 22% à Nzérékoré, 16% à Kankan, 14% à Conakry et seulement à 7% à Mamou. La couverture en lits d'hôpital est de 2,27 pour 10 000 habitants.



Secteur privé :

Type de structure	Conakry	Intérieur	Total
Clinique	30	11	41
Cabinet Médical	86	20	106
Cabinet de soins infirmiers	35	117	152
Cabinet dentaire	16	1	17
Cabinet de sage-femme	9	7	16
Autres structures	10	2	12
Total	186	158	344



Sur les 1 379 infrastructures publiques existantes, 259 postes de santé ne répondent pas aux normes de la carte sanitaire, soit 28%, 203 Centres de santé sont en mauvais état soit près de 50% et 23 hôpitaux sont classés comme non conformes aux normes, soit 53%.

Dans le secteur privé, 72% des infrastructures se caractérisent par (1) une inadéquation des locaux par rapport aux standards nationaux (2) une illumination insuffisante et (3) un système de ventilation qui favorise les risques en milieu de soins.

En matière d'équipements, au niveau des centres de santé publics, selon la liste standard définie par le Ministère de la Santé par niveau de prestations, sur les 407 centres de santé, le taux de conformité des équipements est seulement de 34% avec des variations très importantes entre les structures et les types de moyens.

Au niveau des hôpitaux publics, le taux d'indisponibilité des équipements biomédicaux essentiels définis dans la carte sanitaire est très élevé avec une moyenne de 70%.

1.4.4.5 Laboratoires de biologie médicale

Ce réseau de laboratoires se présente comme suit :

- Les laboratoires qui interviennent dans le cadre de la biologie médicale sont organisés de façon pyramidale et sont le plus souvent intégrés dans les structures de soins qu'ils appuient.
- Les Laboratoires d'analyses biomédicales des structures Publiques de Soins : Centres de Santé, Centres Médicaux communaux, Hôpitaux Préfectoraux, Hôpitaux Régionaux et Hôpitaux Nationaux.
- Les Laboratoires d'analyses biomédicales des autres structures spécialisées : Centre National de transfusion sanguine, Institut National de la santé de l'enfant (INSE), Laboratoire de Référence des Mycobactéries, les Institutions de référence, Projet fièvres hémorragiques de Guinée, Institut Pasteur de Guinée.
- Les Laboratoires d'analyse biomédicale des établissements de Formation et de Recherche : le Laboratoire de Référence de l'INSP, Laboratoire d'analyses biomédicales de la faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie.

Les Laboratoires d'analyse biomédicale privés : 08 Laboratoires privés à Conakry et 5 Laboratoires des hôpitaux des compagnies minières.

Un réseau national de laboratoires a été mis en place dans le domaine des épidémies de paludisme, de choléra et de méningite (REGUILAB).

En ce qui concerne les équipements de radio imagerie et autres technologies d'exploration fonctionnelle, le réseau demeure faible.

Principaux problèmes du sous-secteur pharmaceutique :

- Le dysfonctionnement de l'offre pharmaceutique et du contrôle de qualité, d'une part, et la faible solvabilité de la demande (pauvreté, absence de mécanismes de solidarité), le prix de vente élevé des produits, et le taux insuffisant (27%) d'exonération des droits de douanes et taxes à l'importation des dispositifs médicaux réduisent considérablement l'accessibilité du public à des médicaments de qualité.



- Les autres insuffisances observées sont (i) plusieurs décrets et arrêtés d'application de la PPN ne sont pas signés ; (ii) l'Inspection Générale de la santé est démunie de moyens opérationnels ; (iii) les pratiques illicites sont récurrentes dans le domaine des approvisionnements ; (iv) les insuffisances de la PCG sur le plan administratif, logistique et financier et le non-respect des termes de la Convention qui la lie à l'Etat ne lui permettent pas d'être compétitive.

Les priorités d'intervention concernent le cadre règlementaire, l'accessibilité financière, la qualité des produits de santé et leur disponibilité dans les formations sanitaires.

1.4.5 Financement de la Santé

En Guinée, les Comptes Nationaux de la Santé 2010 (CNS) indiquent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivi du Reste du monde, avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales est la troisième source de financement de la santé avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées. Les dépenses de santé par habitant et par an sont de USD 26.

Le budget du Ministère de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé ces quatre dernières années : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012 et 1,75% en 2013.

Dans un passé récent, l'alternative de financement de la santé, eu égard à la faible contribution de l'Etat et l'absence quasi-totale de mécanismes assurantiels, a été celle de la promotion du recouvrement des coûts avec l'implication des communautés et des collectivités décentralisées qui ont bénéficié de renforcement de capacité en gestion. Cela offre en principe des opportunités d'autofinancement des structures de soins pour certaines charges de fonctionnement.

Cependant, le financement reste caractérisé essentiellement par : (i) la faible contribution des ressources publiques dans les dépenses totales de santé ; et (ii) l'inefficience des dépenses de santé par une tarification non maîtrisée des prestations et des produits de santé qui sont les dépenses essentielles de santé des ménages.

Contrairement aux dispositions du Décret relatif aux principes généraux du règlement de la comptabilité publique, le personnel technique de la Division des Affaires Financières est nommé sans concertation avec le MS.

