

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE GUINEE

SECRETARIAT PERMANENT PNDS

TRAVAIL-JUSTICE-SOLIDARITE

PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

(Draft final)

Mars 2001

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	5
I. CONTEXTE GENERAL	7
1.1. Données physiques	7
1.2. Organisation administrative	7
1.3. Economie	7
1.4. Caractéristiques démographiques	8
1.5. Niveau socioculturel et éducation.....	8
1.6. Niveau socio-économique	8
1.7. Conditions de vie et hygiène	9
1.8. Comportements, coutumes et attitudes	9
II. SITUATION SOCIO-SANITAIRE	10
2.1. Structure générale du système de soins	10
2.2. Ressources du secteur	10
2.2.1. Infrastructures sanitaires	10
2.2.2. Ressources humaines	11
2.2.3. Produits pharmaceutiques	14
2.2.4. Ressources financières et financement du secteur	14
2.3. Etat de santé de la population	16
2.4. Gestion du système de santé	17
2.4.1. Processus de planification	17
2.4.2. Suivi et coordination	17
2.4.3. Coordination intersectorielle et partenariat	18
2.4.4. Système d'information et de gestion	18
2.4.5. Recherche en santé	18
2.4.6. Processus de décentralisation	19
III. RESULTATS DE L'EVALUATION DU SYSTEME	19
3.1. Acquis et points forts	19
3.1.1. Au niveau de la politique nationale et du cadre institutionnel ...	19
3.1.2. Au niveau des ressources	20
3.1.4. Au niveau des prestations et de la gestion du système	21
3.2. Problèmes et points faibles	21
3.2.1. Cadre institutionnel du secteur	21
3.2.2. Ressources humaines	22

<i>B. Amélioration de la qualité des soins</i>	46
B.1. Mise en œuvre du management de la qualité	46
B.2. Définition du paquet de services et amélioration du plateau technique	47
B.3. Amélioration de la maintenance du patrimoine	49
B.4. Utilisation rationnelle du médicament	50
B.5. Réorientation de la supervision	50
B.6. Amélioration de l'accessibilité financière aux soins	50
4.4.4. Axe stratégique n°4 : Développement des res sources humaines	51
<i>A. Gestion des ressources humaines</i>	51
A.1. Normes d'effectifs	51
A.2. Affectation et redéploiement du personnel	53
<i>B. Amélioration de la motivation</i>	53
<i>C. politique de formation</i>	54
C.1. Formation initiale	54
C.2. Formation continue	54
C.3. Transfert de compétence	55
4.4.5. Axe stratégique n°5 : Promotion de la santé	55
<i>A. Renforcement de la promotion de la santé</i>	55
<i>B. Participation communautaire</i>	56
 V. FINANCEMENT	 59
 VI. MISE EN ŒUVRE, MECANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN STRATEGIQUE	 61

INTRODUCTION

Dès après l'avènement de la deuxième République en 1984, la Guinée s'est engagée dans un vaste programme de réformes de son système de santé. Dans ce cadre, de nombreux actes politiques ont été posés. Parmi les plus saillants, figure la conférence nationale de la santé (en juillet 1984) qui a défini les grands axes de la politique sanitaire en optant pour les Soins de Santé Primaires (SSP) comme axe stratégique. Ainsi, le programme SSP a été lancé sur le terrain en 1988, suite à l'élaboration de la «Politique générale de la santé et du Plan de développement sanitaire (1987-1991)». Le programme de réforme hospitalière, engagé en 1990, est venu compléter le dispositif de l'organisation sanitaire.

Grâce à la mise en œuvre de ces programmes, le pays a enregistré d'importants progrès dans le secteur au cours des douze dernières années. La disponibilité et l'accessibilité des structures de soins se sont améliorées, aboutissant à une augmentation substantielle de la couverture sanitaire. Ces faits ont contribué également à l'amélioration des indicateurs de santé comme l'attestent les résultats du recensement de 1996 et des enquêtes de démographie et de santé de 1992 et de 1999.

Dans le but d'améliorer davantage les performances du système, le forum national de la santé fut organisé en 1997. Ce forum a permis de constater que le niveau de développement atteint jusqu'alors s'est produit essentiellement du fait d'une planification par projets et programmes verticaux souvent mal coordonnés et sans vision globale à long ou moyen termes. Pour remédier à cette situation, le forum a recommandé l'élaboration d'un plan stratégique national de développement sanitaire.

Le présent document vise à répondre à cette recommandation.

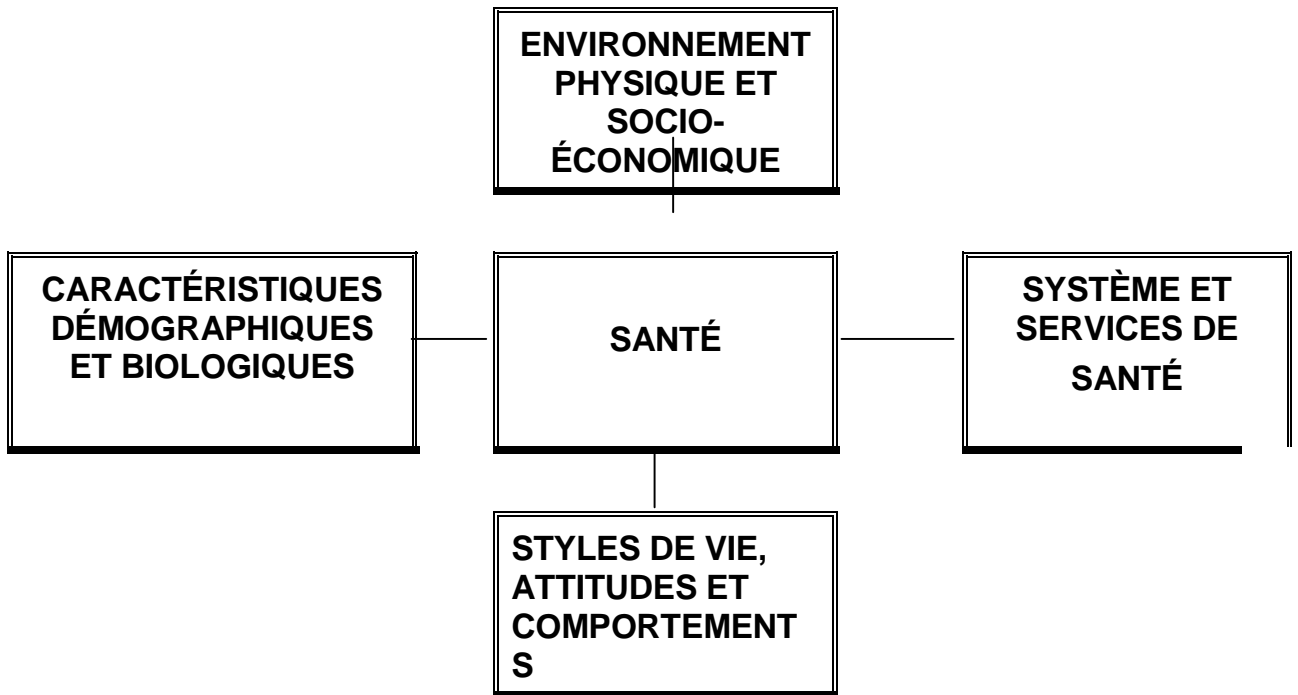
Ce plan stratégique a été bâti sur les forces, les faiblesses et les opportunités actuelles du système de santé guinéen de manière à les relier à notre vision à l'horizon 2010. Les axes stratégiques ont tenu largement compte des résultats de la revue du système de santé organisée à Dalaba en février 2000.

Il constituera désormais la base des plans triennaux à horizon glissant plus détaillés qui seront mis en œuvre, eux-mêmes, à travers les plans annuels opérationnels préfectoraux et régionaux.

Il a été élaboré en deux étapes essentielles: l'analyse du secteur et la formulation des orientations stratégiques. Toutes les deux étapes ont été franchies dans un cadre participatif grâce auquel les différents niveaux de la pyramide sanitaire, d'une part, et, d'autre part, les services de santé et les partenaires nationaux et étrangers ont pu se concerter.

L'analyse du secteur a été basée sur le modèle des 4 déterminants de la santé représenté par le schéma n° 1. Ce modèle considère que l'état de santé est la résultante des interactions entre l'environnement physique et socio-économique, les facteurs démographiques et biologiques, les attitudes et les comportements de la population et, enfin, les services de santé.

SCHEMA N° 1: Les déterminants majeurs de la santé



Pour cette analyse, des équipes préfectorales et régionales multisectorielles et pluridisciplinaires ont été mises en place. Un guide a été préparé à leur intention par l'équipe nationale, animatrice du processus. A cette étape, l'approche ascendante de la planification a été suivie. De plus, une enquête nationale de perception du système de soin a été organisée et a permis de savoir l'image que la population se fait du système. Les informations ainsi collectées ont été complétées par l'exploitation d'autres documents disponibles au niveau central et des entretiens avec les partenaires et des cadres des services centraux et nationaux.

L'étude du financement a été également réalisée, basée sur la description et l'analyse, avec un recul de 10 ans, des différentes sources et des emplois des ressources financières du secteur.

A la lumière de cette analyse qui a abouti à l'identification et à l'analyse des principaux problèmes de santé, les orientations stratégiques ont été formulées.

I. CONTEXTE GENERAL

Ce chapitre et le suivant sont le résumé du volume 1, intitulé «Analyse du secteur de la santé». Ils constituent un rappel des principaux problèmes du secteur et de son environnement. Les orientations stratégiques définies dans le présent volume devront être en cohérence avec ces problèmes.

1.1. Données Physiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale à 10° au nord de l'équateur. 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 Liberia 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.

Sur le plan géographique, La Guinée est divisée en quatre régions naturelles qui sont : la basse guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière.

La basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.

La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm.

La haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

1.2. Organisation administrative

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 302 communautés rurales de développement. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

1.3. Economie

La politique économique de la Guinée est basée sur le libéralisme économique adopté en 1985. Le taux de croissance économique est en moyenne de 4% depuis 1987. Cet accroissement a permis de faire passer le PIB de 481 dollars en 1991 à 559 dollars en 1996. Les projections du taux d'accroissement du PIB à l'horizon 2001 portent sur un chiffre de 5,7%, avec un taux d'inflation de 4,5%.

1.4. Caractéristiques démographiques

Selon les données du recensement de 1996, la population guinéenne se chiffre à près de 7 557 027 habitants, contre un chiffre de 4 700 000 habitants en 1983. Le taux d'accroissement naturel est de 2,8%. En y ajoutant les effets des mouvements migratoires, le taux annuel d'accroissement est de 3,1%. Les projections indiquent que si ce taux se maintient, la population guinéenne sera de 10,6 millions d'habitants à l'horizon 2010. Les principaux indicateurs socio-démographiques sont présentés dans le tableau n°1.

Tableau n°1 : Principaux indicateurs socio-démographiques

Indicateur	Zone rurale	Zone urbaine	Pays
Taux de natalité ⁽¹⁾	38,4‰	32,9‰	36,9‰
Taux de mortalité générale ⁽²⁾	15,3‰	10,7‰	14,2‰
Taux d'accroissement annuel ⁽²⁾	2,7%	4,1%	3,1%
Espérance de vie à la naissance ⁽²⁾	53	56	54
Indice synthétique de fécondité ⁽¹⁾	6	4	5,6

Source : (1) EDS 99, Ministère du Plan

(2) Recensement général de la population et de l'habitat. Ministère du plan, 1996.

1.5. Niveau socioculturel et éducation

Le taux d'alphabétisation de la population varie entre 40% et 50% selon les régions. Il se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 41% et 22% pour le pays. Cette situation influe négativement sur l'adoption de certains comportements favorables à la santé et le véhicule de messages d'IEC par écrit.

1.6. Niveau socio-économique

Selon les résultats de l'enquête intégrale sur le budget de consommation des ménages (EIBC), réalisée en 1994, le revenu moyen par ménage est de 159 000 FG par mois, pour une taille moyenne de 6 personnes, soit un revenu annuel par habitant de 318 000FG. Par rapport aux normes caloriques définies par l'OMS et la FAO dont la satisfaction nécessite une dépense moyenne annuelle de 339 043 FG, les 40% de la population guinéenne vivent en dessous de ce seuil de pauvreté et ont donc des difficultés d'accès aux soins essentiels. La pauvreté est inégalement répartie entre les différentes régions du pays comme l'indique le tableau n°2.

Tableau n°2 : Répartition de la pauvreté par région

Régions	Indigent	Pauvres non indigents	Non pauvres
Ville de Conakry	7%	4%	89%
Basse Guinée	17%	7%	76%
Moyenne Guinée	28%	8%	64%
Haute Guinée	29%	11%	60%
Guinée Forestière	19%	6%	75%

Source : Enquête intégrale sur le budget de consommation des ménages, 1994

Le phénomène de la pauvreté est beaucoup plus marqué dans les zones rurales des régions naturelles. Les taux de pauvreté (indigents et pauvres non indigents) sont respectivement de 11% à Conakry, 24% en basse Guinée, 36% en moyenne Guinée, 40% en haute Guinée et 25% en Guinée forestière.

1.7. Conditions de vie et hygiène

Les conditions d'habitat sont globalement précaires caractérisées par la vie dans des abris ne répondant pas aux normes d'hygiène requises. En moyenne, on note 3 personnes pour 10m² de superficie. En zones urbaines, 60% des ménages vivent dans des foyers communs. Selon le recensement de 1996, le taux d'accès à l'eau potable est de 48% en zone urbaine et de 27% en zone rurale. Selon la même source, 74,7% de la population urbaine et 2,5% de la population rurale ont accès à des installations pour l'élimination des excréta.

1.8. Comportements, coutumes et attitudes

A cause du bas niveau d'éducation de la majorité de la population, les comportements adoptés par la population sont peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène de l'environnement, le manque d'informations sur la sexualité, les méthodes contraceptives, le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les infections sexuellement transmissibles y compris le SIDA. De plus, on note une augmentation de la criminalité, de la consommation de la drogue et des accidents de route, surtout en milieu urbain.

Quelques études menées sur le cheminement thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Lorsque certains signes (ictère, par exemple) apparaissent, le malade n'est jamais conduit à une structure de soins «moderne», sauf en phase terminale. Ceci montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population.

II. SITUATION SOCIO-SANITAIRE

2.1. Structure générale du système de soins

Le système de soins guinéen est composé des sous secteurs public et privé.

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet: le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques.

Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales.

2.2. Ressources du secteur

2.2.1. Infrastructures sanitaires

Les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs public et privé. Le tableau n°3 montre, par type, le nombre des structures du **secteur public**.

Tableau n°3: Structures publiques de soins

Typologie	Nombre
Poste de santé fonctionnel	341
Centre de santé/CSA	380
Hôpital préfectoral/CMC	34
Hôpital régional	4
Hôpital national	2

Source : DNEHS, 1999

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans la maintenance.

Le niveau des équipements correspond généralement à celui défini dans la carte sanitaire, mais avec des différences notables dans leur fonctionnalité.

Le secteur privé médical est composé actuellement de 19 cliniques, deux hôpitaux d'entreprise, 219 cabinets de consultation, 11 cabinets dentaires et 16 cabinets de sage-femme.

Le secteur informel se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre

ent sanitaire. Il présente également les caractéristiques essentielles du personnel employé (répartition selon la qualification, par sexe, par âge, selon l'ancienneté, etc.).

Les informations ci-dessous représentent un résumé du rapport intitulé «La situation du personnel de la santé» qui en a résulté.

Selon cette étude le Ministère de la santé utilise au total 6679 personnes, réparties en **personnel soignant** (82,2 %) et **personnel de soutien** (17,8%). Le tableau n°4 récapitule la situation, présente la répartition de toutes les professions par sexe et par région administrative.

De l'effectif global, 52.1% sont des femmes et 47.9 % des hommes. Cette répartition est différente d'une région à l'autre, d'une préfecture à l'autre et d'une profession à l'autre. Conakry et Kindia enregistrent le ratio femmes/hommes le plus élevé à savoir 2.54 et 1.36 respectivement. C'est dans les régions de Boké et de Nzérékoré où enregistre le taux de masculinité le plus élevé (presque trois hommes pour deux femmes).

