



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child
Survival Program



MCSP Guinée : Evaluation Rapide du Système de Sante en Guinée

Table des matières

Sigles et abréviations	4
Introduction	5
Conception et méthodologie de l'évaluation	6
Objectif de l'évaluation	6
Méthodologie de l'évaluation	6
Zones de l'évaluation.....	7
Population cible.....	7
Approche technique	7
Echantillonnage et collecte de données	7
Saisie et analyse des données	8
Portée et limites de l'évaluation	8
Résultats	10
1. Gouvernance et Leadership	10
Développement des stratégies.....	10
Décentralisation	10
Gestion.....	11
Coordination	12
Règlementation	13
2. Financement du système de la santé	14
Financement par l'Etat	15
Mobilisation des ressources communautaires	16
Financement externe	16
Recouvrement des coûts.....	16
Décaissements et gestion budgétaire	17
Tiers payant, dispositions pour population vulnérable.....	18
3. Ressources Humaines en Santé	19
Gestion des ressources humaines en santé	20
Quantité et qualité des RHS	21
Compétences et Formation continue.....	21
4. Prestation de services	22
Infrastructures et équipements	22
Accessibilité et offre des services.....	23
Organisation : référence et contre référence	23
Qualité des soins	23
5. Médicaments, vaccins et équipements sanitaires	24
Approvisionnement et distribution	25
Estimation et quantification des besoins	26
Gestion des stocks, assurance qualité et inspections pharmaceutiques.....	26
Usage rationnel	26
Equipements médicaux	27
6. Système d'information sanitaire	27
Collecte d'informations	28
Analyse et utilisation des données.....	29
Synthèse des résultats	29
Recommandations	30
Recommandations pour le niveau régional et préfectoral	30
Recommandations pour le niveau central	33
Prochaines étapes	35

Bibliographie	36
Annexes	38
Annexe I. Questionnaire : Niveau régional et préfectoral	38
Annexe II. Questionnaire : Structures sanitaires	47
Annexe III. Questionnaire : Agents communautaires et CoSaH.....	54
Annexe IV. Questionnaire : Mairies	56
Annexe V. Organisation de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé.....	59

Sigles et abréviations

ARV	Antirétroviral
ATS	Agent Technique de Santé
BND	Les services de renseignement allemands
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMC	Centre Médico-Communal
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CoSaH	Comité de Santé et d'Hygiène
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CTC	Comité Technique de Coordination
CTPS	Comité Technique Préfectoral de Santé
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
DCS	Direction Communale de la Santé
DRH	Division des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DSVCo	Direction de la santé de la ville de Conakry
MCSP	Maternal and Child Survival Program
MS	Ministère de la Santé
MVE	Maladie à Virus Ebola
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adoptés
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PSDRHS	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
RHS	Ressources Humaine pour la Santé
SNIS	Système Nationale d'Information Sanitaire
SRMNI	La santé reproductive, maternelle, néonatale, et infantile
SBM-R	Le processus d'amélioration de la performance et de la qualité
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
UE	l'Union Européenne
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

Introduction

Selon la documentation disponible, le système de santé en Guinée est caractérisé par « une morbidité et mortalité encore élevée en particulier chez les groupes les plus vulnérables (y compris le couple mère-enfant), une couverture insuffisante en service essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, une offre de santé inefficace et inéquitable et un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes » (*Plan de relance du système de santé*, 2015).

En Guinée même avant l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE), les indicateurs sanitaires étaient déjà très faibles. D'après l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) qui a été menée en 2012 :

- Le taux de mortalité néonatale était 33 pour 1000 naissances vivantes ;
- Le taux de mortalité infanto-juvénile était 123 pour 1000 naissances vivantes ;
- Seulement 40% des naissances se sont déroulées dans des formations sanitaires ;
- Le taux de mortalité maternelle était estimé à 724 pour 100 000 naissances vivantes ;
- Prévalence des méthodes contraceptives modernes se situe à 6 % ;
- Indice synthétique de fécondité estimé à 5.1, presque sans changement au cours des dix années précédentes.

Les indicateurs sanitaires déjà faibles ont connu une détérioration suite à MVE. Dans une évaluation menée par le projet *Maternal and Child Health Integrated Program*, l'impact sur l'utilisation des services a été soulevé : le nombre d'utilisateurs mensuels des services de planification familiale a diminué de 53-75% dans les régions du pays ; la prise en charge des accouchements a connu une chute de 74% à Nzérékoré et de 81% à Conakry. Ebola a exacerbé les défis dans un système de santé déjà faible et a contribué à une réticence et une peur au sein de la population à demander des soins auprès des formations sanitaires.