La chaîne de mobilisation des ressources jusqu'à leur utilisation souffre du poids d'un certain nombre de facteurs limitant et de problèmes de gouvernance dont les principaux sont :

- la multiplicité et la complexité des procédures;
- l'absence d'un cadre des dépenses à moyen terme;
- le mode de budgétisation du MEF axé sur les moyens et non sur les objectifs;
- l'insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources;
- la lourdeur administrative ;



- le taux élevé de corruption (CPI20 2012: 24%, 154^{ème} sur 174 pays);
- l'insuffisance de mesures d'accompagnement pour la gratuité de certaines prestations, entraînant des difficultés de gestion pour les formations sanitaires.
- Faiblesse du financement du secteur de la santé par le budget national de développement qui a diminué en pourcentage ces quatre dernières années : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012 et 1,75% en 2013

Outre ces faiblesses, il existe une insuffisance des capacités institutionnelles dans la mobilisation et la gestion des ressources. Les difficultés de coordination et d'intégration des financements extérieurs limitent l'efficacité des interventions des PTF sur le terrain.

Les efforts de financement public manquent de sélectivité. Selon une étude récente, près de 70% des CS manquent de ressources pour délivrer de façon adéquate les paquets de prestations. Or à ce jour il n'existe pas de ligne budgétaire alimentée pour combler ce gap.

1.4.6 Système National d'Information Sanitaire (Snis) et Recherche en Santé

1.4.6.1 Le SNIS

Le système national d'information sanitaire (SNIS) constitue un outil précieux de la gouvernance car il renseigne les indicateurs de l'état de santé des populations et de ses déterminants et l'utilisation des ressources au cours d'une période donnée. Cependant, le Ministère de la santé a du mal à mettre en place un système d'information intégré et harmonisé répondant aux besoins d'information des acteurs.

Aussi, le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique, des urgences et des catastrophes reste encore faible. Cette situation se vérifie à travers l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) que traverse actuellement le pays et d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Les principaux problèmes relevés au cours de l'analyse de situation du SNIS sont les suivants :

- Insuffisance qualitative des ressources humaines à tous les niveaux ;
- Insuffisance d'utilisation des NTIC pour l'exploitation et l'archivage des données
- Insuffisance de la logistique roulante à tous les niveaux ;
- Absence d'analyse de l'information statistique à tous les niveaux pour la prise de décision ;
- Absence de motivation financière et administrative des agents de la collecte ;
- Absence d'intégration des sous-systèmes (y compris celui du médicament) au SNIS ;
- Surcharge d'indicateurs par manque de coordination des intervenants externes du système de santé ;
- Absence d'intégration des données du secteur privé, des armées, de la santé scolaire, de la médecine du travail, de la médecine traditionnelle et de l'état civil ;
- Insuffisance des données sur la gestion administrative, financière et logistique des médicaments et dispositifs médicaux au niveau des structures

20 Corruption perceptions index, Transparency International, 2012



- Absence de tableaux de bord de suivi des indicateurs et des performances à tous les niveaux ;
- Absence de procédures de contrôle de la qualité des données ;
- Absence d'études sur la qualité des données ;
- Absence de feed-back à tous les niveaux du système de santé
- Absence de suivi-évaluation de la planification sectorielle (PNDS, PRDS, revue annuelle...)
- Faible promptitude de la transmission des données.

L'efficacité insuffisante des activités de surveillance épidémiologique dans le pays a entraîné le retard dans le diagnostic et la riposte à l'épidémie de la FHVE avec des conséquences dramatiques sur le plan national et international.

1.4.6.2 La Recherche en Santé

Sur le plan institutionnel, le Ministère de la santé dispose de structures chargées de la coordination et de la gestion des activités de recherche, du code d'éthique de recherche en santé et d'un plan stratégique de recherche en santé.

Il existe au sein du BSD, une section chargée de la recherche qui relève de la Division Information sanitaire et Recherche. La coordination des activités de recherche est assurée au niveau national par le BSD et aux niveaux périphérique et intermédiaire par les DPS et DRS en particulier les chargés de planification, formation et recherche dans ces structures.

Les structures sanitaires sont les lieux de recherche opérationnelle. Il en est de même des communautés (conditions et cadre de vie).

La politique nationale de la recherche en santé (PNRS) a été élaborée en 2002 avec un plan national (plan directeur quinquennal) de développement de la recherche (PNDR) pour la période 2003-2007 grâce à l'appui technique et financier de l'OMS.

La recherche est confrontée à plusieurs problèmes dont les principaux sont :

- les institutions de recherche en santé ne sont pas développées. Il n'existe pas de mécanismes incitateurs au développement de la recherche : ainsi, le système de recherche pour la santé reste confronté à de sérieuses difficultés inhérentes à sa nature surtout dans le contexte actuel, ce, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif ;
- l'insuffisance du partenariat - faible connexion / collaboration entre le MS et les universités ou instituts spécialisés de recherche du pays d'une part, entre les institutions de recherche pour la santé et les agences de financement de la recherche d'autre part ;
- la faible coordination des activités de recherche due à l'insuffisance de moyens de communication et de suivi y compris par le Comité d'éthique de la recherche en santé ;
- l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines (sociologues, démographes, épidémiologistes, statisticiens, etc.) ;
- la forte dépendance du financement de la recherche en santé aux apports externes et épisodiques ;
- l'insuffisance de la formation en matière de recherche y compris la rédaction médicale qui s'explique par l'insuffisance de la formation de base en méthodologie de recherche et celle de la formation continue pour constituer la masse critique suffisante ;



- l'insuffisance de la promotion de la recherche, l'utilisation insuffisante des médias et le déficit de communication entre acteurs et l'insuffisance de la diffusion/publication (revue, site web,...) et l'utilisation des résultats de recherche pour l'action. En plus, le répertoire reste limité car bien d'études ou recherches-actions ont été conduites dans le pays aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique sans que des copies ne soient disponibles à la base ou remontées pour enrichir le fonds documentaire du Département de la santé et les œuvres universitaires du pays ;
- la faible sensibilisation des décideurs, chercheurs et communautés sur les questions d'éthique.