Les préfectures qui enregistrent la plus forte proportion féminine en dehors de Conakry sont Coyah, Dubréka et Kindia. Celles qui enregistrent la plus forte proportion d'hommes (de l'ordre de 7 hommes pour 2 femmes) sont Kouibia, Tougué, Mandiana, Yomou et Koundara. Les préfectures de Lélouma, Kouibia, Dinguiraye, Lola et Dabola ont un sexe ratio très élevé en faveur des hommes (plus de deux hommes pour une femme).

De l'analyse des pyramides des âges et de l'ancienneté, il ressort que, dans les 7 prochaines années, près de 25 % de l'effectif seront partis à la retraite. Ces départs concernent surtout les techniciens de santé publique (73 %), les sages Femmes (52.1 %), les techniciens de radiologie (50 %) et les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie. Ces catégories, déjà en

Tableau n°4 : Répartition du personnel par corps

		MSP	Conakry	Boké	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	Nzérékoré	Total
<u>Personnel soignant</u>	Médecin	69	312	52	42	56	88	47	30	68	764
	SF	2	142	10	16	21	44	14	10	40	299
	Infirmier	8	349	68	65	64	115	63	42	205	979

	ATS	23	347	194	242	413	434	270	185	419	2527
	Dentiste	1	6	.	.	2	3	2	3	1	18
	T. odonto	3	8	2	1	1	1	1	2	1	20
	T.Radio	.	5	.	1	.	1	.	1	.	8
	Biologiste	15	38	8	3	6	15	4	6	8	103
	T.Labo	14	78	16	11	10	28	12	23	28	220
	T.Sté Pub	44	41	13	11	28	22	4	7	29	199
	Pharmac.	23	52	8	6	10	14	9	6	14	142
	P.Pharm	5	31	5	4	1	5	1	1	4	57
<u>Personnel</u>	Insp-SFC	9	3	1	5	1	3	1	1	3	27
<u>de soutiens</u>	Con-SFC	7	11	2	1	5	5	2	4	8	45
	Séc-SF	2	3	1	3	1	4	3	1	2	20
	Séc.Dact	16	8	6	3	1	2	4	1	3	44
	Sécrét.	1	7	5	11	2	6	3	3	3	44
	Commis	4	.	3	1	.	.	.	3	2	12
	Profess.	5	2	.	.	7	1	.	.	.	15
	Ingénieur	6	3	.	2	3	.	2	.	1	17
	Aide Ing.	3	16	.	2	2	.	2	1	.	26
	Ag. maint.	1	.	4	5	7	2	1	1	3	24
	Manutent.	.	2	1	4	2	1	.	3	1	14
	Matrone	.	20	40	50	5	24	7	19	5	170
	G/F salle	.	107	67	67	15	47	29	21	42	395
	Chauff.	14	10	11	15	2	14	12	7	4	89
	Ouvrier	1	21	6	13	1	1	1	3	3	50
	Planton	6	2	1	5	.	2	.	.	.	16
Total		302	1708	581	610	696	931	513	399	939	6679

Sous-effectif aujourd'hui, seront les plus rares dans un avenir proche si rien n'est fait pour corriger cette situation.

De plus, l'école où ces catégories professionnelles sont formées a une très faible capacité. Pire, il a été remarqué que la formation de certaines de ces catégories est suspendue.

Ce constat inquiétant amène à poser la question fondamentale suivante: Que fait-on ou que va-t-on faire pour assurer le renouvellement de ce personnel?

L'analyse de la qualification et de la distribution a montré de sérieux problèmes de gestion et trois types importants de déséquilibre: quantitatif, qualitatif et de distribution.

Les **problèmes de gestion** sont liés à la démotivation du personnel, l'absence de différenciation des tâches des différentes catégories de prestataires, faute de description de poste. La démotivation vient du manque de profil de carrière, des salaires bas, des mauvaises conditions de travail, du management autocratique des ressources humaines.

Le **déséquilibre quantitatif** se caractérise par l'excès de certaines catégories professionnelles (ATS et médecin par exemple) et l'insuffisance ou l'absence d'autres (sages-femmes, préparateurs en pharmacie, assistants sociaux par exemple). Il est fondamentalement dû à la production non planifiée, faute de coordination et de communication entre les services responsables de la formation initiale et le Ministère de la santé.

Le **déséquilibre qualitatif** est lié au faible niveau des élèves au recrutement, à la faiblesse des capacités d'encadrement (insuffisance numérique d'encadreurs, manque de matériel didactique, de bibliothèque, etc.), à l'absence de plan de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions qu'ils assument.

Le **déséquilibre de distribution** se caractérise par une répartition inéquitable du personnel entre Conakry et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales et même entre les régions.

Le tableau n° 5 ci-dessous montre que 49% du personnel soignant en exercice dans les structures de soins sont dans les hôpitaux et 51% dans les structures de soins de base. Il ressort également de ce tableau que 72,5% (hôpitaux et centres de santé urbains) de ce personnel sont dans les zones urbaines où vivent seulement 30% de la population.

Répartition du personnel par types de structures de soins

ETABLISSEMENTS DE SOINS	PERSONNEL DE SANTE	
	NOMBRE	PROPORTION
Hôpitaux	2295	48.9
Nationaux	841	17.9
Régionaux	467	10.0
Préfectoraux	987	21.0
Centres de santé	2396	51.1
CS Urbains	1107	23.6
CS Ruraux	1044	22.3
Poste de santé	245	5.2
Total	4691	100

2.2.3. Produits pharmaceutiques

L'approvisionnement est assuré au niveau national par trois sources officielles: la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), la cellule des médicaments essentiels du PEV SSP ME et les grossistes privés. La disponibilité est globalement bonne pour les médicaments de spécialité; mais, 85% des officines

privées se trouvent implantées dans la ville de Conakry. Pour le secteur public, des ruptures de stock sont souvent constatées.

Dans ce domaine, plus dans le domaine médical, le développement rapide et incontrôlé du secteur informel illicite est inquiétant. En effet, il met aussi en péril un nombre important d'officines et, bien que le prix du médicament y soit abordable, la qualité de celui-ci est douteuse. Il représente un risque réel et élevé pour la santé de la population car il constitue la source presque exclusive d'approvisionnement en médicament des pauvres (environ 40% de la population).

2.2.4. Ressources financières et financement du secteur

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources principales: L'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds.

L'Etat finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées, une partie de la formation initiale et continue. Il intervient aussi dans certaines opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux.

Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel.

Les populations prennent en charge une partie des infrastructures sanitaires et, à travers le système de recouvrement des coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, les dépenses d'entretien et de maintenance, les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées pour soins, examens complémentaires et achat de médicaments.

Les bailleurs de fonds financent essentiellement les travaux d'infrastructure et d'équipement, la formation initiale et continue, l'acquisition de moyens logistiques et l'achat d'une partie des vaccins dans le cadre du PEV.

Pour l'année 1998, la situation du financement de la santé en terme de dépenses réelles est présentée dans le tableau n°6.

Tableau n° 6 : Dépenses de fonctionnement du Ministère de la santé publique, 1998 (en millions de FG)

Sources	Prévisions	Pourcentage	Réalisations	Pourcentage
Etat	17884	90,2	14 630	79,8
Collectivités	19	0,1	5,779	0,03
Aide extérieure	1560	7,8	978	5,3

Population	365	1,9	2709	14,8
Total	19 828	100	18 322,779	100

Source : Division des Affaires Administratives du Ministère de la Santé, 1999.

Le montant de l'aide extérieure correspond aux actions de formation et de fourniture de médicaments par certaines institutions et ONG étrangères.

Il ressort que l'Etat est le principal bailleur du budget de fonctionnement de la santé, abstraction faite des dépenses des ménages vers les autres sources de soins non publiques.

La part du budget de fonctionnement de la santé dans le budget national pour la période considérée est de 3,5% contre 10% recommandés par L'Organisation Mondiale de la Santé.

L'analyse de la structure du budget de fonctionnement du Ministère de la santé montre que près de 90% sont destinés aux salaires et que seulement 10% sont réservés au fonctionnement de l'administration et des structures de soins.

La répartition de ce budget entre les différentes structures dans le secteur est présentée dans le tableau n°7.

Tableau n°7 : répartition du budget de fonctionnement du Ministère de la santé (en million de FG)

Niveaux	Montants	Pourcentage	Accroissement annuel moyen 1995 -98
Administration	6329	37	
Niveau primaire	4071	23	- 13%
Niveau secondaire	4520	26	+11%
Niveau tertiaire	2163	14	- 4%
Total	17 083	100	-6,5%

Source: Division des Affaires Administratives du Ministère de la Santé, 1999

Il est à noter que l'administration centrale consomme une part importante du budget de fonctionnement alloué par l'Etat au secteur, au détriment des structures de soins.

Tableau n° 8: Dépenses d'investissement du Ministère de la santé publique, 1998 (en millions de FG)

Sources	Prévisions	%	Réalisations	%
Etat (BND)	4 245	64,4	3 152	42
Aide extérieure	2 343	35,6	4 360	58
Total	6 588	100	7 512	100

Source: Rapport d'exécution budgétaire 1998, Ministère de l'économie et finances

Ce tableau montre que les investissements dans le secteur sont largement tributaires de l'aide extérieure.

D'après les tableaux n°6 et n°8 (réalisations), la part relative de chaque acteur dans le financement global (fonctionnement et investissement réunis) est de 68,83% pour l'Etat, 0,02% pour les collectivités, 20,66% pour l'Aide extérieure et 10,49% pour la population.

L'analyse du financement du secteur sur plusieurs années montre une baisse régulière de la contribution de l'Etat (voir annexes 1 et 2).

Le système de recouvrement des coûts comme mécanisme de mobilisation complémentaire des ressources par rapport au financement public fait face à de nombreuses contraintes. Il s'agit notamment de :

Faible pouvoir d'achat des usagers pour payer des tarifs adaptés aux coûts ;
Barrière financière à l'accès aux soins pour les personnes pauvres, notamment au niveau hospitalier ;

Quasi-absence de mécanismes de partage des risques et des coûts ;
Pratique de tarification parallèle par certains agents, augmentant ainsi les coûts des soins pour les malades et leurs familles.

2.3. Etat de santé de la population

Au niveau des structures primaires publiques et privées, les principales causes de consultations sont le paludisme, les maladies diarrhéiques aiguës, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers. Les statistiques en milieu hospitalier indiquent que les principales causes d'hospitalisation sont : le paludisme, les infections respiratoires, les anémies non drépanocytaires, les maladies diarrhéiques, les maladies chirurgicales, les affections gynécologiques et les maladies cardiovasculaires.

Les causes de mortalité au sein de la population ne sont pas connues, à cause de la faiblesse de l'état civil et de l'absence d'études à une échelle nationale. Les informations recueillies dans les établissements hospitaliers publics renseignent que les principales causes de mortalité sont : le paludisme pernicieux, les infections respiratoires basses, les anémies chez les enfants, les maladies cardiovasculaires, les affections hépatiques, les tumeurs et les complications liées à l'accouchement chez les adultes.

A ces causes s'ajoutent, en augmentation progressive, le SIDA, le diabète sucré et l'hypertension artérielle.

Les niveaux des principaux indicateurs de mortalité selon l'enquête démographique et de santé de 1999 sont les suivants :

Taux de mortalité infantile	98 pour mille
Taux de mortalité infanto-juvénile	177 pour mille
Taux de mortalité maternelle	528 pour 100 000 naissances vivantes

2.4. Gestion du système de santé

2.4.1. Processus de planification

Le processus de planification au sein du Ministère de la santé se caractérise par l'existence de projets et programmes sans une coordination cohérente entre eux. Leur mise en œuvre n'est pas intégrée dans les plans d'action des Inspections régionales et des directions préfectorales de la santé, entraînant souvent des chevauchements d'activités. Toutefois, sur le plan opérationnel, chaque année les services centraux et les structures déconcentrées élaborent des plans d'action qui sont très souvent indexés sur les ressources disponibles et non sur les besoins réels.

2.4.2. Suivi et coordination

Au sein du Ministère de la santé sont mis en place plusieurs mécanismes permettant d'assurer le suivi et la coordination des activités. Ces mécanismes s'exercent à travers des instances nationales et locales.

Au niveau central les principales instances sont le conseil de cabinet, la réunion de cabinet, les réunions des directions nationales, le comité technique de coordination, le comité de coordination des bailleurs de fonds, la revue annuelle des soins de santé primaires.

Au niveau régional se tient le comité technique régional de santé qui a pour but d'évaluer le suivi des plans d'action et d'assurer la coordination des activités.

Au niveau préfectoral se tient le comité technique préfectoral de la santé qui a un rôle identique à celui de la région, à l'échelle du district.

Au niveau sous-préfectoral est organisée la synthèse du monitoring qui a pour objet de suivre le niveau d'exécution des activités du centre de santé et de favoriser le dialogue avec la communauté.

2.4.3. Coordination intersectorielle et Partenariat

Pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé, le Ministère de la santé collabore avec les autres départements ministériels. Dans le domaine du partenariat, les communautés, les ONG et les bailleurs de fonds sont impliqués dans la conception, l'exécution et le financement de nombreux projets et programmes. Les principaux en cours d'exécution sont: le PEV/SSP/ME, le

projet santé et nutrition(PSN), le Projet Population Santé Génésique (PPPSG), les programmes verticaux de lutte contre le paludisme, la lèpre, la tuberculose et le SIDA.

2.4.4. Système d'information et de gestion

Le système d'information sanitaire est composé de nombreux sous-systèmes pilotés à des niveaux distincts et qui se répartissent comme suit:

Sous-système	Structures de pilotage
Le Système de monitoring	Le PEV/SSP/ME
Système de gestion hospitalière	La Direction des Etablissements de Soins
Le Système de surveillance épidémiologique	La DNSP et le SSEI
Le Système de gestion des ressources humaines	DAAF avec la section personnel et formation
Le système d'information à assise communautaire(SIAC)	SAN/DPS/DNSP en collaboration avec UNICEF, BM, OMS
Le système de surveillance de l'onchocercose.	DNSP (section endémie) et SSEI

Sources : SSEI

2.4.5. Recherche en santé

Pour la réalisation et le développement de la recherche, le Ministère dispose des structures que sont :

- L'Institut National de Santé Publique (INSP),**
- Le Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maférinyah,**
- L'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE),**
- Le service "Statistiques, Etudes et Information" (SSEI).**

En outre, toutes les structures sanitaires sont aussi des lieux de recherche opérationnelle.

2.4.6. Processus de décentralisation

Le processus de décentralisation dans le secteur de la santé revêt plusieurs formes qui sont complémentaires les unes des autres :

La privatisation. Cette forme extrême de la décentralisation est largement pratiquée par le système de santé, mais son développement est récent et très inégal aussi bien dans les domaines couverts que dans la répartition géographique.

La décentralisation technique. Elle s'exprime à travers la création de structures bénéficiant d'un statut d'E.P.A ou d'E.P.I.C. IL s'agit notamment de l'Institut National de Santé Publique, du Centre national de Transfusion Sanguine, du Centre national de la Médecine du Travail, des hôpitaux régionaux et nationaux et de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG).

La décentralisation territoriale. Elle se traduit par l'implication des élus locaux dans la gestion des centres de santé et des services rattachés comme les hôpitaux préfectoraux. Cette implication est, tout de même, faible encore. En effet, les communautés ne peuvent pas encore décider de l'utilisation des fonds de réserve des centres de santé bloqués dans les comptes en banque.

La déconcentration. Elle est matérialisée par le transfert de certaines fonctions de gestion du niveau central vers les inspections régionales et les directions préfectorales de santé.

III. RESULTATS DE L'EVALUATION DU SYSTEME

L'évaluation du système de santé guinéen à travers le schéma des déterminants majeurs permet de mettre en relief ses forces et ses faiblesses actuelles.

3.1. Acquis et points forts

3.1.1. Au niveau de la politique nationale et du cadre institutionnel

Il existe un cadre sectoriel qui repose sur la déconcentration avec une répartition des responsabilités entre les niveaux central, régional et préfectoral. Des textes juridiques sont élaborés définissant le statut des différents établissements de santé.