En raison de l'impact de MVE en Guinée, le Ministère de la Santé (MS) cherche à rétablir les services sanitaires de manière stratégique pour, à la fois, prévenir une telle épidémie, faire remonter les indicateurs de santé, et mobiliser la population à demander les soins. En réponse aux besoins du ministère de la santé l'USAID et ses partenaires a décidé de soutenir le renforcement du système de santé en Guinée, à travers le programme *Maternal and Child Survival Program (MCSP)*.

MCSP est un programme mondial financé par l'USAID, visant à introduire et promouvoir des interventions à haut impact. L'objectif principal du programme MCSP est de réduire la mortalité maternelle, néonatale, et infantile due à des causes évitables. En Guinée, MCSP soutient des activités dans les domaines de la santé reproductive notamment la planification familiale, la santé maternelle et néonatale, l'immunisation, la prévention et le contrôle de l'infection, ainsi que le renforcement du système de santé. MCSP-Guinée, est réalisé par Jhpiego et ses partenaires, travaille dans les régions de Boké, Conakry, Kindia, et Nzérékoré. Il couvre 20 préfectures/communes et comporte deux axes : MCSP-Restauration des services et MCSP-Renforcement du système de santé.

En Guinée, MCSP appuie le renforcement du système de santé au niveau des préfectures des régions citées ci-dessus. Ceci fait partie d'un effort de restauration et de reconstruction post-Ebola du système de santé. En mettant l'accent sur la gestion sanitaire au niveau des préfectures, ces activités cherchent à assurer la disponibilité de services durables, de haute qualité, et efficaces pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, et infantile (SRMNI). Cet appui répond directement aux priorités nationales établies par le MS dans son Plan national de développement sanitaire (PNDS).

Pour atteindre les objectifs ciblés, MCSP compte mettre en œuvre « *L'Approche Intégrée* », une innovation de procédés développée par MCSP au niveau mondial afin d'aider les pays à renforcer le système de santé, notamment les capacités managériales au niveau du district sanitaire pour une amélioration accélérée et durable de la couverture, la qualité et l'équité des soins de SRMNI. Cette approche fournira en quatre étapes, un appui technique et un accompagnement aux districts afin qu'ils puissent élaborer et mettre en œuvre des plans d'actions à travers l'intégration stratégique des acteurs et des interventions techniques. L'amélioration du fonctionnement du système et de la MCSP Guinée : évaluation rapide du système de santé 5

qualité des services sera obtenue à travers la mobilisation communautaire, la capitalisation des outils, l'utilisation des concepts et des ressources existantes. Ces étapes sont :

- **1- Evaluation.** A travers une évaluation rapide du système de santé, MCSP collectera l'information de base, identifiant les priorités locales, les ressources et les défis.
- **2 - Planification.** Utilisant ces informations et avec l'appui technique de MCSP, les préfectures élaboreront leurs plans d'actions adaptés à leurs besoins, leurs ressources et leurs priorités.
- **3 - Mise en œuvre.** Avec l'accompagnement de MCSP, les préfectures mettront en œuvre leurs plans d'actions.
- **4 - Suivi.** En collaboration avec le MS, MCSP contribuera au suivi et à l'évaluation des plans d'actions à travers des visites de supervision formative. Ces visites conjointes apprécieront les progrès et identifieront les défis de mise en œuvre pour proposer des solutions. Elles permettront, aussi, de partager des informations sur les approches utilisées avec succès dans d'autres domaines et préfectures et de fournir un appui au renforcement des capacités sur les compétences essentielles de la gestion.

Cette logique a conduit le projet MCSP-Guinée a mené l'évaluation rapide du système de santé cité ci-dessus (1^{ère} étape de « L'Approche Intégrée ») en juillet 2016. Les résultats de cette étude permettront de mieux cibler la restauration des services de santé et le renforcement post-Ébola du système de santé. Cette évaluation est le sujet du présent rapport. Les sous-sections suivantes expliquent l'objectif de l'évaluation, la méthodologie utilisée pour cette évaluation et ces limitations, et le système de santé en Guinée.

Conception et méthodologie de l'évaluation

Objectif de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est de diagnostiquer rapidement les problèmes au niveau régional et préfectoral pouvant affecter les services de SRMNI pour classer par ordre de priorité les domaines clés à renforcer, identifier les atouts et les opportunités dans le système de santé. L'évaluation permettra aux équipes cadres concernées de planifier des solutions visant à améliorer et renforcer le système de santé dans son ensemble à partir des informations recueillies. À ce titre, l'évaluation engage un processus d'analyse et de planification produisant des recommandations qui peuvent être appliquées au niveau de la communauté, au niveau des structures sanitaires, ou au niveau administratif régional et préfectoral.