1.5 ENJEUX ET DEFIS MAJEURS

✓ **Problèmes d'état de santé**

- La mortalité maternelle et infanto juvénile élevée
- La prévalence élevée des maladies transmissibles notamment le paludisme, la tuberculose, le sida et les maladies tropicales négligées ;
- La survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de fièvre jaune, et récemment de maladie à virus Ebola ;
- L'émergence de maladies non transmissibles comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les traumatismes.

✓ **Problèmes du Système de santé**

- **Mauvaise gouvernance politique** (insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité, absence d'encadrement du prix du médicament).
- **Mauvaise gouvernance organisationnelle** (organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé, capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants, absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé).
- **Mauvaise gestion des RH** (Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ; opacité des procédures de nomination et d'accès aux bourses de formation ; système de recrutement des étudiants dans le système éducatif aveugle par rapport aux besoins du système de santé faute de partenariat intersectoriel efficace ; opacité des procédures de sélection des candidats aux études médicales et paramédicale ; mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins, absence de démarche qualité, absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité, de promotion de l'éthique professionnelle).
- **Faible financement du secteur** (allocations publiques du secteur insuffisantes, absence de mutualisation du risque maladie, multiplicité et la complexité des procédures; absence d'un cadre des dépenses à moyen terme; mode de budgétisation du MEF axé sur les moyens et non sur les objectifs; insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources;

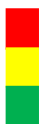
lourdeur administrative ; taux élevé de corruption (CPI21 2012: 24%, 154^{ème} sur 174 pays).

- **Faible système d'information sanitaire** (informatisation insuffisante, peu d'utilisation des NTIC, pas de contrôle de qualité des données, pas d'outils de suivi-évaluation, promptitude insuffisante de la transmission des données, pas d'analyse ni d'utilisation effective de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux).
- **Faible couverture des prestations de soins** (développement insuffisant de la santé communautaire, politique des SSP en panne dans le cadre de la décentralisation, absence de réformes hospitalières, absence de démarche qualité, infrastructures et équipements à mettre aux normes, maintenance inexistante, secteur privé lucratif et non lucratif parapublic et militaire non intégrés dans l'offre globale de soins,
 - SBC insuffisamment développés (reconnaissance, formation, motivation, valorisation des AC, paquet de services, système de référence contre référence)
 - Médecine traditionnelle et pharmacopée insuffisamment développés
 - Promotion de la santé et participation communautaire très déficientes (hygiène personnelle, de l'habitat et environnementale, prévention des comportements à risque...).
- **Faible disponibilité des produits et technologies de santé** (pratiques illicites, médicaments contrefaits, PCG faible sur le plan technique, logistique, et financier-, absence de transparence dans la passation des marchés, absence de pharmacovigilance et d'hémovigilance, système de logistique intégrée déficient).

1.6 FORCES, MENACES, OPPORTUNITES ET PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR SANTE

- **Forces :**
 - ✓ Le système national de santé est organisé en 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique et calqué sur le découpage administratif.
 - ✓ Le système de soins est bien hiérarchisé et respecte le principe d'orientation et de recours avec des paquets minimum d'activités et de paquets complémentaires définis pour chaque niveau de soins (poste de santé, centre de santé, hôpital préfectoral, hôpital régional et hôpital national)
 - ✓ Le secteur privé émerge et entraîne une concurrence dans le secteur
 - ✓ Il existe une masse critique de ressources humaines en santé
 - ✓ La participation communautaire est une réalité.
- **Menaces :**
 - ✓ La crise financière, énergétique et alimentaire mondiale,
 - ✓ Le niveau élevé de la pauvreté,
 - ✓ La dégradation de l'environnement physique,
 - ✓ La forte croissance de l'urbanisation et la mondialisation (avec le changement des modes de vie),
 - ✓ Le chômage persistant chez les jeunes.

21 Corruption perceptions index, Transparency International, 2012



- **Opportunités :**

- ✓ La démocratisation progressive de la vie politique,
- ✓ L'existence de mégaprojets miniers,
- ✓ La décentralisation avec un transfert de compétences.

- **Problèmes prioritaires :**

- ✓ Mortalité maternelle et infanto juvénile élevée,
- ✓ Prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique émergentes et des maladies non transmissibles,
- ✓ Faible performance du système de santé :
 - Faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle,
 - Sous-financement du secteur santé avec faible financement de la santé par l'Etat limité à moins de 2%,
 - Faible densité des ressources humaines de qualité,
 - Faible disponibilité de médicaments, vaccins, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité,
 - Information et connaissances en santé non disponibles en temps réel pour les prises de décisions et la gestion des services du secteur santé,
 - Faible organisation et gestion des services de santé.

❖ **Défis du système de santé**

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à d'autres défis qui sont : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, l'allègement des dépenses directes de santé sur les ménages tout en assurant au système un financement adéquat et équitable, la disponibilité des produits de santé et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.



CHAPITRE II. VISION

Une Guinée, où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé *de qualité*.



CHAPITRE III. FONDEMENTS, PRINCIPES DIRECTEURS ET VALEURS

3.1 Fondements

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. La Politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que la Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la plateforme de Beijing, la Déclaration du millénaire pour le développement, la Déclaration des Chefs d'Etat de l'UA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA, la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, la Déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche et le développement, la déclaration d'Alger sur la recherche en santé, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, l'initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010), l'IHP+, la Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et Couverture Sanitaire Universelle,...