La politique hospitalière est définie ainsi que le statut des différents hôpitaux avec un système de gestion en cours de perfectionnement.

Il est mis en place des structures de gestion, notamment les Comités de gestion, les conseils consultatifs et les Conseils d'administration qui constituent des organes permettant la collaboration intersectorielle et l'implication des communautés dans la gestion des structures de soins.

Dans le domaine pharmaceutique, la politique pharmaceutique est définie. Il existe des critères formalisés d'accréditation des sociétés grossistes et des officines privées, une liste nationale des médicaments essentiels génériques et un formulaire en vue d'aider à la promotion et à la rationalisation des prescriptions dans les établissements de soins. Il est

créé une structure nationale d'approvisionnement en produits pharmaceutiques (PCG) qui jouit d'une autonomie de gestion.

Il est mis en place un cadre de concertation entre les différents acteurs intervenant dans le secteur, en vue d'améliorer la coordination, l'efficacité et l'efficience des interventions en santé.

3.1.2. Au niveau des ressources

Les infrastructures sanitaires fonctionnelles ont considérablement augmenté, permettant d'avoir actuellement une couverture géographique de plus de 70% dans un rayon de 10 km.

Les équipements et les moyens logistiques adaptés sont disponibles dans la majorité des centres de santé, ce qui permet d'assurer l'offre des prestations définies pour ce niveau.

La disponibilité des produits pharmaceutiques pour les structures du premier niveau est améliorée grâce au fonctionnement de la Cellule des Médicaments Essentiels.

Les ressources humaines disponibles sont affectées majoritairement dans les structures primaires.

3.1.3. Au niveau du financement

Le système de recouvrement des coûts est pratiqué et constitue un mécanisme qui contribue à la pérennité du fonctionnement adéquat des structures. Le principe de ce recouvrement des coûts est admis, sans contestation, par la population.

La politique tarifaire basée sur le forfait permet, théoriquement, de limiter les incertitudes, pour les communautés, quant au montant à payer du fait de l'utilisation des services.

L'Etat contribue au financement des établissements de soins par l'allocation de subventions de fonctionnement aux hôpitaux et pour l'achat des vaccins en faveur des centres de santé.

La politique de coopération bilatérale et multilatérale du gouvernement permet d'obtenir une très forte contribution des partenaires extérieurs au financement du secteur.

3.1.4. Au niveau des prestations et de la gestion du système

Il existe une carte sanitaire qui définit le Paquet Minimum d'Activité (PMA) et la liste des équipements par service. Des outils de rationalisation de la

gestion sont disponibles au sein des centres de santé et de certains hôpitaux de district.

Le monitoring et la supervision sont institués comme outils d'aide à l'amélioration de la qualité des services.

Il existe un système d'information sanitaire qui permet de recueillir les informations essentielles permettant la planification et la prise de décisions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

3.2. Problèmes et points faibles

3.2.1. Cadre institutionnel du secteur

L'organigramme du Ministère de la santé ne permet pas d'assurer l'efficacité des structures.

Des structures importantes pour réussir la mise en œuvre de la politique nationale telles que le personnel (DAAF), le laboratoire (DNPL) sont placées au rang de section et le SSEI au rang de division. Le flou des attributions des différentes Directions et l'absence de fluxogramme précisant leurs relations fonctionnelles entraînent des conflits de compétence. L'ancrage institutionnel des projets et des programmes transversaux est ambigu.

Les pouvoirs de tutelle vis-à-vis des EPA et de l'E.P.I.C se confondent avec les pouvoirs de gestion de ces structures. Ainsi, le ministère de la santé ne peut pas jouer son rôle d'arbitre.

Les Conseils d'Administration des hôpitaux nationaux et régionaux sont majoritairement composés par les cadres de l'administration générale. Ce choix limite considérablement la participation des usagers et des élus locaux dans la gestion de ces structures qui ont pourtant un caractère éminemment social.

Au niveau des structures intermédiaires (régionales), on note l'existence d'une double dénomination, celle de Directeur régional pour la ville de Conakry et d'inspecteur pour les régions administratives. De plus, les relations entre l'hôpital régional et l'Inspection régionale de la Santé ne sont pas clairement définies.

Au niveau préfectoral, les relations entre la Direction de l'hôpital et la Direction Préfectorale de la Santé ont le même niveau hiérarchique, à savoir celle d'une division. Sur le plan organique, la DPS dispose d'un service administratif et financier qui n'a pas les compétences de donner un quitus sur les pièces comptables à envoyer au Ministère de la Santé.

Au niveau communautaire, l'appartenance du centre de santé et les relations entre le Comité de gestion et les Communautés Rurales de Développement (CRD) ne sont pas clarifiées. L'administration pèse encore très lourdement dans

la gestion des centres de santé. Cette situation constitue un facteur limitant au développement des initiatives communautaires. Les mécanismes communautaires (mutuelles, comités de santé, association des usagers, etc.) permettant le contrôle social des services de santé par la population sont peu développés.

3.2.2. Ressources humaines

Par rapport aux normes d'effectif minimum défini par niveau dans la carte sanitaire, le nombre de personnel de santé est insuffisant. Cette insuffisance est marquée surtout pour certaines catégories dont la présence contribuerait grandement à la qualification des soins.

Le personnel est mal réparti et concentré en zone urbaine avec d'importantes disparités régionales. Ce constat est particulièrement marqué au niveau de la capitale qui compte:15 % de la population, environ 50 % des médecins et sages-femmes et 38 % des Aides de Santé. Ce déséquilibre constitue un facteur limitant à l'amélioration des performances du système de soins.

Il n'y a pas de véritable politique de main d'œuvre pour le secteur. En effet, on constate l'absence de plan de recrutement, de redéploiement, de plan de carrière, et d'amélioration des conditions de vie du personnel.

Il n'existe pas de cadre formalisé et de critères objectifs pour les prises de décision en matière de gestion des ressources humaines(nomination aux postes de responsabilité, affectation, allocation de bourses de formation...)

L'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé est patente. Elle entraîne un surnombre de certains profils sur le marché du travail (médecins et ATS, etc.) et l'insuffisance ou l'absence d'autres (dentistes, sages-femmes, ingénieurs et techniciens sanitaires, médecins spécialistes, etc.). En outre, la qualité de la formation initiale est globalement peu satisfaisante et ne tient pas compte des besoins.

3.2.3. Infrastructures et les équipements

Les Infrastructures et les équipements ne sont pas adaptés aux besoins.

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement depuis 1988, certaines infrastructures ne répondent pas encore aux normes techniques et fonctionnelles requises pour assurer une prise en charge adéquate des malades.

Dans les structures de référence, notamment les hôpitaux, le niveau du plateau technique ne permet pas de prendre en charge certaines pathologies assez fréquentes dans le contexte épidémiologique actuel. Cette situation est, entre autres, à la base de nombreuses évacuations sanitaires, causant une importante fuite de devises pour le pays.

Il n'existe pas de système performant de maintenance des infrastructures et des équipements (plan de maintenance, normes, procédures en matière de gestion du patrimoine et système de financement) dans la majorité des préfectures et régions. En conséquence, la maintenance est insuffisante et la durée de vie des investissements est généralement réduite, avec son corollaire, le «perpétuel recommencement». La maintenance des moyens logistiques fournis par les projets est encore centralisée.

Le secteur informel se développe de façon incontrôlée.

3.2.4. Produits pharmaceutiques

La liste des médicaments essentiels ne prend pas en compte certains besoins des hôpitaux en général et plus particulièrement ceux des hôpitaux nationaux. Cette situation contribue à l'inflation des coûts des prestations pour les malades.

Le système public d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments est encore fragile. En conséquence, les ruptures de stock dans les structures de soins publiques et d'approvisionnement sont fréquentes et souvent longues.

Dans le privé, malgré les améliorations en cours caractérisées par le début de la vente de médicaments essentiels génériques, les prix des produits pharmaceutiques de spécialités restent encore trop élevés par rapport à la bourse du guinéen moyen et à l'absence de mécanismes de solidarité.

Pour le secteur il n'existe, dans tout le pays, aucun circuit officiel d'approvisionnement.

Ici aussi, le secteur informel se développe de façon incontrôlée.

3.2.5. Ressources financières

Il est pratiqué un système de recouvrement des coûts uniforme pour l'ensemble des régions sans prendre en compte les disparités économiques. De plus la «surtarification» illicite est fréquente et contribue à réduire le niveau d'utilisation des services, à la baisse des recettes de certains centres et maintenir élevé certains coûts unitaires.

La part du budget de L'Etat alloué au fonctionnement du Ministère de la santé est en baisse (en termes nominaux et réels) depuis 1997. De plus, le taux de décaissement de ce budget est faible, rendant ainsi aléatoire le fonctionnement adéquat des structures de santé.

Du fait de la faible mobilisation de ressources internes, le financement des investissements et des dépenses de fonctionnement du secteur est largement tributaire des contributions extérieures.

Le faible développement des mécanismes de partage des risques maladie dans le pays constitue une limite aux alternatives de financement du secteur et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

3.2.6. Gestion du système

A. Qualité des prestations

Le paquet minimum d'activités (PMA) est encore restreint et ne comporte pas certains services demandés par les bénéficiaires. Ce caractère statique contribue à la stagnation voire la diminution de l'utilisation des établissements de soins.

La réactivité du système de soins ne répond pas toujours aux critères de confidentialité, de confort et d'information du patient sur son problème de santé.

La démarche qualité appliquée dans le secteur de la santé est trop centrée sur le contrôle, avec une faible responsabilisation des agents de santé. En effet, les dimensions qui se rapportent à l'adaptation de l'offre des services à la demande, la formation continue du personnel, la définition de contrats d'objectifs et d'un système de transparence dans la gestion ne sont pas suffisamment développées. Le monitoring a perdu son caractère d'outil d'auto-évaluation pour devenir outil de contrôle inefficace, car ne contribuant presque pas à la solution des problèmes.

Les supervisions des Directions Préfectorales et des Inspections Régionales de la santé accordent la primauté aux aspects financiers au détriment de la qualité des soins. Elles sont actuellement perçues par les supervisés comme une inspection. On confond donc la supervision et l'inspection ou contrôle alors que les deux ont des rôles bien différents.

B. Système d'information sanitaire

Il est orienté à la fois vers le secteur public et le secteur privé. Mais, l'intégration et la synthèse de l'information sont difficiles à cause de la multiplicité des sous-systèmes et du manque de coordination. En conséquence, différents rapports d'analyse sont incohérents.

Au niveau central, de même qu'au niveau des IRS et des DPS, la capacité d'analyse et d'exploitation des données collectées est insuffisante. Cette analyse est encore trop centralisée, faute de moyens en périphérie.

Au niveau du système d'information à base communautaire, Il n'y a pas de stratégie nationale ni de mécanisme de coordination en matière de services à base communautaire. En conséquence, les intervenants dans ce domaine

offrent des services de nature très diverse et utilisent souvent des approches très différentes. Certaines de ces approches ne sont pas soutenables à long terme.

C. Cycle de la planification

Actuellement, il consiste à préparer des plans d'actions opérationnels (PAO) aux objectifs à court terme, généralement incohérents, ne répondant pas à une vision sectorielle globale à long terme.

La politique sanitaire est mise en œuvre par des projets et des programmes mal intégrés aux structures organiques du Ministère, réduisant l'efficacité et l'efficience du système.

Les structures régionales et préfectorales manquent de capacité technique dans la formulation de programmes de santé.

L'appui du niveau central aux structures déconcentrées pour le développement d'outils, de techniques de planification, de suivi et d'évaluation est insuffisant.

D. Recherche

Dans ce domaine, la capacité humaine technique, matérielle et financière pour le développement de la recherche est faible à tous les niveaux du système de santé. Les institutions de recherche en santé ne sont pas développées. Il n'y a pas de mécanisme incitateur à la recherche :

- le financement est difficile à obtenir,
- les résultats, rarement diffusés, ne sont généralement pas utilisés pour améliorer la qualité des services ou la gestion du système.

E. Processus de décentralisation

Il est encore lent. Les fonctions à transférer ne sont pas encore définies. Le rôle et les pouvoirs des différentes structures décentralisées dans le secteur de la santé ne sont pas clarifiés.

Il n'y a pas de mécanisme de gestion participative des services de santé à cause de la mauvaise répartition des tâches, de l'absence de travail d'équipe et du manque de concertation entre différents acteurs.

Au niveau des services périphériques (IRS et DPS), les capacités institutionnelles sont insuffisantes dans leur majorité. Les responsables de ces services ne semblent pas avoir pris conscience de la responsabilité qu'ils doivent assumer et du pouvoir qu'ils doivent exercer à cet effet.

F. Coordination

La coordination des interventions et la concertation avec les partenaires sur le terrain sont, en général, faibles.

Il n'existe pas de cadre de concertation dans la lutte contre certaines maladies car les comités nationaux institués à cet effet ne sont pas fonctionnels.

Malgré les dispositions de la politique sanitaire, la verticalité de la majorité des programmes de lutte contre les maladies constitue un obstacle à une planification intégrée. Elle favorise une approche centralisée et provoque une interférence de leurs activités avec celles des services déconcentrés (DPS et IRS) par manque de coordination.

3.2.7. Autres déterminants de la santé

La population vit dans de mauvaises conditions d'hygiène, augmentant le risque de maladie.

Les habitudes de vie et les comportements de la population ne sont pas toujours favorables à la santé.

Les mariages et les relations sexuelles précoces sont des facteurs de risque pour la santé des adolescentes et contribuent à aggraver la mortalité maternelle. La pratique de l'excision, des tatouages et le faible niveau d'instruction sont favorables à l'altération de l'état de santé des femmes. Le sororat et le lévirat, largement pratiqués, sont des facteurs favorisant la transmission des IST y compris le SIDA.

La consommation de la drogue, du tabac et de l'alcool constituent un fléau, notamment pour les jeunes et les adolescents.

L'automédication favorisée par la vente illicite des médicaments est un comportement néfaste de plus en plus observé au sein des populations.

L'ensemble de ces phénomènes est amplifié par la pauvreté d'une grande proportion de la population.

3.2.8. Etat de santé de la population

L'état de santé de la population est encore préoccupant. En effet, les taux de mortalité maternelle et infantile et la prévalence de certaines affections sont élevés.

Certaines maladies émergentes (VIH/SIDA, hypertension artérielle, diabète, cancer du col utérin, maladies de la prostate, etc.) et réémergentes (tuberculose, trypanosomiase, lèpre, etc.) prennent une place de plus en plus inquiétante dans le tableau épidémiologique du pays. Il en est de même des accidents de circulation, de la toxicomanie sous toutes formes. Enfin, le taux de mortalité maternelle est encore très élevé.

3.3. Défis

Les défis majeurs à relever par le système de santé au cours des dix prochaines années sont :

1. la pérennité des acquis, qui passera par un effort renouvelé d'engagement et de responsabilité de la part des professionnels de la santé, de l'Etat, des communautés et des partenaires au développement. Cet engagement inclut le financement et la décentralisation du système.
2. l'accès équitable aux soins et aux services de santé pour que chaque guinéen puisse bénéficier en temps opportun des soins requis par son état de santé.
3. L'amélioration de la qualité des soins et des services avec l'observance de standards internationalement reconnus.
4. Le contrôle du paludisme et les maladies émergentes et réémergentes y compris les IST-SIDA, qui exigera la mobilisation de chacun.

3.4. Opportunités

Il existe une forte volonté politique du Gouvernement pour améliorer la santé de la population. Cette volonté se traduit par l'inscription de la santé parmi les secteurs prioritaires de la politique nationale de développement.

La superposition de l'organisation du système de soins avec le découpage administratif est favorable à la décentralisation et, de ce fait, à une meilleure intégration de la santé dans le processus local de développement.

La décentralisation de l'administration territoriale, en cours de renforcement avec l'appui des partenaires, pourrait contribuer à accélérer celle du secteur de la santé et à créer un contexte favorable aux actions intersectorielles au niveau périphérique.

Le pays dispose d'un nombre important de cadres formés en santé publique ou en administration des services de santé capables de piloter les réformes dans le secteur.

