

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT PERMANENT PNDS

REPUBLIQUE DE GUINEE
TRAVAIL-JUSTICE-SOLIDARITE

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

août 2001

I. CONTEXTE GENERAL

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

1.2. Caractéristiques démographiques

Selon les données du recensement de 1996, la population guinéenne se chiffrait, à cette date, à 7.156.402 habitants, contre un chiffre de 4 700 000 habitants en 1983. Le taux d'accroissement naturel est de 2,6%. En y ajoutant les effets des mouvements migratoires, le taux annuel d'accroissement est de 3,1%. Ainsi, au début de l'an 2000, elle est estimée à 7.842.792 habitants. 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 ci-dessous:

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.

1.3. Niveau socioculturel et Education

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

1.4. Niveau socio-économique

Selon les résultats de l'enquête intégrale sur le budget de consommations 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

repartie entre les différentes régions du pays. Elle est beaucoup plus marquée dans les zones rurales des régions naturelles où les taux de pauvreté (indigents et pauvres non indigents) sont respectivement de 65% en basse Guinée, 70% en moyenne Guinée, 83% en haute Guinée et 71% en Guinée forestière.

1.5. 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. En moyenne, on note 3 personnes pour 10m² de superficie. En zones urbaines, 60% des ménages vivent dans des foyers communs. Le taux d'accès à l'eau potable est de 78% en zone urbaine et de 51% en zone rurale. Concernant l'élimination des déchets, seulement 24% de la population urbaine et 10% de la population rurale ont accès à des installations pour l'élimination des excréments.

1.6. Comportements, coutumes et attitudes

A cause du bas niveau socioculturel 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 et d'assainissement, le manque d'informations sur la sexualité, les méthodes contraceptives, le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA. De plus, on note une augmentation de la consommation de la drogue et de la criminalité, surtout en milieu urbain, et des accidents de route. L'environnement est en constante dégradation du fait de l'action humaine.

Une étude récente montre une augmentation progressive des taux de malnutrition chez les enfants guinéens. Selon cette étude:

- seulement 11% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein,
- 45% des enfants de six à 9 mois ne reçoivent pas encore les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate,
- 35% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à des pratiques inadéquates d'allaitement maternel,
- 39% des décès des moins de cinq ans sont attribuables à la malnutrition protéino-calorique, ce qui en fait la principale cause de mortalité dans ce groupe d'âge,
- 16% de la mortalité chez les moins de cinq ans sont dus à la carence en vitamine A.

De plus, ces carences nutritionnelles ont de graves répercussions sur le développement intellectuel des enfants, sur leur capacité d'apprentissage et affecte le progrès de l'éducation primaire. Sur le plan économique, les pertes économiques dues à la malnutrition d'ici l'an 2010 sont évaluées à plus de 627 millions de dollars.

En résumé, selon cette étude, si des mesures ne sont pas prises pour améliorer l'état nutritionnel des enfants et des femmes guinéennes, d'ici l'an 2010, cent vingt mille (120.000) enfants de moins de cinq ans mourront suite aux mauvaises pratiques d'allaitement maternel, cent trente mille (130.000) enfants du même âge

mourront suite à la malnutrition protéino-énergétique, cinquante-trois mille (53.000) autres enfants mourront suite à une carence en vitamine A et dix-sept mille (17.000) vies de mères seront perdues à cause de l'anémie due à la carence en fer et les pertes économiques et en éducation sont également énormes.

II. Problèmes, défis et opportunités

2.1. Problèmes liés aux services de santé

2.1.1. Cadre institutionnel du secteur

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

- *Au niveau central*, les points de rattachement des directions centrales ne sont pas clairement définis. Des structures importantes pour réussir la mise en œuvre de la politique nationale telles que le personnel (DAAF), le laboratoire (DNPL) sont mises 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 compétences. 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'encadrement.

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-elles 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. Il n'existe pas de structure administrative de santé au niveau de la sous-préfecture.
- *Au niveau communautaire*, l'appartenance du centre de santé et les relations entre le Comité de gestion et les Communes Rurales de Développement (CRD) ne sont pas clarifiées. L'administration pèse encore très lourdement dans la gestion des centres de santé. Il constitue un facteur limitant au développement des initiatives communautaires.