3.2 Principes Directeurs

La mise en œuvre de la vision du secteur sera sous tendue par la recherche constante de l'efficacité, de l'efficience et de la redevabilité à travers les principes directeurs suivants : Approche des Soins de Santé Primaires, intégration et qualité des soins et services de santé, décentralisation et déconcentration, multisectorialité et coordination intra et intersectorielle, contractualisation et partenariats, pérennité ou durabilité, appropriation, alignement, harmonisation.

3.3 Valeurs

Les valeurs essentielles suivantes seront promues :

- ✓ Le respect des droits universels de la personne ;
- ✓ L'équité d'accès aux soins de qualité, sans barrière géographique, économique, de genre et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire.
- ✓ La solidarité : les réformes du système de santé devront s'appuyer sur des mécanismes plus solidaires pour garantir l'accès aux soins de toutes les populations y compris les plus démunies.
- ✓ Une plus grande participation et responsabilisation pour une meilleure implication des populations, des professionnels de santé et des partenaires dans la prise en charge de leurs problèmes de santé
- ✓ Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.
- ✓ Le respect de l'éthique et de la déontologie professionnelle.



3.4 Reformes

La Guinée a adopté en 1988 l'Approche des Soins de santé Primaires comme fondement de sa politique nationale de santé. Cette approche va se poursuivre avec les réformes de Revitalisation des Soins de santé Primaires et de Renforcement du système de santé. Ces réformes sont entre autres :

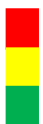
La réforme de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé. Cette réforme principale (CSU) s'accompagne de trois autres grandes réformes telles que:

La réforme des prestations de soins et services de santé intégrés et centrés sur la personne avec une réforme de santé communautaire et une réforme hospitalière ;

La réforme des politiques publiques avec une promotion de la santé dans les politiques sectorielles, le renforcement de la multisectorialité et une participation citoyenne dans les secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacré à la santé publique ;

Les réformes du leadership et de la gouvernance sanitaire avec des réformes et mesures sur la décentralisation et la déconcentration, l'organisation et la gestion sanitaire, la coordination du secteur santé, la législation et la régulation sanitaires, la participation citoyenne, l'harmonisation des normes et standards sanitaires ainsi que les procédures de gestion des ressources, d'audit, d'inspection, de contrôle de gestion, de supervision intégrée, de monitoring et d'évaluation.

Ces réformes seront suivies d'autres réformes spécifiques en fonction des besoins prioritaires liés aux exigences de l'environnement sanitaire en perpétuel mouvement aux niveaux national, régional et mondial.



CHAPITRE IV. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

But :

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

Objectif général :

Améliorer l'état de santé de la population guinéenne.

Objectifs stratégiques :

OS 1 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences

OS 2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie

OS 3 : Améliorer la performance du système national de santé.



CHAPITRE V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui seront déclinées en stratégies d'intervention dans le prochain PNDS du secteur.

- **Orientation stratégique 1** : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence
- **Orientation stratégique 2** : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées
- **Orientation stratégique 3** : Renforcement du système national de santé
 - o 3.1 Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire
 - o 3.2 Accès financier universel aux services essentiels de santé
 - o 3.3 Développement des ressources humaines de qualité
 - o 3.4 Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité
 - o 3.5 Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé
 - o 3.6 Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

- **Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence**

Le système de santé poursuivra les interventions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies et de réadaptation des handicapés. Il intensifiera la surveillance épidémiologique pour identifier les problèmes majeurs de santé publique et préparer une alerte et une riposte efficace aux épidémies et aux situations d'urgence.

En particulier, les stratégies d'intervention suivantes seront développées :

- le renforcement de la lutte contre la tuberculose, le VIH/Sida et le paludisme (mise à l'échelle de l'accès aux traitements ACT, ARV et DOTS, mise à l'échelle des programmes de distribution de moustiquaires imprégnées, activités communautaires de prévention des maladies transmissibles et des comportements à risque, promotion de l'hygiène individuelle et environnementale) ;
- l'intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- le renforcement de la surveillance et la prise en charge des maladies tropicales négligées ;
- le renforcement de la surveillance, de la préparation et de la riposte des maladies à potentiel épidémique (fièvre jaune, Ebola, méningite, SRAS, ...) et autres situations d'urgence et le développement des mesures de sécurité sanitaire (RSI);
- la promotion de modes de vie sains pour mieux agir sur les facteurs de risque et la prise en charge des maladies non transmissibles (HTA, maladies mentales, cancers, drépanocytose, diabète, affections bucco dentaires...);
- le développement des stratégies spécifiques : PEV, Paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA....



- **Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées**

Elle passera par l'élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie.

Les stratégies d'interventions suivantes seront développées :

- le développement des programmes de réduction de la mortalité maternelle et infantile ainsi que de la redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant ;
- la mise à l'échelle et l'élargissement de la couverture en SONU pour accroître la capacité des formations sanitaires à pratiquer des accouchements, identifier les complications majeures en vue de les prendre en charge par la pratique de la césarienne et de la transfusion sanguine ;
- l'amélioration de la disponibilité et la couverture en services de PF et de CPN ;
- la mise à l'échelle d'activités à haut impact (vaccination, nutrition, traitements de masse, réhydratation par voie orale, allaitement maternel,) ;
- le développement des capacités d'habilitation des familles et communautés par la communication pour le changement de comportements en vue de l'adoption de pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la santé et la nutrition maternelle, néonatale et infantile ainsi que l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes pour la santé ;
- le renforcement de l'offre spécifique de services et le développement des mécanismes d'exemption de paiement pour les personnes âgées (hospitalisation et médicaments)
- le renforcement des stratégies spécifiques : PCIMNE, PF, COIA, SONUB et SONUC, CARMMA, stratégies OMD post 2015....