Le programme de remise de la dette par les bailleurs de fonds devrait permettre de mobiliser des ressources financières additionnelles pour le secteur de la santé.

Le marché de l'emploi dispose d'une main d'œuvre suffisante pour satisfaire les besoins en personnel dans les établissements de soins en général et dans les centres et postes de santé en particulier.

IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

4.1. Vision

Notre vision est une société dans laquelle tous les guinéens sont en bonne santé. Cette vision implique:

L'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire.

Une plus grande responsabilisation communautaire pour une meilleure implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé

Une plus grande motivation et une meilleure répartition du personnel de santé pour garantir des prestations de qualité.

Une meilleure sécurisation de la disponibilité des produits pharmaceutiques essentiels accessibles à la majorité de la population.

Un système de financement alternatif qui permet de développer la solidarité entre les membres d'une même communauté.

Un cadre de travail approprié qui stimule les initiatives individuelles et collectives.

Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.

4.2. Principes

Les principes qui sous-tendent la vision sont les suivants :

1. **La consolidation des acquis:** Les acquis les plus importants du secteur depuis 1985, sont en rapport avec les soins de santé primaires, la réforme hospitalière et la politique pharmaceutique. Les actions entreprises dans ce cadre ont permis l'amélioration de la couverture sanitaire, la diversification des soins au niveau des structures, l'intégration des activités préventives, curatives et promotionnelles au niveau des services de santé de base, et la promotion des médicaments essentiels génériques. Ces stratégies seront renforcées au cours de la décennie à venir.
2. **L'accès universel aux soins et aux services pour tous:** Ce principe conduira à la réorganisation des services de soins et à faire en sorte que les nouveaux investissements en tiennent compte en vue d'une répartition

équitable des ressources (structures de soins, ressources humaines, ressources financières).

L'accès universel reposera sur des mécanismes de solidarité pour que les facteurs liés au coût des prestations ne limitent pas l'accès des pauvres aux services de santé.

3. **L'amélioration de la qualité** des soins et des services disponibles: La prise en compte de ce principe passe par l'amélioration du fonctionnement des services et l'amélioration continue des prestations de manière qu'elles soient conformes aux normes établies, scientifiquement reconnues.
4. **La lutte contre la pauvreté**: Les interventions pour les 10 ans à venir doivent s'inscrire dans la stratégie globale de réduction de la pauvreté, par le ciblage des populations les plus vulnérables (femmes, jeunes, population des zones réputées de forte pauvreté).
5. **La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions**: Les stratégies les plus efficaces pour un coût supportable par les ressources disponibles seront recherchées. Les interventions respecteront scrupuleusement ce principe. A ce titre, elles seront intégrées et coordonnées pour une meilleure utilisation des ressources.
6. **L'unicité du système de santé**: Le système de santé est un ensemble global, intégré. Toute structure sanitaire, administrative ou de soins, publique ou privée, quels que soient son statut et sa localisation, doit s'y insérer harmonieusement dans un cadre d'équilibre dynamique. Le système ne doit pas comporter de solution de continuité.
7. Le système de santé sera orienté vers la **satisfaction des besoins du client**. Ceci signifie que le système met l'être humain au centre de ses préoccupations. Cela signifie aussi que la communication sera développée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et, d'autre part, entre les structures sanitaires et leurs partenaires (population générale, usagers, autres secteurs, ONG, bailleurs de fonds, etc.).
8. Le développement du système de santé tiendra régulièrement compte de la nécessité d'assurer **des prestations globales, intégrées et continues**.
9. Les décisions seront fondées sur une **démarche rationnelle**.
10. Le système de gestion globale du secteur sera conçu de manière à engager tous les acteurs vers la **recherche de l'excellence** et le **travail en équipe** dans la solution des problèmes.
11. **L'engagement responsable du personnel** sera continuellement recherché dans le cadre d'une équipe de travail.

12. **La nécessité de la collaboration intersectorielle et de la participation des usagers et des communautés** dans un cadre de **partenariat** sera constamment prise en compte, en vue d'optimiser l'utilisation des ressources et maximiser les bénéfices tout en contrôlant les coûts.

13. Les engagements internationaux relatifs à la santé pris par le Gouvernement seront respectés.

4.3. Objectifs

L'objectif général est de contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population.

L'objectif spécifique vise à mettre en place, d'ici l'an 2010, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté.

4.4. Axes stratégiques

4.4.1. Axe stratégique n°1 : Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle

La lutte contre la maladie vise à créer les conditions permettant de réduire la morbidité, la mortalité et les complications liées aux maladies prioritaires.

A. Maladies prioritaires

Sont retenues prioritaires les maladies ci-dessous satisfaisant à la combinaison des critères suivants:

- Faire partie des principales causes de consultation, d'hospitalisation dans les structures de soins ou de mortalité hospitalière,
- Représenter de véritables menaces pour la santé publique à cause de l'augmentation rapide de leur prévalence dans le pays,
- Etre sensible à des interventions reconnues d'un bon rapport coût-efficacité.

A.1. Maladies infectieuses: tétanos, rougeole, tuberculose, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, hépatite B, fièvre jaune, shigellose, infections respiratoires aiguës (IRA), maladies diarrhéiques

La vaccination est reconnue comme l'intervention de meilleur rapport coût-efficacité contre ces maladies, à l'exception des infections respiratoires, des maladies diarrhéiques et des shigelloses. De ce fait, elle reste le principal moyen de lutte contre ces maladies. Les objectifs du PEV, pour les 10 prochaines années seront :

- Assurer une disponibilité suffisante des vaccins essentiels: DTCOQ, polio, VAT, BCG, anti-rougeoleux, anti-amaril, anti-hépatite B,
- Atteindre une couverture vaccinale totale de 90% des enfants de moins d'un an et des femmes en âge de procréer, y compris dans les zones pauvres et enclavées.
- Eradiquer la poliomyélite à court terme.

La réalisation de ces objectifs passera par:

- L'intégration des vaccins anti-amarils et anti-hépatite B dans le PEV de routine.
- La mise en place de mesures régionales spécifiques permettant de couvrir les zones pauvres et enclavées, dont la vaccination au porte-à-porte.
- L'utilisation d'une partie des fonds issus de la réduction de la dette pour le PEV. Ces fonds serviront à :
 - l'achat de vaccins essentiels,
 - l'achat de l'équipement et du matériel de vaccination,
 - l'achat des moyens de déplacement,
 - l'achat du carburant pour la conservation des vaccins et les activités avancées et de supervision,
 - l'entretien des équipements, du matériel de vaccination et des moyens de déplacement,
 - la formation du personnel,
 - l'organisation des journées nationales de vaccination (JNV).

Pour la tuberculose, en particulier, la chimiothérapie de courte durée, connue sous le nom de stratégie «DOTS», est considérée comme une des interventions de santé publique ayant le meilleur rapport coût-efficacité. A ce titre, elle constitue un des éléments importants de la stratégie de lutte antituberculeuse efficace retenue en Guinée.

Les cinq principaux éléments de cette stratégie sont les suivants:

1. L'engagement politique des autorités en faveur de la tuberculose à tous les niveaux;
2. La priorité accordée à la détection des sources d'infection par le dépistage passif des cas suspects et le diagnostic confirmé par l'examen microscopique des crachats;
3. Le traitement des cas diagnostiqués en particulier ceux à microscopie positive, par la chimiothérapie de courte durée entièrement supervisée au moins pendant la phase intensive;
4. L'approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux essentiels et en réactifs de laboratoire;

5. La mise en place d'un système de surveillance permettant la supervision et l'évaluation: registres, fiches, formulaires de rapport trimestriel, etc.

Les IRA et les maladies diarrhéiques continueront à être prises en charge comme maladies courantes dans le cadre des soins de santé primaires.

A.2. Infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le SIDA

Il est maintenant reconnu que les IST sont d'importants facteurs favorisant l'infection au VIH. La prévalence élevée de cette dernière dans la sous-région, la menace qu'elle représente pour la Guinée et son association fréquente à la tuberculose (TBC) justifient la haute priorité accordée à ces pathologies. Le défi majeur consiste à maintenir basse la séroprévalence nationale du VIH. Cela suppose:

- Le développement d'une collaboration intersectorielle efficace, dans un cadre de partenariat contre les IST/SIDA. Des campagnes nationales d'IEC planifiées et exécutées par des équipes multisectorielles utilisant tous les moyens audio-visuels disponibles et les méthodes traditionnelles de communication et d'éducation contribueront à l'utilisation généralisée des moyens de protection.
- La prévention de la transmission mère-enfant du VIH par l'utilisation des médicaments appropriés.
- La recherche du VIH/SIDA dans tous les cas de TBC résistant au traitement habituel.
- Le traitement efficace des cas.
- La prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH.
- La sécurité transfusionnelle.
- Le marketing des préservatifs.

Les principales cibles des actions d'IEC sont les filles libres, les routiers, les militaires, les jeunes, les leaders d'opinion, les enseignants à tous niveaux, les élèves ou étudiants, les leaders politiques et les populations à forte concentration de réfugiés.

L'organisation et le fonctionnement du programme national et son niveau de rattachement seront revus de manière à le rendre plus opérationnel et plus efficace et efficient.

Compte tenu de la forte relation entre IST et SIDA, la qualité de la gestion des IST sera améliorée tant dans les services publics que dans le privé par :

- L'approvisionnement adéquat en médicaments essentiels, la formation et l'incitation des praticiens (privés et du secteur public) à la prise en charge des IST par l'approche syndromique.
- L'introduction de la gestion syndromique des IST dans le curriculum de formation des professionnels de la santé.

A.3. Paludisme

Le pays appliquera fondamentalement les principales stratégies retenues par la Conférence internationale d'Amsterdam en 1992, pour la lutte contre le paludisme, à savoir:

- Le traitement des cas,
- La prophylaxie chez la femme enceinte
- La prévention du contact homme-vecteur par l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

L'IEC sera orientée vers la promotion de ces stratégies en priorité. Elle portera secondairement sur les mesures de contrôle du vecteur, telles l'hygiène et l'assainissement de l'environnement.

A.4. Carences nutritionnelles

Pour lutter contre les carences nutritionnelles, le Gouvernement envisage les stratégies suivantes:

- La sécurité alimentaire par le développement d'activités de production. Cela conduira à la mise en œuvre de stratégies intersectorielles, notamment de réduction de la pauvreté.
- La stimulation d'actions communautaires pour la récupération nutritionnelle fondée sur l'utilisation des aliments locaux, la prévention des cas et la promotion de la surveillance nutritionnelle.
- La poursuite de la distribution du fer aux femmes enceintes, du fer et de la vitamine A aux enfants, y compris dans les écoles.
- Dans le cadre de la lutte contre les maladies dentaires, la fluoration du sel importé et produit localement sera exigée.
- La généralisation de la consommation du sel iodé. Dans ce cadre, les mesures suivantes seront prises:

L'application rigoureuse du décret relatif à l'iodation du sel importé et vendu en Guinée.

Le contrôle de la qualité de l'iodation du sel aux postes frontaliers, dans les magasins, aux marchés et dans les ménages. Les douaniers, les agents de santé, les agents du commerce, etc., seront formés et disposeront des outils nécessaires à cet effet.

Le sel produit localement sera iodé.

Des enquêtes nationales périodiques, notamment les enquêtes démographiques et de santé, seront organisées pour suivre l'évolution de ces problèmes.

A.5. Onchocercose

Cette maladie ne représente plus un problème de santé publique en Guinée; mais le risque qu'elle revienne n'est pas nul. En conséquence, l'effort sera concentré sur les surveillances entomologique et épidémiologique, et la prévention par la distribution de l'ivermectine dans les centres de santé et à base communautaire. L'épandage d'insecticide, ponctuel et localisé, sera guidé par les résultats de la surveillance entomologique.

A.6. Maladies chroniques et héréditaires: lèpre, hypertension artérielle, diabète, asthme, drépanocytose, cataracte, trachome, carie dentaire, maladies mentales

Pour l'élimination de la lèpre en 2006, les stratégies ci-dessous seront continuées:

- La détection des cas par une collaboration entre les communautés et les structures de santé.
- La polychimiothérapie.
- La surveillance épidémiologique.

Pour les autres maladies de ce groupe, des études seront conduites pour décrire la situation épidémiologique et définir les stratégies de contrôle appropriées.

A.7. Santé de la reproduction et mortalité maternelle

Le secteur de la santé contribuera à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles par la mise en œuvre de la politique de santé génésique incluant:

- La prise en charge des grossesses à risque et des urgences obstétricales,
- L'accouchement sous surveillance,
- La lutte contre les mutilations sexuelles chez les filles,
- La promotion de la planification familiale,
- La prise en charge des IST en tant cause importante de stérilité.

Les réflexions continueront sur l'organisation d'un système de référence efficace, notamment des urgences obstétricales. Dans ce sens, les communautés seront encadrées pour développer les mutuelles afin de couvrir ces besoins.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus sera introduit dans les structures de soins, depuis le centre de santé jusqu'aux hôpitaux. Cela veut dire :

Le personnel sera formé à la réalisation du test du lugol,

Les directives pour la suite à donner aux cas positifs seront précisées,
Les consommables et matériels nécessaires seront rendus disponibles dans les structures de soins,
Des actions éducatives (IEC) seront développées en directions des femmes et du personnel de santé.

B. Prévention

Prévention primaire : La vaccination contre les maladies évitables par vaccination, le suivi des grossesses pour identifier précocement celles à risque, le suivi nutritionnel et la supplémentation chez les enfants de moins de cinq ans et la lutte contre les grossesses précoces (réduction de la fréquence des mariages précoces, mise en place de la logistique des contraceptifs et des préservatifs, etc.) et l'I.E.C seront renforcés. Des mesures permettant d'identifier et de contrôler les déterminants majeurs des principales causes de morbidité et de mortalité seront développées.

Prévention secondaire : Elle vise à réduire la mortalité, les complications et les invalidités. L'efficacité sera constamment recherchée dans la prise en charge (diagnostic, traitement et/ou référence précoces) des cas de maladie et des grossesses à risque. Un aspect important de ce niveau de prévention concerne les actions, notamment d'I.E.C, orientées vers le contrôle des déterminants y compris les comportements néfastes à la santé.

Prévention tertiaire : Il s'agira d'harmoniser, avec les autres secteurs partenaires, les interventions médico-sanitaires et sociales en vue de la réhabilitation et de la réinsertion des cas d'invalidité.

C. Organisation de la lutte contre la maladie

C.1. Intégration des activités

L'intégration vise à assurer qu'il y ait une approche systémique dans l'adoption des interventions, de manière que celles-ci soient harmonieuses, complémentaires et synergiques. Elle est à la fois technique et organisationnelle.

L'intégration technique consistera à analyser, lors de la prise en charge du patient, non seulement son problème de santé mais aussi les déterminants de ce problème. Cette approche permettra de prendre des mesures globales de soins du malade et de contrôle des déterminants.

L'intégration organisationnelle signifie que toutes les ressources du système seront mises en commun au niveau opérationnel, dans le cadre d'un travail d'équipe.

Dans ce cadre, l'effort nécessaire sera fourni pour éviter la duplication et la fragmentation des services. La suppression de la verticalité et du cloisonnement des interventions de la majorité des programmes et la fusion des programmes proches y contribueront.

A ce titre, toutes les activités opérationnelles seront désormais planifiées et exécutées par les structures déconcentrées, en collaboration avec les collectivités territoriales. Le rôle des unités de coordination des programmes et des projets, qui sera développé dans le chapitre «Organisation du système national», sera réorienté conformément à cette disposition. Cela évitera l'interférence des activités des structures déconcentrées par celles des structures centrales, des projets et programmes nationaux.

La programmation des investissements dans le secteur sera coordonnée avec la préparation du budget de fonctionnement pour tenir nécessairement compte des implications des investissements dans le fonctionnement du secteur en terme de réorganisation et de dépenses récurrentes.

Les capacités nécessaires à la réalisation de ces mesures seront créées dans toutes les structures (administratives et de soins) et à tous les niveaux du système sanitaire. Les chefs de programmes seront encadrés pour qu'ils puissent jouer leurs nouvelles fonctions.