2.1.2. Ressources

La faiblesse des ressources disponibles limite les performances du système.

Λ Ressources humaines

Selon une étude récente réalisée par le Ministère de la santé, 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 sous-effectif aujourd'hui, seront les plus rares dans un avenir proche si rien n'est fait pour corriger cette situation.

L'étude a montré de sérieux problèmes de gestion et d'importants déséquilibres: 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 médecins 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 manifeste par une répartition inéquitable du personnel entre Conakry et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurale et même entre les régions. Ainsi, 49% du personnel soignant en exercice dans les structures de soins sont dans les hôpitaux et 51% dans les structures de soins de base ; mais, 72,5% de ce personnel sont dans les zones urbaines (hôpitaux et centres de santé urbains) où vivent seulement 30% de la population.

Ces déséquilibres constituent un facteur majeur de limitation de la performance du système de santé.

Λ Infrastructures et les équipements

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 sécurisante 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. Cette situation est à la base de nombreuses évacuations sanitaires, causant d'importantes hémorragies des devises et contribue à la mortalité élevée dans 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 durée de vie des investissements est généralement réduite, conduisant au «perpétuel recommencement». La maintenance des moyens logistiques fournis par les projets est encore centralisée.

De plus, l'organisation et le fonctionnement du système de soins ne permettent pas de garantir la continuité des soins d'une structure à une autre: le système de référence est mal organisé. Le privé et le public fonctionnent sans lien cohérent, comme s'ils n'appartiennent pas au même système de santé.

Λ Produits pharmaceutiques

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

Le système public d'approvisionnement et de distribution 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, les prix des produits pharmaceutiques de spécialités restent encore trop élevés par rapport à la bourse du guinéen moyen.

Λ Ressources financières

Les ressources financières du secteur ne sont pas adaptées à sa mission. 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.

Il est pratiqué un système de recouvrement des coûts uniforme pour l'ensemble des régions sans prendre en compte les disparités économiques. Par ailleurs, ce recouvrement des coûts est à la base de l'exclusion (temporaire ou permanente) d'une proportion non négligeable de la population, notamment les pauvres.

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 niveau encore faible du développement des mécanismes de partage des risques maladie dans le pays, malgré les efforts au cours de ces dernières années, constitue une limite aux alternatives de financement du secteur et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

2.1.3. Processus de gestion

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.

Le cycle de la planification 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'efficacité 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 et de techniques de planification, de suivi et d'évaluation est insuffisant.

La qualité des prestations n'est pas satisfaisante. Le paquet minimum d'activités (PMA) est encore très limité et ne comporte pas certains services demandés par les bénéficiaires. Par ailleurs, 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. Ces facteurs contribuent à la stagnation voire la diminution de l'utilisation des établissements de soins.

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.

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.

Le système d'information sanitaire est orienté fondamentalement vers le secteur public. En plus, la coordination des circuits, l'intégration et la synthèse de l'information sont difficiles à cause de la multiplicité des sous-systèmes. 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 trop centralisée.

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, surtout, utilisent des approches très différentes. Certaines de ces approches ne sont pas soutenables à long terme.

En matière de recherche, la capacité humaine technique, matérielle et financière pour le développement de la recherche essentielle en santé est faible à tous les niveaux du système. 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, etc..

Le processus de décentralisation 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 (mauvaise répartition des tâches, absence de travail d'équipe et 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.

2.2. Problèmes liés au comportement de la population

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

La population a de mauvaises habitudes d'alimentation notamment des enfants et des femmes enceintes, et de plus en plus dans l'allaitement des enfants, aux conséquences très néfastes pour la santé, l'éducation et l'économie. Elle vit dans de *mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement*, augmentant le risque de maladie. 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. La *consommation de la drogue, du tabac et de l'alcool* constituent un fléau, notamment pour les jeunes. L'*automédication* favorisée par la vente illicite des médicaments est un comportement néfaste de plus en plus observé au sein des populations.

Tous ces phénomènes sont amplifiés par la pauvreté de la majorité de la population, notamment en zones rurales.

Les autres déterminants de la santé (environnement physique et socio-économique, et les caractéristiques démographiques de la population) ont été traités dans le chapitre 1.