- **Orientation stratégique 3 : Renforcement du système de santé**

Cette orientation stratégique est décomposée en six sous stratégies regroupant les principales composantes du système de santé.

Sous-Orientation stratégique1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire

- Le système national de soins sera renforcé pour délivrer les prestations de service de qualité dont la population a besoin. A cet effet, des stratégies d'intervention, financements et ressources humaines seront disponibles pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés, continus et centrés sur la personne.
- La stratégie des soins de santé primaires sera renforcée avec un hôpital de district fonctionnel et un réseau de centres de santé intégrés appuyés par les services de santé à base communautaire. Le district de santé devra être capable de jouer pleinement le rôle de coordination, de planification, de soutien technique aux prestataires de soins et de pôle de développement du partenariat avec les institutions étrangères, les ONG et les collectivités locales;
- La référence des patients au niveau secondaire est tertiaire du système de soins sera



- assurée à travers le renforcement des hôpitaux régionaux et nationaux ;
- Des soins et services de santé seront contractualisés avec le secteur privé et la société civile pour la mise à l'échelle des interventions essentielles de santé;
 - Les paquets de services essentiels de santé seront actualisés, harmonisés et mis à l'échelle à tous les niveaux du système national de soins pour rendre les soins accessibles et plus équitables selon les approches de santé publique et dans le cadre de la CSU ;
 - Le « costing » du paquet essentiel de services de santé des niveaux primaire, secondaire et tertiaires du système de soins sera réalisé ;
 - Le système de santé disposera d'une capacité de fournir à la population un accès équitable à des soins de qualité notamment dans les zones rurales.
 - Les services à base communautaire seront développés et renforcés par la reconnaissance, la formation, la motivation, la valorisation des AC, le développement du paquet de services (sensibilisation, détection et suivi des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles, promotion de comportements sains, mise en place d'un système de référence contre référence) ; à cet effet, un programme national de santé communautaire sera élaboré et mis en place.
 - Des stratégies d'intervention intersectorielles seront développées pour influencer les déterminants de la santé par la promotion d'un cadre de vie approprié, la réduction des inégalités, le développement de systèmes de solidarité pour réduire les exclusions permanentes ou temporaires.

Sous-Orientation stratégique2 : Accès financier universel aux services essentiels de santé

La réforme du financement passera par un élargissement du financement du secteur de la santé à travers le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie.

La couverture sanitaire universelle sera dorénavant un des principaux leviers de développement du secteur de la santé. Sa mise en œuvre sera progressive. Il s'agira de renforcer le système de financement à travers les stratégies d'intervention suivantes :

- Le renforcement de la mobilisation des ressources, de la mise en commun des fonds et de la fonction achat des services ;
- La mise en place des conditions préalables à la mise en œuvre de la stratégie de financement à travers la mise en place d'arrangements institutionnels ;
- La mise en œuvre de la stratégie de financement vers la CSU
- L'institutionnalisation des Comptes Nationaux de santé ;
- L'institutionnalisation du Cadre de Dépenses à Moyen Terme Santé (CDMT) ;
- Le renforcement de la multisectorialité avec la mobilisation de ressources en faveur de la santé par les autres secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacré à la santé publique ;
- Le renforcement des acquis notamment la couverture sanitaire des travailleurs du secteur privé et mixte à travers la Caisse nationale de sécurité sociale ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de protection sociale ;
- Le développement des mécanismes de remboursement des soins aux prestataires au bénéfice des personnes économiquement défavorisées par la mise en place d'un fonds



- financé par l'Etat et ses partenaires ;
- Le renforcement des mécanismes d'exemption de paiement pour les interventions de santé publique prioritaires.
 - Le développement de l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des travailleurs de la fonction publique ;
 - La poursuite du développement des mutuelles de santé pour alléger les coûts non couverts par le tiers payant.

Pour réaliser ces interventions, il sera procédé à :

- la création d'une structure d'encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l'ensemble des régimes d'assurance ;
- la mise en place de structures nationales capables de jouer le rôle de contrôle technique, de piloter et de mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle (CSU) ;
- la mise en place de mécanismes permettant une participation effective au renforcement de la CSU des usagers et des professionnels de santé.

L'Etat doit continuer de jouer son rôle de leader en relevant progressivement sa contribution au financement de la santé à travers le rehaussement progressif du budget du Ministère de la Santé pour atteindre 15% du budget de l'Etat.

Par ailleurs, l'Etat procédera à la préparation et la mise en œuvre d'un plan d'investissement qui soutiendra une offre de soins de qualité équitable. Les charges récurrentes de ces investissements seront garanties par le renforcement des lignes budgétaires y afférentes, leur mobilisation effective et leur exécution.

Sous-Orientation stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité

Les ressources humaines constituent la ressource la plus importante dans la production de soins de qualité. Au cours des dernières décennies, des efforts ont été déployés pour accroître la formation des ressources humaines qui ont permis d'augmenter sensiblement les effectifs de diplômés. Cependant, il persiste des déficits importants dont la résorption doit permettre au système de dépasser le seuil de la pénurie actuelle et de répondre aux besoins du système.

Les efforts qui seront déployés dans le cadre de cet axe stratégique amèneront le système à passer d'un ratio de 0,86 personnels médicaux et paramédicaux pour 1.000 habitants à 3 pour 1.000 habitants (norme OMS).