C.2. Surveillance épidémiologique et lutte contre les épidémies

La surveillance sera continuée, dans un premier temps, à travers les postes sentinelles qui seront choisis dans les zones à risque. Progressivement, selon la disponibilité des moyens, elle sera systématiquement assurée par toutes les formations sanitaires.

La notification hebdomadaire sera retenue pour les maladies à potentiel épidémique (choléra, méningite, fièvre jaune, rougeole, hépatite virale, shigellose) et celles qui nécessitent des investigations spéciales après la notification d'un cas (poliomyélite, ver de Guinée, tétanos néonatal).

Dans le cadre du fonctionnement du district sanitaire, les capacités humaines et matérielles seront créées dans les directions préfectorales de la santé pour les rendre capables d'analyser les données collectées et, si nécessaire, agir. Cela passera par:

- La formation du personnel à tous les niveaux afin qu'il puisse accomplir ses tâches.
- L'extension du réseau de radio de manière que chaque centre de santé puisse communiquer facilement avec la D.P.S, l'I.R.S et/ou le niveau central.
- La mise en place d'un réseau de laboratoires pour appuyer le diagnostic et la confirmation des cas.

- Le prépositionnement des médicaments dans les zones à haut risque.
- L'informatisation du système, au fur et à mesure que les conditions locales le permettront, afin d'accélérer l'analyse des données et la prise de décision.
- La préparation et la distribution de guides tant pour la surveillance épidémiologique que pour les interventions en cas d'épidémie.

C.3. Médecine traditionnelle

Les activités concernant la médecine traditionnelle visent à :

- ρ **Utiliser de façon optimale les ressources de la médecine traditionnelle (tradi-praticiens et médicaments) afin que celle-ci contribue à la promotion des soins de santé primaires**
- ρ **Promouvoir les pratiques traditionnelles favorables à la santé en éliminant celles qui lui sont nuisibles**
- ρ **Préserver et développer le savoir médical traditionnel.**

Ces objectifs pourront être atteints par l'intégration, la recherche et la collaboration intersectorielle.

L'intégration se conçoit sur les plans structurel et fonctionnel.

Au plan structurel, il s'agira de la prise en charge de la médecine traditionnelle par le système de gestion des services de santé du niveau central jusqu'au niveau périphérique.

Sur le plan fonctionnel, l'intégration veut dire le maintien des tradi-praticiens dans leur milieu de travail habituel et le développement de la collaboration entre eux d'une part, et entre eux et le personnel de santé moderne d'autre part, dans le cadre d'un système de référence-recours, qui respecte les compétences reconnues à l'un et à l'autre groupe.

Pour cela, leur organisation en associations sera favorisée. De plus, le code réglementant l'exercice de la médecine traditionnelle sera élaboré et appliqué, en vue de la promotion et de la protection de la santé publique.

La recherche dans le domaine sera développée de sorte à:

- ρ **permettre une connaissance approfondie de la médecine traditionnelle en tant que système médical sous ses différents aspects, y compris les aspects culturels et anthropologiques.**
- ρ **permettre la rationalisation des pratiques thérapeutiques traditionnelles.**
- ρ **déterminer l'efficacité et l'innocuité des médicaments traditionnels afin de favoriser une production locale de formes pharmaceutiques à partir de la flore nationale.**

La collaboration intersectorielle, notamment avec les secteurs chargés de l'environnement, de l'agriculture, de l'industrie, des finances sera nécessaire pour garantir la préservation, la culture et l'exploitation rationnelle des plantes médicinales.

L'environnement réglementaire et financier nécessaire à cet effet sera progressivement mis en place. Le Ministère de la santé mènera le plaidoyer nécessaire pour obtenir l'appui des partenaires.

De plus, les remèdes dont la sécurité et l'efficacité auront été démontrées figureront dans la liste nationale des médicaments essentiels. Les populations seront éduquées de manière qu'elles puissent faire des choix appropriés en ce qui concerne l'utilisation de la médecine traditionnelle.

4.4.2. Axe n°2: Renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion

Le renforcement de la capacité institutionnelle passera par des réformes prioritaires et la réorganisation du système.

A. Réformes prioritaires

A.1. Missions du ministère

Les missions actuelles du département seront maintenues. Des textes juridiques seront pris pour clarifier le rôle du ministère dans la santé dans la gestion des services de santé fonctionnant au compte d'autres départements tels le Ministère de la Défense, celui des mines et géologie, etc.

A.2. Réforme du statut des établissements de soins publics

Les centres de santé seront des structures communautaires à part entière. Pour ce faire, ils continueront à être gérés par les comités de gestion qui seront rattachés aux collectivités décentralisées (CRD, Mairies). La formation et l'information des membres des comités de gestion, des responsables des CRD, des Communes et des sous-préfets seront assurées et poursuivies de manière à les doter des capacités et de la motivation d'assumer leurs responsabilités.

Cette nouvelle orientation conduira à démedicaliser la vente des produits pharmaceutiques et la perception des recettes qui seront désormais exercées par les agents communautaires. Le rôle du ministère dans ce mode de gestion consistera à superviser les activités techniques et à contrôler le respect de la réglementation, des procédures administratives et comptables définies de commun accord. Les Hôpitaux préfectoraux qui ont statut de service rattachés seront érigés progressivement en établissement public administratif selon un chronogramme qui tiendra compte de leur capacité de gestion. A ce titre, ils

seront dotés d'un conseil d'administration composé majoritairement d'élus locaux (représentants des communautés), des usagers et des ONG locales.

Au niveau des Hôpitaux régionaux, certaines dispositions réglementaires seront modifiées. Les directeurs généraux et les responsables des services seront choisis sur la base de la qualification par voie de concours. Les mesures d'accompagnement, telles la formation adaptée au plan de carrière et d'autres seront prises.

La Loi sur les établissements de santé sera élaborée dans le but d'asseoir de façon durable les bases juridiques du fonctionnement du système de santé.

A.3. Réforme du secteur pharmaceutique

Ce secteur sera restructuré en vue d'assurer une plus grande disponibilité et une meilleure utilisation des produits du domaine pharmaceutique.

Les principales composantes de cette restructuration seront :

L'élaboration d'un plan de sécurisation des produits du domaine pharmaceutique

La suppression de la cellule de médicaments essentiels et son intégration à la PCG

L'appui technique à la PCG dans les domaines de la programmation, de la commercialisation et du Marketing

La recapitalisation de la PCG pour lui permettre de répondre à la demande des établissements de soins

La promotion des Médicaments génériques et de leur utilisation à tous les niveaux

La révision des normes d'accréditation des établissements pharmaceutiques et des Laboratoires.

A.4. Réforme du secteur médical privé

Ce secteur sera un partenaire du secteur public. Dans ce cadre un certain nombre de mesures seront prises, notamment:

- L'application de l'approche contractuelle avec les structures associatives à but non lucratif (confessionnel et ONG)
- La définition de normes d'implantation des structures privées lucratives de manière à éviter les concentrations zonales
- La révision des critères de délivrance des agréments dont la durée sera désormais limitée dans le temps
- La responsabilisation des ordres professionnels dans l'évaluation des structures privées et des prestataires relevant de leur compétence.
- La révision des conditions d'exercice de l'activité libérale qui permettra au personnel du secteur public de disposer d'infrastructures privées dans un cadre réglementaire strict.

B. Réorganisation du système

B.1. Structures administratives

La réorganisation du système de Santé sera guidée par un souci de rationalisation, d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre de la politique de santé. Dans ce cadre, il sera envisagé des réformes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

a) Au niveau central, il s'agira de:

- Créer quatre Directions Techniques du Ministère et alléger leur organisation: La direction nationale de la santé publique, la Direction nationale des Etablissements hospitaliers et de soins, la Direction nationale de la Pharmacie et des laboratoires et la Direction nationale de la planification et des ressources humaines.

Intégrer les projets et programmes aux Directions Techniques du Ministère en tenant compte de leur spécificité.

- Laisser les services d'Appui en place (à l'exception du SSEI qui devient la Direction nationale de la planification et des ressources humaines) et leur doter de moyens humains, matériels et financiers pour mener à bien leurs fonctions.
- Rehausser le statut des sections «Laboratoire», «gestion du personnel» et «santé bucco-dentaire» au rang de division.

b) Au niveau Régional, il s'agira de:

- Donner l'appellation de Direction Régionale de la santé aux IRS et de les doter du statut correspondant et leur fournir les moyens humains, matériels et financiers pour gérer tout le système de santé de la région.
- Rattacher la Direction régionale de la santé au Secrétaire général.

Les activités des régions sanitaires seront :

- La planification stratégique et annuelle des interventions au niveau de la région
- La supervision des structures administratives et de soins
- Le suivi, la coordination et l'évaluation des interventions.

c) Au niveau Préfectoral:

Les services de santé de la préfecture continueront à relever de l'autorité du Directeur préfectoral de la santé. La Direction préfectorale de la santé sera placée sous l'autorité du Directeur régional de la santé.

L'hôpital préfectoral sera considéré, sur le plan administratif, comme une section de la direction préfectorale.

La Direction Préfectorale de la santé assurera l'exécution de la politique de santé du Ministère, à travers la coordination de toutes les activités dans la préfecture : activités des services publics, des programmes, des projets, des ONG et des services privés.

Les missions de la Direction Préfectorale de la Santé seront:

- L'animation de la planification du développement sanitaire de la préfecture en collaboration avec les communautés et dans le respect de la politique nationale de santé.
- L'encadrement des centres de santé, l'appui à la micro-planification et la formation continue des agents des structures administratives et de soins.
- La supervision.
- L'appui logistique y compris l'approvisionnement en médicaments aux structures de soins.
- L'appui aux ONG et associations intervenant dans le secteur de la santé.
- La médiation entre prestataires et usagers.
- La génération, l'analyse et la diffusion d'informations utiles à l'amélioration de la qualité des services et de la gestion du système de santé.
- Le suivi et l'assurance du respect de la législation et de la réglementation en matière de santé. A ce titre, elle assume une fonction de régulation (service public et privé, associations, subventions, standards sanitaires et professionnels, rapports contractuels entre prestataires et usagers) et représente l'intérêt public en matière de santé.

Les textes juridiques seront adaptés à ce besoin.

d) Missions des programmes et projets

L'intégration des programmes et des projets spécifiques exige une réorientation de leur mission. Ainsi ils seront chargés de:

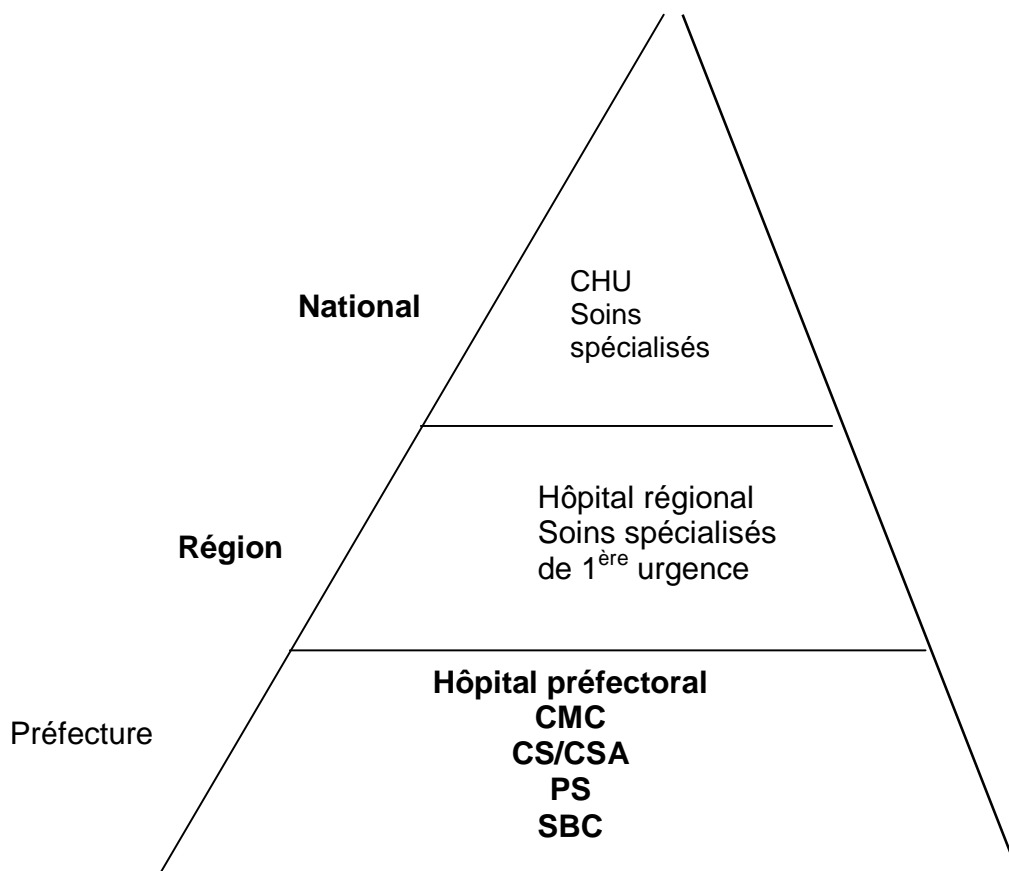
- Appuyer le Ministère à l'élaboration des politiques et des stratégies globales
- Participer au développement de la recherche dans les districts.
- Intégrer les équipes centrales de supervision.
- Contribuer à l'estimation des besoins en ressources de chaque programme.
- Elaborer les modules de formation dans leur domaine.

B.2. Structures de soins

Tenant compte des perspectives d'évolution de la demande pendant les prochaines années, le système de soins sera organisé en 6 échelons:

- Les SBC
- Les postes de santé
- Les centres de santé
- Les structures de premier recours (HP et CMC)
- Les hôpitaux régionaux
- Les hôpitaux nationaux

SCHEMA D'ORGANISAGION DES SOINS



Les activités à développer au niveau de chaque structure seront définies au chapitre « offre de soins et utilisation des services ».

Le Ministère de la santé publique, au cours de la période du plan procédera à une redéfinition du cadre institutionnel par :

- La définition des relations fonctionnelles entre les différentes structures de soins dans une zone ;
- La fixation des conditions d'accréditation des structures privées et des ONG (pour le respect des normes de qualité) ;
- La définition du rôle de l'Etat dans le développement du secteur privé ;
- La définition du rôle de l'inspection dans le fonctionnement du système de santé ;
- La redéfinition du rôle des organisations professionnelles (Ordres, Associations, etc.).

B.3. Renforcement des fonctions de gestion

a) Décentralisation

La décentralisation implique la création d'un ou de plusieurs niveaux dotés de pouvoir gestionnaire et la délégation à ces niveaux de certaines fonctions administratives.

Parmi les différents types de décentralisation du système de santé, la déconcentration et la privatisation sont les plus utilisés dans le contexte actuel du système guinéen. Au cours des dix prochaines années cette politique sera poursuivie et se traduira par le transfert de plus en plus marqué vers les IRS et les DPS des fonctions suivantes:

- **La gestion du budget de fonctionnement**
- **La planification et l'affectation des ressources**
- **L'approvisionnement en médicaments**
- **La coordination des interventions**
- **La formation continue du personnel**
- **Le contrôle des structures publiques et privées**
- **La maintenance des infrastructures et des équipements**

Les autres formes de décentralisation que sont la délégation et la dévolution seront introduites au fur et à mesure que les conditions seront réunies. Une structure sera mise en place au Ministère pour gérer le processus de décentralisation.

b) Renforcement de la Planification

Il s'agira du développement des outils pour le suivi de la stratégie sectorielle, tels que le plan triennal à l'horizon glissant (PTHG), les capacités de planification et d'évaluation à tous les niveaux.

Ce renforcement passera également par l'amélioration de la planification aux niveaux périphériques et exigera l'élaboration par les préfectures sanitaires de leurs stratégies de développement sanitaire prenant en compte les stratégies nationales, la carte sanitaire révisée, ainsi que les normes édictées. Ces plans devront prendre en considération les spécificités locales en termes de problèmes, de besoins prioritaires et de ressources.