2.3. Problème 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. Les différentes formes de *carences nutritionnelles* et les *maladies infectieuses et parasitaires* prédominent dans le pays. Certaines maladies émergentes (*VIH/SIDA, hypertension artérielle, diabète, cancer du col utérin*, etc.) et réémergentes (*tuberculose, trypanosomiase...*) 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, les *pathologies obstétricales* constituent encore une préoccupation majeure.

2.4. Défis

Les défis majeurs à relever par le système de santé 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'état, 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 et socialement acceptés.
4. Le contrôle du paludisme et des maladies émergentes et réémergentes, notamment les IST-SIDA et la tuberculose, qui exige la mobilisation de chacun.

2.4. Opportunités

La volonté politique du Gouvernement est forte 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 est un atout majeur pour la mobilisation des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé.

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

III. ORIENTATIONS POLITIQUES

3.1. Vision

Notre **vision** est une société dans laquelle toute personne vivant en Guinée est 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
- Un personnel de santé formé, motivé, valorisé et mieux distribué pour des prestations de services de qualité.
- Des facilités d'acquisition des médicaments vaccins et consommables pour une disponibilité assurée et un approvisionnement adéquat des structures sanitaires.
- Un financement amélioré du secteur pour une fourniture pérenne et qualitative des services de santé.
- Un cadre de travail transparent, stimulant la créativité.
- Un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.

3.2. 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. Toute nouvelle action détournant des ressources destinées à la consolidation des acquis sera ajournée.

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). Les zones n'ayant pas accès aux services de santé essentiels seront prioritaires.

L'accès universel, suppose aussi 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: 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 et satisfassent les attentes des usagers.

4. **La lutte contre la pauvreté** : Les interventions 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). Les actions à entreprendre devront contribuer à protéger le revenu des pauvres.

5. **La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions:** Les stratégies les plus efficaces pour un coût supportable par les ressources disponibles (meilleur rapport coût-bénéfice) 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 qui vise à améliorer la santé de la population. En conséquence, toute structure sanitaire, administrative ou de soins, publique ou privée, quels que soient son statut et sa localisation, doit s'y s'insérer harmonieusement. Le système ne doit pas comporter de solution de continuité.

7. Le système de santé sera orienté vers la **satisfaction des besoins de l'utilisateur** : 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, autres secteurs, ONG, bailleurs de fonds, etc.) pour mieux comprendre et satisfaire ces besoins.

8. Le développement du système de santé tiendra régulièrement compte de la nécessité d'assurer **des prestations globales, intégrées et continues**. Cela suppose, entre autres, que : a) l'examen des déterminants de l'état de santé fasse partie de la prise en charge des cas, b) un système de référence performant soit développé entre les différentes structures de soins.
9. Les décisions, seront fondées sur une **démarche rationnelle**.
10. Le système de gestion globale du secteur sera conçue de manière à engager tous les acteurs vers la **recherche de l'excellence** et le **travail en équipe** dans la solution des problèmes. Pour cela, **l'engagement du personnel** devra être continuellement recherché.
11. La **collaboration intersectorielle** et de la **participation des usagers** et des communautés dans un cadre de **partenariat** devront être constamment recherchées pour assurer le contrôle social efficace et la pérennité des acquis.

3.3. 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.

3.4. Axes stratégiques

Cinq axes stratégiques sont retenus pour atteindre les objectifs ci-dessus. Tous sont détaillés dans le plan stratégique de développement sanitaire.

3.4.1. Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité

L'on vise, ici, la réduction de la morbidité, de la mortalité et des complications dues aux maladies prioritaires. Ces maladies sont le paludisme, les maladies infectieuses (tétanos, rougeole, tuberculose, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, hépatite B, fièvre jaune, shigellose, infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques), les IST-SIDA, les carences nutritionnelles, la santé de la reproduction, l'onchocercose et les maladies chroniques (lèpre, hypertension artérielle, diabète, asthme, drépanocytose, cataracte, trachome, carie dentaire, maladies mentales). Bien que la santé de la reproduction ne soit pas une maladie, elle a été classée dans ce groupe, arbitrairement.