Le système de développement et de gestion des ressources humaines de qualité passera par le renforcement de la planification, de la formation, du recrutement, de la distribution/redéploiement, de la motivation, de la fidélisation et de la gestion des carrières.

Les principales actions à développer seront les suivantes :

- la mise en œuvre d'un plan stratégique de développement des ressources humaines actualisé
- la mise en place d'une stratégie nationale de fidélisation à travers un système de motivation efficace susceptible de satisfaire les besoins des formations sanitaires des zones défavorisées en personnels qualifiés ;
- la promotion du travail d'équipe et de la délégation des compétences (task shifting) ;



- la mise en place d'un système de gestion des RHS orienté vers la performance ;
- l'adaptation et le recentrage de la formation initiale des RHS pour répondre aux besoins d'amélioration de la qualité des soins et aux besoins numériques du système de santé
- le renforcement des capacités des institutions de formation en santé à travers la collaboration et la coordination intersectorielles avec les Ministères en charge de ces institutions ;
- le renforcement des compétences des personnels en termes de qualité des soins et de gestion sanitaire à travers un plan harmonisé de formation continue et de supervision intégrée ;
- le renforcement du cadre institutionnel de recrutement et de gestion des Ressources Humaines de la Santé ;
- la reconnaissance, la formation, la motivation et la valorisation des Agents de santé communautaires ;
- le renforcement de la gestion des carrières des professionnels de santé.

Sous-Orientation stratégique4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité

La satisfaction des besoins de santé des populations est fortement tributaire de la capacité du système à assurer un approvisionnement adéquat en médicaments et produits de santé de qualité accessibles à l'ensemble des usagers.

Le système de gestion des approvisionnements et des stocks sera renforcé ainsi que la lutte contre les pratiques illicites dans ce domaine (contrebande). Un contrôle de qualité des médicaments et des produits sanguins sera instauré. Le système de maintenance des infrastructures, des équipements et du matériel et le système de logistique intégrée seront également renforcés.

L'accessibilité financière de la population aux médicaments sera renforcée par la mise en œuvre de la réforme du financement de la santé (CSU) et par des mesures de régulation du marché des médicaments (encadrement des prix).

Des stratégies d'intervention seront mises en place pour :

- le développement de la production et de l'importation des médicaments génériques et la promotion de leur utilisation ;
- l'instauration effective de la pharmacovigilance, de l'hémovigilance et de la matériovigilance ;
- l'information et l'éducation des populations et des prestataires sur l'usage rationnel du médicament et des produits de santé ;
- le développement d'un plan harmonisé de construction et de réhabilitation des infrastructures;
- le développement d'un plan harmonisé d'acquisition et de distribution des équipements des infrastructures;
- le développement d'un plan national de maintenance;



- la mise en place d'un système automatisé d'inventaire et de comptabilité matière ;
- la mise en place d'un système harmonisé de gestion des moyens roulants.

Sous-Orientation stratégique5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé

Le système d'information sanitaire et la recherche en santé constituent des outils importants dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques de santé. Ils permettent de générer l'information nécessaire pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé.

Ainsi, des stratégies d'interventions seront mises en œuvre pour renforcer le système d'information sanitaire de routine, le système de surveillance et d'alerte épidémiologique et du système de suivi évaluation afin d'accroître les capacités du système national d'information sanitaire et de la recherche, à savoir :

- le développement du plan de communication du PNDS ;
- le développement d'un plan unique de suivi évaluation du secteur santé ;
- le développement d'un cadre national unique et harmonisé d'indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du secteur santé ;
- l'élaboration de tableaux de bord simplifiés d'indicateurs de pilotage pour le suivi et l'évaluation de la performance du système de santé ;
- la mise en place d'un système unique et harmonisé de rapport du secteur santé ;
- l'institutionnalisation d'un mécanisme de revue annuelle et action du secteur santé ;
- l'institutionnalisation de l'enquête SARA et l'évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires;
- la mise en place d'un système automatisé de traitement, analyse et diffusion des données, informations et connaissances sanitaires en temps réel à travers la plateforme « DHIS2 » ;
- la réorganisation du SNIS par la mise en cohérence des divers sous-systèmes d'information sanitaire : système de routine, surveillance épidémiologique, alerte précoce, gestion de la connaissance, suivi évaluation, etc.;
- le renforcement des sous-systèmes de supervision intégrée, monitoring, audit, contrôle de gestion, inspection ;
- le renforcement des capacités des instituts de recherche et leur organisation en réseau;
- le développement des capacités des chercheurs et du plateau technique ;
- le renforcement de la gestion et la promotion de l'éthique de la recherche en santé.

Sous-Orientation stratégique6 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

La mise en place des mesures de renforcement du leadership du secteur de la santé et de la gouvernance du système de santé constitueront une priorité sanitaire nationale transversale et conditionneront en grande partie la réussite des stratégies thématiques spécifiques de la nouvelle PNS.

Cette nouvelle approche de la gouvernance sera bâtie autour d'organes et de mécanismes



nouveaux pour garantir un pilotage efficace des actions de santé et la redevabilité auprès des différents acteurs notamment les représentants des usagers pour leur implication dans la formulation, l'exécution et l'évaluation des politiques de santé.

Ces mesures de renforcement seront mises en œuvre à travers la réalisation de réformes sur les plans politique, juridique et institutionnel et la mise en place de mesures et mécanismes spécifiques destinées à améliorer le fonctionnement du système de santé et la coordination des intervenants, tant au niveau interne qu'au niveau de l'aide extérieure.