Toutes ces mesures permettront d'améliorer la qualité des plans d'action opérationnels en terme de conformité aux ressources disponibles et aux axes stratégiques de la politique sanitaire.

c) Renforcement du système d'information sanitaire

Un véritable système national d'information de gestion sanitaire (SNIGS) intégrant l'ensemble des sous-systèmes existants et exploitant les sources d'informations des autres secteurs sera développé.

Cette stratégie implique aussi le développement des bases de données portant sur les ressources humaines, financières et matérielles et l'intégration dans le SNIGS des informations sur ces ressources, ainsi que le renforcement des capacités institutionnelles en matière d'informations sanitaires en termes d'analyse et d'exploitation des données à tous les niveaux (central, IRS et DPS). Cela signifie que la décentralisation conduira à asseoir un système d'information

sanitaire et de gestion pour chaque niveau, en fonction des responsabilités et du

s et susceptibles de les inciter à utiliser davantage ces services aussi bien dans le public que dans le privé. Elle vise également à favoriser le développement des services à base communautaire.

A. Amélioration de l'accessibilité géographique

Elle sera basée essentiellement sur l'extension du paquet minimum d'activité permettant de garantir l'offre de soins de proximité. Cette extension se fera selon un plan de couverture basé sur la définition de normes d'aires de santé par type de services de santé.

Les services à base communautaire constitueront le prolongement naturel des activités des structures sanitaires. Ils seront installés dans chaque communauté d'environ 2000 habitants et seront tenus par des agents de santé communautaire, des accoucheuses villageoises, des enseignants ou d'autres relais.

Les postes de santé constituant le niveau le plus décentralisé du système de soins seront construits suivant la norme de 1 poste pour 3000 habitants. Le financement de la construction de ces infrastructures sera communautaire, l'Etat n'intervenant que dans des zones spécifiques pauvres. Les sites d'implantation seront définis de façon précise dans le plan de développement des infrastructures de base qui tiendra compte de la répartition géographique des populations.

Pour les centres de santé, les normes applicables seront de 1 pour 5000 à 10000 habitants en milieu rural, selon la densité de la population dans la région et de 1 pour 20 000 habitants en milieu urbain. Ces normes sont définies en tenant compte de la viabilité financière qui est une variable dépendante de la population du bassin de couverture.

Pour le cas spécifique de la ville de Conakry qui se caractérise par l'existence d'un nombre important de structures formelles et informelles et d'un potentiel de création de structures associatives à but non lucratif, le nombre de centres prévu pour les cinq prochaines années sera limité. Ce chiffre est fortement influencé par l'approche contractuelle qui sera mise en œuvre dans le cadre de la complémentarité entre les secteurs public et privé.

Les centres de santé améliorés seront créés dans certaines grandes sous-préfectures du pays, afin de réduire les difficultés liées à la référence des malades en général et des cas obstétricaux en particulier. Les critères qui sous-tendent la création de ces structures sont : l'existence d'une population d'au moins 50.000 habitants dans le rayon de couverture potentiel, l'enclavement par rapport à l'hôpital préfectoral, l'existence d'une perspective de développement selon le plan d'aménagement du territoire. Sur cette base, les zones d'implantation actuellement identifiées sont: Sangarédi, Kamsar, Tanène, Tondon, Sinko, Koyamah, Banankoro, Timbi Madina et Yémbéring.

Les hôpitaux occuperont une place importante dans le cadre de l'opérationnalisation du district et de l'amélioration de la prise en charge des références. Ils seront implantés suivant la norme d'un hôpital par préfecture avec une capacité d'hospitalisation indexée sur le ratio de 1 lit pour 2.500 habitants.

Au niveau de la ville de Conakry, il est envisagé la construction de 2 hôpitaux de premier recours dans les communes de Matoto et de Ratoma pour palier le déficit de structures intermédiaires et désengorger les hôpitaux nationaux. Les CMC seront à l'avenir des centres de santé pour améliorer la couverture en soins de santé primaires pour la population de la zone.

Les hôpitaux du CHU de Conakry, **seront intégrés dans le plan de développement des infrastructures. Dans ce cadre, l'hôpital Ignace Deen sera complètement rénové, mais sans augmentation de sa capacité d'hospitalisation et les travaux de la deuxième phase de réhabilitation de l'hôpital Donka seront réalisés.**

D'autres établissements de soins publics seront rénovés ou construits. Il s'agit notamment du Centre national de Transfusion sanguine avec 4 antennes dans les régions administratives de Kindia, Labé, Kankan et Nzérékoré, d'un centre national de traumatologie, d'un centre de lutte contre le cancer du col et d'un centre d'imagerie médicale à Conakry pour répondre à la demande ressentie et exprimée dans ces domaines.

Le PNDS prévoit aussi la création de structures non prestataires notamment un Centre National de Médecine du Travail, la Direction Régionale de la Ville de Conakry, les DCS et les DPS et les IRS.

Le plan de développement des infrastructures à moyen terme précisera la nature des investissements à réaliser.

B. Amélioration de la qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins vise à offrir des prestations techniques adéquates répondant aux attentes de la population et des professionnels de santé. Pour ce faire, elle passera par la définition d'un paquet de services appropriés, l'équipement correct, la rationalisation de l'utilisation des médicaments, la supervision et la mise en œuvre d'un management efficace.

B.1. Mise en œuvre du management de la qualité totale

Ce management sera fondé sur les principes suivants :

- ρ focus sur les clients (hospitalisés et en ambulatoire),**
- ρ focus sur le processus,**

**ρ travail en équipe,
ρ utilisation de méthodes et d'outils scientifiques.**

Le management de la qualité totale sera également basé sur le principe de la responsabilisation des acteurs et de l'établissement du dialogue entre les prestataires de soins et les usagers. Dans ce cadre, les actions suivantes seront entreprises:

ρ La responsabilisation du personnel des établissements de soins qui se traduira par l'autonomie dans la fixation des objectifs de production, la définition des mécanismes de sanctions positives et négatives et la détermination des effectifs; les usagers seront associés à la fixation des objectifs, de manière à prendre en compte leurs préoccupations ;

ρ La création de cercles et de groupes d'amélioration de la qualité qui identifieront, en collaboration avec les usagers, les problèmes prioritaires et rechercheront les solutions pratiques y afférentes.

Le monitoring sera maintenu dans tous les établissements mais considéré comme un outil d'auto-évaluation et non d'appréciation par les autorités supérieures. Dans cette direction, les comités techniques préfectoraux et régionaux seront réorientés vers les échanges d'expériences sur les problèmes opérationnels.

B.2. Définition du paquet de services et amélioration du plateau technique.

a) Définition du PMA

Pour chaque niveau de la pyramide de santé est défini un paquet minimum d'activité et un équipement standard sur la base du rapport coût-efficacité.

Au niveau communautaire, les activités suivantes seront réalisées :

- la sensibilisation des femmes enceintes et de la population,
- l'assistance à l'accouchement à domicile,
- le conseil individuel, selon la nature du problème de santé,
- la référence systématique au poste de santé et au centre de santé,
- la promotion et la vente de préservatifs, de contraceptifs oraux et de moustiquaires imprégnées d'insecticide,
- la vente libre de SRO, de chloroquines, de paracétamol, de compresses et de bandes ;
- la distribution communautaire de la vitamine A et de l'ivermectine ;
- l'hygiène et l'assainissement ;
- la fourniture d'eau potable ;
- la surveillance nutritionnelle communautaire et la récupération nutritionnelle.

Ces activités seront assurées par des accoucheuses villageoises et des agents communautaires qui bénéficieront d'une formation appropriée.

Au niveau du poste de santé, le Paquet Minimum d'Activités comprendra : :

- La consultation primaire curative y compris les visites à domicile,**
- La consultation prénatale et les accouchements ;**
- La vaccination contre les maladies cibles du PEV ;**
- La planification familiale,**
- La supervision des agents communautaires**
- L'information l'éducation et la communication.**

Au niveau des centres de santé qui constituent le niveau de référence pour les postes de santé, le paquet minimum d'activités comprendra les services suivants :

- La consultation primaire curative y compris les visites à domicile ;**
- La consultation prénatale et les accouchements ;**
- La vaccination des maladies cibles du PEV ;**
- La planification familiale ;**
- La supervision des postes de santé et des services à base communautaire ;**
- L'information Education et la communication ;**
- La prise en charge des maladies épidémiques et endémiques ;**
- Les activités de laboratoire ;**
- Les services de santé scolaire.**

Le centre de santé amélioré qui se positionne au-dessus du centre de santé réalisera :

- Les activités du niveau primaire d'un Centre de santé,**
- La prise en charge des urgences chirurgicales et médicales**
- Les examens de laboratoire.**

L'hôpital préfectoral réalisera des activités de consultation et d'hospitalisation de référence et des cas directs ne pouvant être pris en charge dans les centres de santé et centres de santé améliorés. Pour ce faire, il sera doté d'unités de médecine, de pédiatrie, de chirurgie, de gynécologie, d'obstétrique, d'odontostomatologie, d'urgences, de pharmacie, d'administration, de maintenance, de laboratoire, d'imagerie et de transfusion sanguine.

L'hôpital régional aura un paquet d'activités supérieur à celui de l'hôpital comprenant en outre les unités de transfusion sanguine, de réanimation, d'O.R.L, de pneumologie, de traumatologie, d'ophtalmologie et de santé mentale. L'hôpital régional jouera le rôle de référence pour l'ensemble de la région administrative.

Les hôpitaux nationaux feront partie intégrante du Centre hospitalo-universitaire(CHU) et constitueront de ce fait le sommet de la pyramide de soins dans les spécialités médicales et chirurgicales. Il sera un centre de prédilection pour la formation et la recherche. Dans le cadre de l'utilisation rationnelle des ressources certains services communs aux deux hôpitaux nationaux seront fusionnés. Pour assurer la complémentarité entre ces deux établissements, il sera créé des pôles d'excellence qui seront répartis comme suit:

Hôpital Ignace Deen : pour les spécialités de cardiologie, de pédiatrie, d'urologie, de gynécologie, d'obstétrique, d'acupuncture, de rhumatologie, d'hématologie, de gastro-entérologie, de pneumologie, de chirurgie viscérale, de réanimation, de néonatalogie, d'imagerie conventionnelle.

Hôpital Donka : pour les spécialisés de dermatologie, d'O.R.L., d'ophtalmologie, de laboratoire, de néphrologie, d'endocrinologie, de scanographie, de pédiatrie, de récupération nutritionnelle, de santé mentale, de maladies infectieuses, de chirurgie plastique, de chirurgie pédiatrique, de néonatalogie, de pathologie et chirurgie dentaire et de neurochirurgie.

b) Niveau du plateau technique

Tous les centres de santé seront dotés de l'équipement standard défini dans la carte sanitaire actuelle majorée d'équipement de laboratoire pour le diagnostic des affections qui lui sont dévolues.

Dans les centres de santé améliorés, à l'équipement classique du centre de santé sera ajouté l'équipement requis pour la prise en charge des urgences médicales chirurgicales en général et obstétricales en particulier.

Les hôpitaux préfectoraux seront systématiquement dotés d'appareil de radiographie, d'échographie, de laboratoire selon le PMA et de moyen de conservation du sang.

Les hôpitaux régionaux auront un niveau d'équipement plus performant que celui des hôpitaux préfectoraux, correspondant aux normes de services prévus dans la carte sanitaire.

Les hôpitaux nationaux Donka et Ignace Deen verront leur plateau technique complètement rénové en mettant l'accent sur les pôles d'excellence affectés à chaque établissement.

Le plan d'équipement précisera la nature des investissements au niveau du plateau technique de chaque structure.

B.3. Amélioration de la maintenance du patrimoine

Afin d'assurer le fonctionnement adéquat et la durabilité des différents éléments du patrimoine qui concourent à l'amélioration de la qualité des soins et des services, le PNDS prévoit la mise en œuvre de la politique nationale de maintenance. Celle-ci repose sur les éléments suivants :

- La décentralisation de la maintenance au niveau des structures régionales et préfectorales ;
- Le recours au secteur privé pour la maintenance des équipements généraux (véhicules, matériel informatique, chaîne de froid, etc.) et des équipements biomédicaux complexes pour lesquels les compétences ne sont pas disponibles ;
- La création de services internes de maintenance au sein de chaque hôpital ainsi que la création d'un service au niveau régional servant de structure de recours et de référence pour des appuis spécifiques (services techniques spécialisés, supervision, coordination, formation continue, conseil) aux structures préfectorales ;
- La contractualisation avec les fournisseurs d'équipement médical pour une période minimale de 5 ans afin de garantir la disponibilité des pièces de rechange, le financement de ce contrat étant intégré dans le marché de base ;
- L'inscription dans le budget de chaque établissement d'un montant destiné au financement de la maintenance au niveau préfectoral et régional. Ce montant sera destiné au financement de la maintenance préventive et curative, de l'amortissement.

B.4. Utilisation rationnelle du médicament

Pour répondre à la demande de la population et permettre une prise en charge médicale des affections dominantes du milieu, la liste des médicaments essentiels sera révisée. Au niveau des centres de santé, les formes de présentation seront élargies et de nouvelles molécules seront introduites pour le traitement des affections chroniques. Dans les structures de référence seront intégrés les consommables médicaux, de laboratoire, d'imagerie et les médicaments essentiels pour certains services des hôpitaux nationaux.

Les outils de rationalisation des prescriptions, notamment les ordinogrammes et les protocoles thérapeutiques seront actualisés et systématisés dans tous les établissements de soins publics.

L'ensemble de ces actions se fera sur une base participative et sera accompagné d'une formation. Il est envisagé d'introduire l'enseignement de la logique d'élaboration des algorithmes dans les cursus de formation initiale et continue.

B.5. Réorientation de la supervision

Les supervisions actuelles qui correspondent plus au contrôle et à l'inspection seront complètement réorientées vers la formation des agents et l'aide à la résolution des problèmes opérationnels. Pour ce faire, les équipes de supervision intégreront des compétences des structures hospitalières et des ONG locales.

Le principe de la supervision décentralisée sera maintenu. Ainsi la supervision centrale visera essentiellement le niveau régional et celle de ce niveau se limitera au fonctionnement de la Direction Préfectorale de la Santé et les structures de santé privées de niveau régional. La Direction préfectorale de la santé supervisera les centres, l'hôpital et les structures privées de santé en collaboration avec les communautés.

B.6. Amélioration de l'accessibilité financière aux soins

Le système de recouvrement des coûts sera maintenu comme moyen de participation des communautés au financement de la santé. Le mode de tarification sera modifié pour permettre une plus grande utilisation des services. Dans cette optique, la tarification sera éclatée avec un forfait pour les prestations et une partie variable destinée au rachat des produits pharmaceutiques. Les fonds générés par le système de recouvrement des coûts serviront à financer la reconstitution des stocks, à motiver les personnels et permettre l'amélioration du paquet Minimum d'Activité des établissements.

L'Etat accordera des subventions de fonctionnement aux établissements de soins pour combler l'écart entre les coûts réels et les tarifs des prestations. Un système d'imposition basé sur le revenu sera mis en place par le Gouvernement ; il permettra de mobiliser des ressources pour les soins des couches les plus démunies.

Les systèmes de partage des risques liés à la maladie seront développés au niveau des communautés en vue de réduire les exclusions temporaires et permanentes. Dans un premier temps, l'accent sera mis sur la création des mutuelles de santé qui pourront fédérer ultérieurement pour constituer des entités économiques et sociales plus fortes, capables de négocier avec les services de santé. Le Ministère de la santé accompagnera ce processus de dialogue en accordant des dérogations sur les modes de paiement, les niveaux de tarification et la liste des médicaments.

4.4.4. Axe stratégique n°4: Développement des Ressources humaines

Le développement des ressources humaines vise à rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. Il passera par l'amélioration de la gestion numérique des ressources humaines, l'amélioration de la motivation du personnel et l'intégration des cycles et des programmes de formation.