Cet axe s'articulera autour de l'intégration des activités de lutte contre ces maladies dans toutes les structures de santé :

- La vaccination,
- La surveillance épidémiologique,

- Le contrôle des déterminants de la santé,
- La lutte contre les grossesses précoces et ou indésirées,
- Le suivi de la grossesse et l'accouchement assisté,
- Le suivi nutritionnel, la supplémentation et la fortification alimentaires (en iode, fer, vitamine A, fluor), le renforcement du système d'information à base communautaire (SIAC), le développement des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN), la production de farines de sevrage enrichies,
- L'amélioration des capacités de prise en charge des cas de maladie ou de grossesse à risque,
- La prise en compte de la médecine traditionnelle.

La duplication et la fragmentation des services seront évitées, de manière que les interventions soient harmonieuses, complémentaires et synergiques. Les ressources du système seront mises en commun au niveau opérationnel, dans le cadre d'un travail d'équipe.

La surveillance épidémiologique 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).

Les capacités nécessaires à la réalisation de toutes ces mesures seront créées dans toutes les structures (administratives et de soins) et à tous les niveaux du système sanitaire (préfectoral, régional et central).

Les activités concernant la médecine traditionnelle visent à :

- ρ Utiliser de façon optimale les ressources de la médecine traditionnelle (tradipraticiens 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.

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.

p 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.

3.4.2. Renforcement des capacités institutionnelles et de gestion

Ce renforcement vise à faire assumer efficacement par le système de santé une de ses fonctions essentielles, celle de l'administration générale des services. Il implique:

- La réforme du système de soins,
- La réforme du secteur pharmaceutique,
- La réorganisation des structures administratives,
- Le renforcement des fonctions de gestion.

La réforme du système de soins comprend la transformation des centres et postes de santé en structures communautaires à part entière, avec un système de gestion précis où le rôle du Ministère de la santé consistera à superviser les activités techniques et à contrôler le respect de la réglementation et des procédures. 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, créant les conditions d'une complémentarité entre privé et public.

Le partenariat entre privé et public sera recherché à travers :

- L'application de l'approche contractuelle avec les structures associatives à but non lucratif (confessionnel et ONG) et des cadres privés à la recherche d'emploi
- La définition de normes d'implantation des structures privées lucratives de manière à éviter les concentrations zonales
- La limitation de la durée de validité des agréments et le conditionnement du renouvellement à l'atteinte de résultats prédéterminés
- 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, de sorte à permettre au personnel du secteur public de disposer d'infrastructures privées dans un cadre réglementaire strict.

La réforme du secteur pharmaceutique s'articulera autour de la transformation de la direction nationale de la pharmacie en agence du médicament, la législation et les mécanismes de régulation du secteur, la modification des statuts de la PCG et l'introduction des changements organisationnels et de comportement que les nouveaux statuts impliqueront.

La réorganisation et le renforcement des fonctions de gestion du système de Santé seront guidés par un souci de rationalisation, d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre de la politique de santé.

Au niveau régional, les inspections seront transformées en directions régionales de santé et leurs activités seront essentiellement réorientées vers :

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

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 mission de la Direction Préfectorale de la Santé sera réorientée vers:

- 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 et le processus de décentralisation seront adaptés à cette orientation politique.

Le rôle des unités de gestion des programmes et des projets spécifiques sera réorienté. Désormais, elles seront chargées 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.

3.4.3. Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services

L'objectif à travers cet axe est d'accomplir avec efficacité et efficience trois des fonctions essentielles du système de santé : la création de ressources, la prestation de services et le financement des services.

La création de ressources veut dire, ici, l'extension de la couverture sanitaire par la construction de nouveaux centres et postes de santé. Cette action sur les services de santé de base sera complétée par la rénovation et l'équipement des hôpitaux et des autres types de structures prestataires de service pour asseoir un système de référence efficace garantissant la continuité des soins. Ces autres structures sont :

- l'Institut national de santé publique (INSP)
- le Centre national de transfusion sanguine (CNTS)
- le Centre national de formation et de recherche en santé familiale et de reproduction humaine (CESFARH).

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 urgences obstétricales et chirurgicales en particulier.