❖ **En matière de réformes institutionnelles :**

Les réformes institutionnelles porteront essentiellement sur trois domaines : la réforme de l'organisation du système, l'adaptation du cadre juridique et la réforme hospitalière.

▪ **Sur le plan de l'organisation du système :**

Les expériences dans le développement des districts de santé comme cadre opérationnel de mise en œuvre des soins de santé primaires et le choix du Gouvernement de faire des collectivités territoriales des pôles de pouvoir dans la gestion du développement local amènent le Ministère de la santé à poursuivre et à renforcer les districts de santé chargés de la mise en œuvre des interventions nécessaires à l'atteinte des objectifs de la politique. Il s'agira de leur donner plus d'autonomie et des ressources suffisantes pour l'accomplissement de leur mission.

Ce district comprendra des services de santé de premier échelon, un hôpital préfectoral de référence et une équipe-cadre de district chargée d'apporter le soutien à la gestion de l'ensemble des formations sanitaires.

Au-dessus de l'équipe-cadre de district, il sera mis en place un comité pour le développement de la santé dans le district qui sera chargé de développer le partenariat, la collaboration intersectorielle, la lutte contre les disparités géographiques et les exclusions au système pour des raisons socioéconomiques.

Au niveau régional, cette réforme consistera à renforcer la décentralisation et la déconcentration à travers un nouveau partage des rôles entre les niveaux central et régional par (i) le transfert de certaines responsabilités et des moyens correspondants et (ii) le renforcement de l'autonomie de ce dernier pour en faire un partenaire efficace et crédible dans la planification et la mise en œuvre des programmes locaux de développement.

La région sera chargée du soutien technique aux districts de santé à travers les formations, les supervisions, les approvisionnements et la dotation en ressources humaines.

Au niveau central, les réformes porteront sur la mise en place de structures et de moyens pour orienter le système et assurer le soutien stratégique aux formations sanitaires (planification stratégique, coordination des intervenants et mobilisation des ressources, allocation des ressources, mise en place de dispositifs de gestion axée sur les résultats).

Les instances de coordination à tous les niveaux seront revues et adaptées aux besoins des nouveaux choix.

▪ **Sur le plan juridique**



Dans ce domaine, des efforts seront fournis pour la revue et l'adaptation des textes juridiques existants notamment la loi pharmaceutique, les lois organiques fixant le statut de certaines structures, le code de santé publique.

Par ailleurs, de nouvelles lois seront introduites pour accompagner les réformes envisagées dans le cadre de cette politique. Il s'agira surtout des lois relatives à la création des structures de régulation, de gestion, de contrôle de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle notamment les structures d'assurance et de l'exercice privé de la médecine.

Ces textes de loi seront complétés par des outils de la régulation et de la planification de l'offre de soins, de la réglementation de la profession médicale et pharmaceutique.

Aussi, des textes réglementaires seront définis pour la restructuration du Ministère par le renforcement des districts et régions sanitaires, l'organisation hospitalière, la motivation des ressources humaines.

Il s'agira également de ratifier les conventions internationales telles que la convention anti-tabac et celle relative à la sécurité sanitaire.

Enfin, il sera élaboré des textes relatifs à la mise en œuvre des régimes d'assistance médicale et ceux relatifs à la mise en œuvre du code sur le médicament et la pharmacie.

La complexité du système de santé et sa faible performance appellent plus d'efforts dans sa régulation, dans la planification et la coordination des interventions ainsi que la redevabilité des acteurs. Ces défis incitent à accorder de l'importance à la gouvernance comme enjeu majeur de développement du système de santé.

Des stratégies d'intervention seront développées pour renforcer le leadership du Ministère de la Santé et la gouvernance du système de santé, en particulier :

- La promotion du dialogue politique en santé décentralisé
- le renforcement de la planification, de la programmation et de la budgétisation ;
- le renforcement de l'organisation, de l'administration et de la gestion du secteur à travers la réalisation d'un audit organisationnel et l'actualisation de l'organigramme du Ministère de la Santé au niveau central et déconcentré (cadre structurel, textes organiques et cadres organiques) ;
- le développement d'outils de planification et de régulation de l'offre de soins à travers la carte sanitaire et l'élaboration de schémas régionaux de l'organisation des soins. Ces outils contribueront à améliorer l'équité en permettant d'asseoir des mécanismes transparents d'allocation des ressources ;
- le renforcement des fonctions de coordination du secteur de la santé pour garantir la mise en œuvre effective du PNDS par la mise en place d'un mécanisme unique de suivi évaluation du plan et assurer le suivi de son exécution ;
- la mise en place des mécanismes de coordination et de contractualisation nécessaires pour développer le partenariat public – privé ;
- le renforcement de la transparence, des dispositions assurant la moralisation des pratiques professionnelles et la mise en place de procédures d'écoute des doléances et des plaintes des patients ;



- la facilitation de la mise en place d'un Observatoire National de la santé (NHO), alimenté par le Plateforme Nationale de Dialogue Politique en santé (CHHP) ;
- la promotion d'une culture de redevabilité et de gestion axée sur les résultats ;
- le renforcement des mécanismes de contrôle et de régulation du secteur pharmaceutique et l'encadrement des prix des médicaments ;
- la promotion de la mise en œuvre des principes du Partenariat International pour la Santé (IHP+) sur l'efficacité de l'aide extérieure ;
- la promotion de la participation communautaire ;
- le renforcement de la législation et de la réglementation sanitaires ;
- le renforcement de la communication et de la visibilité du secteur de la santé ;
- la mise en place de procédures harmonisées de gestion fiduciaire.