A. Gestion des ressources humaines

A.1. Normes d'effectifs

La priorité en matière de recrutement sera accordée à la dotation des structures périphériques en vue de mettre en œuvre les paquets minimums d'activité définis. Pour cette dotation les normes minimales suivantes seront appliquées:

Pour les postes de santé: 1 agent technique de santé, 1 accoucheuse villageoise, 1 matrone et 1 agent de santé communautaire;

et dans les structures hospitalières, selon la capacité d'hospitalisation:

N°	Catégorie socioprofessionnelle	HP 60	HP 60 – 80	HR
1	Directeur d'hôpital	1	1	2
2	Médecin	4	6	8
3	Chirurgien-dentiste	1	1	1
4	Auxiliaire dentaire	2	2	2
5	Pharmacien	1	1	2
6	Médecin radiologue	0	1	1
7	Préparateur en pharmacie	1	2	2
8	Aide santé instrumentiste	1	2	2
9	Agent de stérilisation	1	1	2
10	Technicien supérieur d'anesthésie	1	2	3
11	Sage femme	1	2	5
12	Aide santé pour les services	4	5	8
13	Agent Technique de Soins	8	14	24
14	Technicien de laboratoire	2	3	4
15	Technicien de radiologie	1	1	1
13	Technicien d'odontostomatologie	1	1	1
16	Gestionnaire comptable	1	2	3
15	Technicien de maintenance	1	1	1
17	Matrone	2	2	4
17	Agent d'entretien	2	5	10
18	Gardien	1	1	2
19	Chauffeur	1	1	2
	TOTAL	36	54	98

Au niveau des hôpitaux nationaux, les normes applicables sur la base d'un taux d'occupation de 80% sont les suivantes :

Personnel médical et de soins

Services	Spécial	P.H	Infirmier	A.E	Total
----------	---------	-----	-----------	-----	-------

Donka	45	73	216	77	411
Ignace Deen	56	60	235	50	399
Total	101	133	451	127	810

Pour le personnel de Direction et d'appui, les normes applicables seront de deux Directeurs, 12 agents comptables, 3 secrétaires, 4 statisticiens, 22 contractuels.

La comparaison de ces normes à la situation actuelle montre un déficit marqué de certaines catégories socioprofessionnelles, notamment de sages-femmes, de techniciens de laboratoire, d'aides santé, d'infirmiers spécialisés et de médecins spécialistes. Ces besoins seront comblés progressivement dans le plan de recrutement. Pour tenir compte de l'insuffisance temporaire de certaines catégories professionnelles (sages-femmes, techniciens de laboratoire et de radio, etc.) dans le marché, des ATS et infirmières seront formés pour dans ces domaines pour combler le déficit. La formation initiale de ces catégories sera une priorité pour garantir leur disponibilité.

A.2. Affectation et redéploiement du personnel

Pour éviter les abandons de poste constatés au cours de ces dernières années, le recrutement du personnel se fera pour des postes préalablement identifiés par la Direction Préfectorale et la Direction régionale de la santé. Les affectations seront faites pour une période minimale de trois ans au poste afin d'assurer la stabilité du personnel. Il sera mis en place un système d'affectation rotatoire des cadres.

Parallèlement à ces mesures, les cadres organiques définis seront appliqués à tous les niveaux et le personnel excédentaire sera redéployé dans les zones déficitaires. Cette opération aboutira à une affectation d'agents de la capitale vers les préfectures de l'intérieur du pays. Le Ministère de la santé prendra des dispositions pour promouvoir l'affectation des femmes qui représentent plus de 52% de ses effectifs.

B. Amélioration de la motivation

Sur le plan de la motivation financière, le Ministère de la santé proposera la création d'une commission intersectorielle chargée de réfléchir sur les possibilités d'augmentation des primes d'éloignement, de manière à combler les écarts liés aux disparités de conditions de vie entre les différentes zones du pays. En outre, le système d'allocation des primes sera uniformisé pour tous les établissements de soins. Cette option entraînera la suppression de la prime fixe dans les centres de santé au profit d'une prime variable indexée sur les résultats financiers, les performances de chaque structure et la satisfaction des usagers.

Le nouveau statut général de la fonction publique adopté par le Gouvernement servira de base pour la gestion des carrières du personnel. La formation étant un élément important de ce statut, le Ministère de la santé accordera des possibilités de formation donnant lieu à des bonifications sur le plan statutaire.

Dans l'ensemble des structures administratives et de soins, seront définis des critères d'accès aux postes de responsabilité. Ceux-ci seront basés essentiellement sur la compétence technique et l'expérience afin de cultiver l'esprit de dépassement et assurer l'équité entre tous les agents. Aussi dans le plan de développement des infrastructures à moyen terme poursuivra-t-on la politique de construction et de rénovation des logements en faveur des agents de santé servant à l'intérieur du pays.

Le système de gestion actuelle sera modifié au profit d'un management basé sur la recherche de la performance. Dans ce cadre, des contrats d'objectifs et de moyens seront établis entre le Ministère de la Santé et les structures déconcentrées et feront l'objet d'une évaluation périodique suivie de mesures coopératives.

Dans le sous-secteur hospitalier, le PNDS prévoit les mesures suivantes: la contractualisation entre la Direction et les chefs de service, la déconcentration des fonctions de soins et gestion au niveau des chefs de service, la mise en place d'un cadre de concertation transparent et la définition des procédures de contrôle.

C. Politique de formation

C.1. Formation initiale

La formation est considérée comme un moyen permettant de résoudre les problèmes de santé majeurs qui se posent à la population. Sur cette base, le contenu de la formation initiale des médecins sera révisé en collaboration avec la faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie. Il sera orienté vers la formation de médecins polyvalents capables de prendre en charge les affections prioritaires du milieu et particulièrement les urgences médicales et chirurgicales. La création du CHU permettra de répondre à cette attente.

Le Ministère de la Santé oeuvrera avec le département en charge de formation professionnelle à la réouverture des écoles de formation des sages-femmes et des aides santé et à l'adaptation de leur cursus aux besoins des établissements de soins. L'enseignement théorique sera harmonisé avec l'encadrement pratique dans les établissements de stage. La formation d'autres catégories professionnelles manquantes

actuellement (telles que les techniciens supérieurs en odontologie, des techniciens de radio, des assistants sociaux, etc.) sera recherchée.

C.2. La formation continue

Elle constituera une priorité du Ministère de la santé pour permettre l'adaptation constante du niveau de formation du personnel en cours d'emploi aux nouvelles exigences du système de santé. Dans cette voie, les actions prioritaires suivantes sont envisagées :

La construction d'un centre de formation continue et de documentation et d'une école de formation des cadres infirmiers;

Le renforcement de la capacité technique et logistique du Centre de Maférinyah qui servira de lieu de recyclage en santé communautaire et de lieu d'imprégnation des cadres de l'administration hospitalière, des IRS et des DPS avant leur prise de fonction;

L'instauration de l'internat et du Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) au sein de la faculté de médecine pour le personnel médical afin de mieux rentabiliser les investissements technologiques à faire au sein des hôpitaux;

La poursuite de l'installation des bibliothèques bleues dans les formations sanitaires;

La formation des responsables des services hospitaliers en gestion de proximité, dans le cadre de la décentralisation et de la réussite de la contractualisation.

C.3. Transfert de compétence

La mise en œuvre du PNDS exigera des compétences spécifiques dans certains domaines. Pour ce faire, il sera prévu des assistances techniques de courte et longue durées. En raison du poids financier important qu'elles vont représenter dans le budget et de la nécessité d'avoir des résultats performants et pérennes, un certain nombre de dispositions seront prises.

- Les assistances techniques seront placées au niveau des directions centrales et régionales en fonction de domaines ou thèmes précis définis dans le plan triennal à horizon glissant.**
- Le recrutement des assistants techniques se fera sur la base de termes de référence élaborés par le MSP en concertation avec les bailleurs de fonds concernés.**

- Pour chaque assistance technique sera désigné un homologue qui travaillera suivant des termes de référence précis aussi. Le travail sera clairement réparti entre les deux parties.

- L'assistance technique sera dégressive et fera l'objet d'une évaluation annuelle. Les résultats seront portés à la connaissance de l'ensemble des partenaires.

4.4.5. Axe stratégique n°5 : La promotion de la santé

A. Renforcement de la promotion de la santé

Il vise à:

- Développer la complémentarité et la synergie des actions de tous les secteurs (publics et privés).
- Promouvoir une participation communautaire accrue au développement du système de santé.
- Susciter l'adoption, par la population, de comportements favorables à la santé.

Il va sans dire que la création des conditions pouvant provoquer les changements nécessaires à l'atteinte de ces résultats dépasse largement les compétences du secteur de la santé. Elle concerne tous les acteurs de la société. C'est pourquoi la collaboration intersectorielle et l'I.E.C constitueront pour le Ministère de la santé publique, deux approches prioritaires pour maximiser les avantages des interventions et promouvoir la santé.

Le Ministère de la santé assurera le leadership pour la mise en place du cadre fonctionnel de collaboration intersectorielle nécessaire à cet égard. Ce cadre précisera les principales interventions des autres secteurs, complémentaires et synergiques avec celles du Ministère de la santé, le rôle et la responsabilité de chaque acteur dans leur mise en œuvre, les mécanismes et les organes de coordination intersectorielle. Cette collaboration contribuera plus précisément à:

L'amélioration de l'accessibilité des formations sanitaires, notamment en zone rurale.

La participation communautaire à la prise en charge de leurs problèmes de santé (analyse de la situation, identification des besoins, planification des interventions, mise en œuvre, suivi et contrôle, évaluation) en partenariat avec les autres acteurs.

La réduction des effets négatifs sur la santé des projets et programmes de développement (aménagement agricoles, barrages hydro-électriques, etc.).

L'adoption par la population de mesures d'hygiène et d'assainissement du milieu (ordures ménagères, eaux usées, hygiène alimentaire, etc.).

Le contrôle de l'usage du tabac, de l'alcool, de la drogue.

La réduction des facteurs favorisant les accidents de la route, etc.

La lutte contre toutes les formes de violence, les comportements à risque, notamment pour les IST/SIDA.

Le développement d'activités génératrices de revenu dans le cadre de la réduction de la pauvreté.

L'assurance de la sécurité alimentaire.

La protection de l'environnement, y compris la lutte contre la pollution.

La sensibilisation et la mobilisation sociale orientées vers ces questions, seront réalisées à travers un programme d'IEC conséquent.

Les communautés, les services publics, la Société civile, le secteur privé (lucratif et non) sont tous concernés par la collaboration intersectorielle.

B. Participation communautaire

Il s'agit de passer du modèle de type «collectivité cliente» dans lequel le système appartient au Ministère de la santé à un modèle où la collectivité est propriétaire, au rythme de la décentralisation.

La Communauté Rurale de Développement (CRD) est l'acteur communautaire visé pour s'approprier le système de santé local, par l'intégration des centres de santé et des postes de santé dans son patrimoine. En clair, cela veut dire que tous les actifs des centres et des postes de santé, y compris les fonds de réserve, seront transférés à la CRD. La tutelle des organes de gestion leur sera également transférée. Les domaines d'utilisation des fonds et les mécanismes de contrôle clairement définis.

Chaque CRD, tiendra compte des aspirations de sa population pour organiser ses services de santé, sans préjudice au système de solidarité locale ou nationale qui sera développé. A ce titre, les collectivités devront pouvoir nouer elles-mêmes des relations de partenariat avec l'Etat, les ONG et autres organismes intéressés à l'appui au développement local.

Les textes juridiques régissant la participation communautaire seront adaptés à cet effet.

Les équipes préfectorales composées des Responsables des micro-réalisations (DMR), des Directeurs préfectoraux de la santé (DPS) et autres agents de l'Etat, expérimentées en supervision et appuis divers, animeront ce transfert, en collaboration avec la cellule chargée de la décentralisation du système. L'Etat concentrera ses efforts sur la supervision et le contrôle

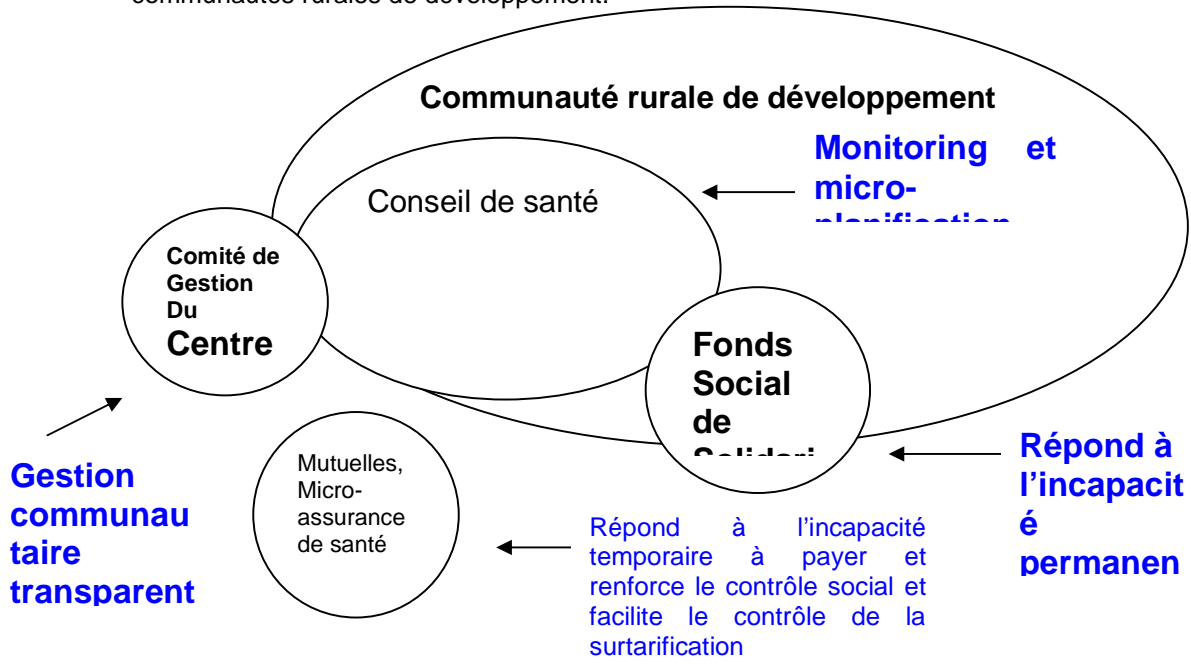
de la gestion des autorités communautaires par un contrôle à posteriori. L'Etat s'intéressera aussi à identifier les communautés à faible capacité, devant logiquement bénéficier de l'assistance de solidarité locale ou nationale et les aider à mobiliser cette assistance.

La collaboration des autres secteurs, en particulier du Ministère chargé de l'administration territoriale et de la décentralisation, sera renforcée pour la réussite de cette approche.

Ces mesures seront complétées par le développement des services à base communautaire.

Enfin, au niveau des sous préfectures, la protection des pauvres et le contrôle social seront également renforcés par la mise en place d'une architecture cohérente de structures de dialogue: conseils de santé pour le monitoring, la microplanification et la budgétisation, fonds de solidarité pour la prise en charge de l'indigence, mutuelles de santé pour le partage du risque et le contrôle de la surtarification. (Voir Figure ci-dessous).

Architecture du mécanisme de protection des pauvres et de contrôle social au niveau des communautés rurales de développement.



V. FINANCEMENT

La mise en œuvre des stratégies ci-dessus, au cours des 10 prochaines années passera par la garantie des dépenses suivantes :

- ρ Les dépenses d'investissement y compris la formation du personnel,**
- ρ Les dépenses de fonctionnement salariales et non salariales,**

Le financement de ces différentes rubriques sera basé sur le partage des coûts entre l'Etat, l'aide extérieure, les collectivités et la population.

Les dépenses d'investissement et de personnel (salaire, formation initiale et continue) seront supportées par l'Etat et le financement extérieur. Le Plan de développement de la main d'œuvre déterminera les quantités de personnel nécessaire pour la durée du plan.

l'Etat fournira des efforts pour allouer les subventions nécessaires à la construction ou rénovation des infrastructures, au remplacement des équipements, du matériel technique, des moyens de transports et à l'assurances technique.

Un plan à moyen terme du développement des infrastructures sera élaboré pour une estimation globale et annuelle des besoins.