Cette extension se fera selon un plan de couverture basé sur la carte sanitaire.

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.

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 sera limité et concernera essentiellement les zones périurbaines. 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.

L'amélioration de l'accessibilité financière des services sera obtenue par l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la santé, la mise en place de systèmes de solidarité permettant une distribution équitable des ressources : mutuelles, assurance sociale obligatoire, fonds de solidarité, etc. Ces mécanismes assurent une subvention directe par l'Etat et indirecte par les riches et les moins malades aux pauvres qui tombent plus souvent malades.

L'effort de l'Etat sera complété par les recettes générées par le système de recouvrement des coûts. Ces fonds serviront à supporter les charges liées à :

- L'achat des médicaments
- L'achat de combustibles, la maintenance et les outils de gestion
- L'achat de fourniture de bureau
- Les primes au rendement.

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

Le cadre clair et cohérent des dépenses à moyen terme permettra une meilleure coordination des interventions et servira de base pour une utilisation plus efficace et efficiente des ressources. La qualité des dépenses sera assurée en veillant au respect strict des priorités et des procédures, de manière à éviter le gaspillage et le retard dans l'exécution des dépenses. Dans ce cadre un audit externe des dépenses sera réalisé chaque année par un bureau expert indépendant.

L'amélioration de la qualité des soins se fera grâce à :

- la mise en place du management de la qualité totale fondé sur les principes reconnus en la matière,
- la définition du paquet minimum de services,
- l'amélioration du plateau technique,
- l'amélioration de la maintenance,
- l'utilisation rationnelle du médicament,
- la réorientation de la supervision vers la formation des agents et la résolution des problèmes opérationnels avec l'intégration des compétences des structures hospitalières et des ONG locales dans les équipes de supervision.

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

L'inscription dans le budget de chaque établissement d'un montant destiné au financement de la maintenance sera un critère de détermination du niveau de leur subvention. Ce montant sera destiné au financement de la maintenance préventive et curative et de l'amortissement.

3.4.4. Développement des ressources humaines

Par cet axe le système pourra davantage réaliser une autre de ses fonctions essentielles, celle de créer des ressources (formation). Il s'agira de rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. La coordination de la formation initiale, le développement d'un programme de formation continue répondant aux exigences d'un plan de carrière, la mise en place d'un système de motivation et une gestion courante orientée vers les objectifs du système et le plan de carrière y contribueront.

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 combler le déficit numérique actuel de certaines catégories professionnelles (sages-femmes, techniciens de laboratoire et de radio, etc.) non disponibles dans le

marché, des ATS et infirmiers seront réorientés et formés dans ce sens. La formation initiale de ces catégories sera une priorité pour garantir leur disponibilité.

Le système d'allocation des primes sera réorienté vers un autre où les primes sont variables et indexées sur le niveau de satisfaction des usagers, les performances et les résultats financiers de chaque structure.

Le nouveau statut général de la fonction publique adopté par le Gouvernement et le statut particulier de la santé serviront de base pour la gestion des carrières du personnel. La formation étant un élément important de ces statuts, 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 d'assurer l'équité entre tous les agents.

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 directeurs des structures déconcentrées d'une part, et entre les directeurs et les chefs de service d'autre part. Ces contrats feront l'objet d'une évaluation périodique suivie de mesures coopératives.

La formation étant un moyen permettant de résoudre les problèmes de santé majeurs de la population, le contenu de la formation initiale des médecins sera révisé en collaboration avec la faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-stomatologie. 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 formation des autres catégories professionnelles sera orientée vers les soins de santé primaires, les soins infirmiers et la santé communautaire.

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

- 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 contractualisation.

3.4.5. Promotion de la santé

L'objectif est de :

- développer la complémentarité et la synergie des actions de tous les secteurs (privé et public),
- promouvoir une participation communautaire et une collaboration intersectorielle accrues dans le développement du système de santé,
- susciter l'adoption, par la population, de comportements favorables à la santé, dont l'assainissement et l'hygiène,
- susciter l'extension de la fourniture en eau potable à la population.

La sensibilisation et la mobilisation sociale seront les principaux moyens d'y parvenir. Des mécanismes de contrôle social des services de santé par les communautés seront également développés.