CHAPITRE VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La mise en œuvre de la PNS se fera à travers l'élaboration de plans stratégiques décennaux et quinquennaux (Plan décennal de Développement Sanitaire – PNDS-, Plan quinquennal de Développement Sanitaire), et des plans opérationnels (Plan Triennal de Développement Sanitaire arrimé au CDMT santé et plans d'action annuels).

Le PNDS sera traduit en programmes nationaux de santé tels que les Programmes Palu, Tuberculose, VIH/SIDA ; autres maladies transmissibles, maladies tropicales négligées, Préparation, Surveillance et Réponse aux épidémies et autres situations d'urgences et catastrophes ;Santé à toutes les étapes de la vie (Mère, Nouveau-né, Enfants, Adolescents, Personnes âgées etc.) ; Santé Communautaire, médecine traditionnelle, Santé Carcérale, Santé du travail, Santé des armées et autres spécificités, PAO des Directions centrales, régionales, préfectorales, SNIS y compris la Surveillance épidémiologique et le système d'alerte épidémiologique, centres de transfusion sanguine, centres d'appareillage orthopédique et autres programmes prioritaires de santé.

Les partenaires en santé s'harmoniseront et s'aligneront sur la PNS et le PNDS avec leurs appuis techniques et financiers dans le cadre du Compact national.

Le secteur privé sera actif pour compléter l'offre de soins dans un cadre national du partenariat public-privé. La société civile, ainsi que les organisations communautaires joueront un rôle de participation citoyenne complémentaire au secteur public dans un cadre national de contractualisation de l'action sanitaire au niveau communautaire et dans les instances décentralisées de coordination du secteur santé.

Les autres secteurs de développement contribueront de façon significative à la mise en œuvre de la réforme des politiques publiques pour influencer les déterminants de la santé et en inscrivant dans leur politique et leurs programmes nationaux un volet santé à concurrence de 1 à 2% de leur budget sectoriel, garantissant ainsi la santé dans toutes les politiques sectorielles.

Les parlementaires veilleront à la promotion et à l'amélioration de l'environnement juridique en santé et surtout garantiront l'atteinte progressive de l'objectif de 15% au moins du budget de l'Etat accordé à la santé (Déclaration d'Abuja).

CHAPITRE VII.MECANISMESDE SUIVI ET D'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DELA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Le Comité de Coordination du Secteur Santé sera le mécanisme national unique de coordination. Un comité national unique de suivi évaluation sera mis en place pour le suivi des indicateurs de progrès et d'évaluation de la performance du système de santé et des réformes sanitaires.

Le PNDS est la base du SNIS. Le SNIS constituera la base de données de l'information sanitaire pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Le SNIS sera automatisé avec la mise à l'échelle de la plateforme d'Information Sanitaire du District de santé (DHIS).

Un plan national unique de suivi évaluation du PNDS et un cadre national unique de suivi évaluation de la performance du système de santé seront développés.

Un Observatoire National de la Santé sera créé sous forme d'une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique, de documents de référence nationaux, des rapports périodiques, des résultats de la recherche et de publications en matière de santé. Il sera alimenté par la base de données du SNIS, le « DHIS » et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé (CHPP).

Le CDMT santé et les Comptes Nationaux de santé(CNS) seront institutionnalisés. Les revues annuelles du secteur santé seront institutionnalisées ainsi que les audits, contrôles de gestion, inspections, supervisions intégrées et monitorages.

Le système de rapportage sera harmonisé et unifié.

Des procédures harmonisées et uniques de gestion des ressources seront mises en place pour faciliter la gestion des ressources financières, humaines et matérielles.

Un Fonds Commun(Panier commun) sera mis en place pour la mise en œuvre du PNDS.

Une Agence nationale sera mise en place pour la promotion et l'extension de la couverture sanitaire universelle.

La législation et la régulation sanitaires seront améliorées pour faciliter le suivi de l'environnement juridique et réglementaire du développement sanitaire.



CONCLUSION

La présente Politique Nationale de Santé est l'aboutissement d'un long processus participatif d'analyse de la situation du secteur couronné par l'organisation des Etats Généraux de la Santé dont les recommandations ont servi de base pour orienter les actions futures dans le secteur de la santé.

Ce processus, axé sur une approche systémique, a porté sur l'évaluation de la performance du système à travers la revue de ses principales fonctions qui ont fait l'objet d'analyse thématique par des experts nationaux appuyés par des partenaires techniques et financiers.

De cette analyse, ont été dégagés une vision, des principes et valeurs, des domaines stratégiques prioritaires d'intervention ainsi que des actions pour chaque domaine retenu.

L'application de cette politique exigera des réformes sur le financement, le cadre juridique, le statut et le fonctionnement des hôpitaux publics.

Des priorités de cette politique, sera décliné le Plan national de développement sanitaire pour la période 2015-2024 (PNDS).

Des interventions contenues dans ce PNDS, chaque région et préfecture élaborera respectivement un plan régional/préfectoral.

Pour influencer les déterminants socioéconomiques de la santé, les départements sectoriels à tous les niveaux contribueront à la mise en œuvre de la présente politique selon l'approche « la santé dans toutes les politiques publiques ».

La mise en œuvre de cette politique nécessitera l'allocation de ressources humaines, financières et matérielles conséquentes en progression notable par rapport aux niveaux actuels, ainsi que la recherche systématique des résultats et de l'efficience.

La réalisation des priorités de la présente politique se fera à travers un partenariat renforcé au niveau national et international sous le leadership du Gouvernement et respectera les principes de l'efficacité de l'aide par l'élaboration et la signature d'un compact national qui définira les modalités du financement et de la redevabilité.