Le fonctionnement non salarial sera supporté par le budget de l'Etat et sera complété par les recettes générées par le système de recouvrement des coûts. Ces fonds serviront à supporter les charges liées à :

- **L'achat de combustibles, la maintenance, les pièces de rechanges et les outils de gestion**
- **L'achat de fourniture de bureau**
- **L'achat des médicaments**
- **Les frais de supervisions (carburant, indemnité et autres)**
- **Les primes.**

Les collectivités participeront au financement du salaire du personnel contractuel et de la maintenance des infrastructures.

Le Ministère de la santé établira les principes de recouvrement en vue de minimiser les barrières financières et promouvoir l'accès universel aux soins à la population.

Tableau n°: Partage des coûts

N°	Bailleur	Coûts à supporter
1	Etat	Une partie des dépenses d'investissement en infrastructures, équipements, formation initiale ; Salaire du personnel, une partie du fonctionnement non salarial.
2	Aide extérieure	Une partie de l'investissement en infrastructures, équipements, moyens logistiques et formation initiale et continue.
3	Collectivités	Salaire du personnel contractuel et une partie des coûts de maintenance.
4	Population	Une partie du fonctionnement (reconstitution des stocks de médicaments, primes et petit fonctionnement courant).

L'augmentation progressive du budget de fonctionnement du Ministère de la santé publique sera recherchée pour arriver au moins à 10% du budget de l'Etat, à l'horizon 2010. Les réformes nécessaires seront engagées pour qu'en 2010, le budget de fonctionnement hors salaires du Ministère représente 35% à 40% de son budget total de fonctionnement. Cela passera par la rationalisation du personnel, une meilleure détermination des besoins financiers.

Dans le cadre de la mobilisation des ressources internes, des démarches seront entreprises auprès des opérateurs économiques nationaux pour les inciter à contribuer au financement du secteur de la santé.

La définition d'un cadre d'intervention clair et cohérent (cadre des dépenses ou plan d'investissement à moyen terme) permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et étrangers. Ce cadre servira en même temps pour la coordination des interventions.

La stratégie de recouvrement des coûts sera poursuivie. Cependant le mode

tions à réaliser et servira de base pour la préparation des plans d'action annuels des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les mécanismes de coordination seront basés sur la création d'instances à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau national, il sera créé une Cellule de coordination et un comité de suivi.

La Cellule de coordination sera une structure légère rattachée au Cabinet du Ministre. Elle sera constituée d'experts nationaux ayant des compétences dans les domaines de l'épidémiologie, de la planification, de l'administration des services de santé et de l'économie de la santé. Elle sera responsable de la coordination des activités relatives aux différents volets du PTHG et sera l'interlocuteur des bailleurs de fonds et des ONG prenant part au financement du PNDS. Elle élaborera à la fin de chaque année un rapport d'avancement.

Le comité de suivi sera une structure élargie aux Directeurs nationaux et aux chefs des services d'appui du Ministère. Il aura pour mandat d'assurer l'exécution correcte des différents volets du PTHG. Chaque directeur et chaque chef de service d'appui sont responsables de la gestion des volets qui relèvent directement de ses compétences selon les textes organiques.

Au niveau régional, sera instituée la coordination technique du PTHG assurée par le Directeur régional de la santé (DRS) sous l'autorité du Gouverneur de la région. Le DRS veillera à l'élaboration des plans opérationnels annuels tant au niveau de la Direction régionale qu'au niveau des directions préfectorales. Il assurera la coordination de leur mise en œuvre. Il élaborera un rapport trimestriel d'activité et le transmettra à la cellule de coordination du MSP avec ampliations aux Directions nationales.

Au niveau préfectoral sera mise en place l'équipe cadre de district. Cette équipe assurera la gestion du PTHG sous la responsabilité technique du Directeur préfectoral de la santé (DPS) et sous l'autorité du préfet et la collaboration du maire de la commune urbaine et des présidents des CRD. Chaque équipe cadre du district élaborera un plan d'action annuel et fera une requête de financement dans le cadre du PTHG. Il élaborera un rapport mensuel qui sera adressé au DRS.

Pour la coordination de l'aide extérieure avec les bailleurs de fonds sera organisée la revue annuelle du secteur qui portera sur trois éléments principaux, notamment :

- Le rapport d'évaluation annuelle des activités des régions et des directions centrales;
- Le rapport sur l'aide extérieure y compris l'assistance technique;
- Le rapport préliminaire sur l'exécution financière.

REPARTITION DES ACTIVITES PRIORITAIRES ENTRE LES STRUCTURES CENTRALES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS

Activités prioritaires	DNES	DNPL	DNSP	SSEI	DAAF	CON
Renforcement institutionnel						
Révision de l'organigramme du MSP						
Définition des relations hiérarchiques						
Elaboration de la loi sur les établissements de santé						
Textes sur la réforme du secteur privé médical						
Textes sur le secteur pharmaceutique						
Révision des textes sur les instances						
Elaboration de textes sur la décentralisation						
Plan de recherche en santé						
Textes sur le concept de la supervision						
Document technique sur l'intégration						
Stratégie nationale de surveillance épidémiologique						
Textes sur la restructuration des hôpitaux nationaux						
Amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services						
Plan de développement des infrastructures à moyen terme						
Révision du paquet minimum d'activité						
Plan d'équipement des infrastructures						
Politique de rationalisation des prescriptions						
Programme d'amélioration de la qualité des soins						
Elaboration du document sur les propositions tarifaires						
Plan de développement des mutuelles						
Plan de développement des ressources humaines						
Les normes d'effectifs						
Plan de recrutement						
Plan d'affectation du personnel						
Adoption du statut particulier du personnel de la santé						
Textes sur les critères de nomination et d'évaluation du personnel						
Plan des besoins de formation						
Plan directeur de formation continue						
Programme d'assistance technique						
Promotion de la santé						
Stratégie nationale de communication						
Financement et mécanismes de suivi						
Elaboration des normes de coûts						

Elaboration du budget du PNDS						
Elaboration du tableau de partage des coûts						
Définition des procédures de budgétisation						
Définition des instances de coordination						
Elaboration des indicateurs de processus et de résultat						

DNES : Direction nationale des établissements de soins

DNSP : Direction nationale de la santé publique

DNPL : Direction nationale de la pharmacie et des laboratoires

SSEI : Service des statistiques, des études et de l'information

DAAF : Division des affaires administratives et financières

CON : Conseillers

ANNEXES

Annexe N°1 : Evolution du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé (En millions de FG)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
FONCTIONNEMENT (FG courants)											
<i>Prévisions</i>	5 228,7	8 397,8	12 664,0	13 144,0	13 895,5	13 107,9	16 060,0	16 282,1	17 744,1	18 806,9	21 384,9
DEPENSES DE PERSONNEL	3 778,2	7 512,0	11 098,5	11 577,5	11 597,7	10 084,4	12 045,0	12 560,4	12 741,9	13 391,4	13 992,2
% total fonctionnement	72,26	89,45	87,64	88,08	83,47	76,93	75,00	77,15	71,81	71,20	65,43
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	1 450,5	885,8	1 565,5	1 566,5	415,8	1 023,5	1 815,0	1 721,7	3 002,2	2 875,5	3 850,0
% total fonctionnement	27,74	10,55	12,36	11,92	2,99	7,81	11,30	10,57	16,92	15,29	18,00
DEPENSES D'INTERVENTION (SUBVENTIONS ET TRANSFERTS)	0	0	0	0	1 882,0	2 000,0	2 200,0	2 000,0	2 000,0	2 540,0	3 542,8
% total fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	13,54	15,26	13,70	12,28	11,27	13,51	16,57
Réalisations (Dépenses effectives)	4 822,5	8 000,0	12 203,7	11 764,2	13 671,9	12 004,4	13 321,1	14 693,3	14 654,3	14 387,6	
DEPENSES DE PERSONNEL	3 778,2	7 512,0	10 764,7	10 667,7	11 395,6	10 084,4	11 601,5	12 019,6	12 326,5	10 653,4	
% total fonctionnement	78,35	93,90	88,21	90,68	83,35	84,01	87,09	81,80	84,11	74,05	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	1 044,4	488,4	1 439,0	1 096,6	394,3	920,0	909,6	1 173,8	827,8	1 570,7	
% total fonctionnement	21,65	6,10	11,79	9,32	2,88	7,66	6,83	7,99	5,65	10,92	
DEPENSES D'INTERVENTION (SUBVENTIONS ET TRANSFERTS)	0	0	0	0	1 882,0	1 000,0	810,0	1 500,0	1 500,0	2 163,5	
% total fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	13,77	8,33	6,08	10,21	10,24	15,03	
Taux de réalisation	92%	95%	96%	96%	98%	92%	83%	90%	82,59%	76,50%	
DEPENSES DE PERSONNEL	100%	100%	97%	92%	98%	100%	98%	96%	96,74%	79,55%	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	72%	55%	92%	70%	95%	90%	50%	68%	27,57%	54,62%	
DEPENSES D'INTERVENTION (SUBVENTIONS ET TRANSFERTS)	0%	0%	0%	0%	100%	50%	37%	75%	75,00%	85,18%	
FONCTIONNEMENT (FG constants) (Base 1990=100)											
<i>Prévisions</i>	5 228,7	7 484,7	9 719,1	9 608,2	9 904,1	8 880,7	10 664,0	10 266,1	10 702,1	11 254,9	
DEPENSES DE PERSONNEL	3 778,2	6 695,2	8 517,6	8 463,1	8 266,4	6 832,2	7 998,0	7 919,5	7 685,1	8 014,0	
% total fonctionnement	72,74	89,45	87,64	88,08	83,47	76,93	75,00	77,15	71,81	71,20	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	1 450,5	789,5	1 201,5	1 145,1	296,3	693,4	1 205,2	1 085,6	1 810,7	1 720,8	
% total fonctionnement	27,74	10,55	12,36	11,92	2,99	7,81	11,30	10,57	16,92	15,29	
DEPENSES D'INTERVENTION (SUBVENTIONS ET TRANSFERTS)	0	0	0		1 341,4	1 355,0	1 460,8	1 261,0	1 206,3	1 520,0	
% total fonctionnement	0,00	0,00	0,00		13,54	15,26	13,70	12,28	11,27	13,51	
Réalisations (Dépenses effectives)	4 822,5	7 130,1	9 365,8	8 599,6	9 744,8	8 133,0	8 845,4	9 264,4	8 838,5	8 610,2	
DEPENSES DE PERSONNEL	3 778,2	6 695,2	8 261,5	7 798,0	8 122,3	6 832,2	7 703,5	7 578,5	7 434,6	6 375,5	
% total fonctionnement	78,35	93,90	88,21	90,68	83,35	84,01	87,09	81,80	84,11	74,05	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	1 044,4	435,3	1 104,3	801,6	281,0	623,3	604,0	740,1	499,3	940,0	
% total fonctionnement	21,65	6,10	11,79	9,32	2,88	7,66	6,83	7,99	5,65	10,92	
DEPENSES D'INTERVENTION (SUBVENTIONS ET TRANSFERTS)	0	0	0	0	1 341,4	677,5	537,8	945,8	904,7	1 294,7	
% total fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	13,77	8,33	6,08	10,21	10,24	15,03	

Source : Ministère de l'Economie et des Finances. Lois des Finances 1992 – 2000

Annexe N° 2 : Evolution du budget d'investissement du Ministère de la Santé (En millions de FG)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
INVESTISSEMENT (FG courants)											
<i>BND</i>											
Prévisions	2 015,0	2 000,4	2 917,5	4 743,5	6 743,0	6 248,7	4 565,1	5 397,0	4 245,7	3 458,8	3 379,9
Réalisations	1 350,1	1 960,4	1 378,0	1 653,0	3 312,0	1 124,8	307,0	2 339,5	3 152,1	800,6	
% réalisations	67%	98%	47%	35%	49%	18%	7%	43%	74,24 %	23,15 %	
Part BND dans total Investissement (%)	12,22 %	10,98 %	12,10 %	22,91 %	24,43 %	20,95 %	15,99 %	15,59 %	14,98 %	7,98% 13,51	
Prévisions	11,76 %	11,29 %	7,42%	9,68%	16,56 %	7,60%	-	-	16,04 %	%	
Réalisations											
FINEX											
Prévisions	14 477,0	16 219,1	21 195,0	15 960,3	20 862,2	23 572,8	23 983,1	29 223,3	23 436,7	39 891,1	34 550,5
Réalisations	10 133,9	15 408,2	17 205,0	15 423,0	16 689,8	13 672,2	-	-	16 504,6	5 126,0	
% réalisations	70%	95%	81%	97%	80%	58%	-	-	70,42 %	12,85 %	
Part FINEX dans total Investissement (%)	87,78 %	89,02 %	87,90 %	77,09 %	75,57 %	79,05 %	84,01 %	84,41 %	85,02 %	92,02 %	
Prévisions	88,24 %	88,71 %	92,58 %	90,32 %	83,44 %	92,40 %	-	-	83,96 %	86,49 %	
Réalisations											

TOTAL INVESTISSEMENTS COURANTS	16	18	24	20	27	29	28	34	28	43	37
Prévisions	492,0	219,5	112,5	703,8	605,2	821,5	548,2	620,3	339,6	349,9	930,4
Réalisations	11	17	18	17	20	14	-	-	19	5	
Taux de réalisation	484,0	368,6	583,0	076,0	001,8	797,0	-	-	656,7	926,6	
	69,63	95,33	77,07	82,45	72,46	49,62			69,36	13,67	
	%	%	%	%	%	%			%	%	
INVESTISSEMENT (FG constants)*											
<i>BND</i>											
Prévisions	2	1	2	3	4	4	3	3	2	2	
	015,0	795,9	239,0	467,5	806,1	233,5	031,3	402,9	560,7	069,9	
Réalisations	1	1	1	1	2			1	1		
	350,1	747,2	057,6	208,3	360,7	762,0	203,9	475,1	901,1	479,1	
Part BND dans total Investissement (%)											
<i>FINEX</i>											
Prévisions	14	14	16	11	14	15	15	18	14	23	
	477,0	455,5	266,3	666,9	869,7	970,7	925,0	425,8	135,5	872,6	
Réalisations	10	13	13	11	11	9	-	-	9	3	
	133,9	732,8	204,1	274,1	895,8	263,0			954,5	067,6	
Part FINEX dans total Investissement (%)											
TOTAL INVESTISSEMENTS CONSTANTS	16	16	18	15	19	20	18	21	17	25	
Prévisions	492,0	238,4	505,4	134,4	675,8	204,3	956,3	828,7	092,6	942,5	
Réalisations	11	15	14	12	14	10	-	-	11	3	

	484,0	507,7	261,7	482,4	256,4	025,0			855,6	546,7	
--	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--	--	--------------	--------------	--

(* Investissements aux prix constants, Base 1990 =100.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
FONCTIONNEMENT										
<i>Prévisions (FG courant)</i>	5 228,7	8 397,8	12 664,0	13 144,0	13 895,5	13 107,9	16 060,0	16 282,1	17 744,1	18 806,9
Réalisations (Dépenses effectives)	4 822,5	8 000,0	12 203,7	11 764,2	13 671,9	12 004,4	13 321,1	14 693,3	14 654,3	14 387,6
<i>Prévisions (FG constant, base=1990)</i>	5 228,7	7 484,7	9 719,1	9 608,2	9 904,1	8 880,7	10 664,0	10 266,1	10 702,1	11 254,9
Réalisations (Dépenses effectives)	4 822,5	7 130,1	9 365,8	8 599,6	9 744,8	8 133,0	8 845,4	9 264,4	8 838,5	8 610,2
INVESTISSEMENT										
<i>Prévisions (FG courant)</i>	16 492,0	18 219,1	24 112,5	20 703,8	27 605,2	29 821,5	28 548,2	34 620,3	27 682,4	43 349,9
Réalisations (Dépenses effectives)	11 484,0	17 368,6	18 583	17 076	20 001,8	14 797	nd	nd	19 656,7	5 926,6
<i>Prévisions (FG constant)</i>	16 492	16 251,4	18 505,3	15 134,4	19 675,8	20 204,2	18 956,3	21 828,7	16 696,2	25 942,5
Réalisations	11 484	15 480	14 261,7	12 482,4	14 256,5	10 025	N.D.	N.D.	11 855,6	3 546,7