Méthodologie de l'évaluation

Il s'agit d'une approche qualitative utilisant un cadre d'analyse basée sur les six blocs du système de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Utilisant ce cadre de l'OMS, l'équipe de recherche essaie d'identifier les éléments clés de la performance (comme les politiques, les régulations, les structures organisationnelles, et le changement des comportements) qui assurent l'intégration entre tous les six blocs du système de santé.

Les 6 blocs du système de santé définis par l'OMS sont :

- Leadership et gouvernance
- Financement du système de santé
- Prestation des services (organisation et qualité)
- Ressources humaines pour la santé
- Médicaments, vaccins et technologie sanitaire
- Système d'information sanitaire

Un intérêt particulier est donné, dans le cadre de cette évaluation aux éléments ci-dessous qui font partie aussi des politiques nationales de la santé :

- Aspects communautaires dans un but d'évaluer le continuum des soins

- Aspects de la coordination intersectorielle pour l'évaluation de l'action combinée sur les déterminants sociaux de la santé (facteurs socio-culturels, économiques, environnementaux)
- La décentralisation pour une mesure de l'espace de décision et la possibilité de trouver des solutions répondant au contexte local avec des moyens locaux.

Zones de l'évaluation

Les zones de l'évaluation correspondent aux régions et préfectures ciblées par MCSP. Ces régions sont Boké, Conakry, Kindia, et Nzérékoré. Toutes les préfectures de Kindia et de Nzérékoré et toutes les communes de Conakry font partie de ce travail et bénéficient de l'appui de MCSP. A Boké, le projet travaille dans trois des cinq préfectures qui font partie de la présente évaluation aussi : Boffa, Boké, et Fria (voir carte).



Préfectures ciblées par le programme MCSP

Population cible

Cette évaluation a ciblé les trois niveaux de la pyramide sanitaire pour établir une vue d'ensemble du système de santé afin de mieux identifier les renforcements et appuis à fournir à tout niveau du système de santé. Pour la collecte de données les structures sanitaires ci-dessous faisaient partie de l'échantillon : hôpital national, hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectoraux/centres médicaux communaux, centres de santé et postes de santé. Au niveau managérial, elle a touché les équipes cadres régionales, préfectorales et les représentants communautaires à travers les CoSaH, les agents de santé communautaires, et les élus communaux.

Approche technique

L'approche adoptée s'est voulue participative et interactive afin que cette évaluation prenne en compte les avis et suggestions des acteurs concernés tant en interne qu'en externe, au niveau central, régional et préfectoral. En fonction des thèmes abordés, l'approche méthodologique a été adaptée, combinant plusieurs approches et plusieurs niveaux d'analyse. Pour réaliser cette évaluation la collecte de données s'est faite à travers une revue documentaire et la conduite des discussions avec les participants utilisant un guide de discussion. La revue documentaire a été faite pendant la phase préparatoire de l'évaluation pour détailler le contexte politique sanitaire et prendre en compte les données existantes sur le système de santé. Cette revue documentaire a facilité aussi l'élaboration des guides de discussion et l'analyse des données à la fin de l'évaluation. Pendant la période de planification, l'équipe a également conduit des réunions de travail pour élaborer les guides de discussion, adaptés aux différents cibles (voir Annexes I-IV). L'équipe a aussi organisé des réunions avec les autres partenaires externes du MS pour intégrer leurs perspectives. L'objectif de ces réunions était de prendre connaissance des activités en cours et prévues par les différents partenaires de manière à assurer une intégration stratégique des acteurs et des interventions techniques, de la mobilisation communautaire et de la capitalisation des outils et concepts existants. Prenant en compte les inputs des partenaires, les guides de discussions ont été amendés.

Echantillonnage et collecte de données

L'évaluation a touché 35 sites comprenant des directions régionales (4), directions préfectorales (6), structures sanitaires (14),¹ comités de santé et d'hygiène (4), agents de santé communautaires (2) et mairies (5). La sélection a été faite en collaboration entre le BSD et le projet MCSP basé sur la géographie. Etant donné que cette évaluation vise à collecter et analyser les données, la sélection ne cherche pas à être représentative, mais plutôt de fournir une vue d'ensemble en tant que point de départ pour les activités de l'Approche Intégrée à suivre. Dans chacun des sites, l'équipe a sélectionné

¹ Parmi les 14 structures sanitaires il y avait des hôpitaux/centres médicaux communaux (7), des centres de santé (5), et des postes de santé (2).

les informateurs appropriés pour permettre de recueillir des informations objectives et fiables. En plus, l'observation de documents a été faite pour confirmation.

Une équipe de cinq personnes, provenant du projet MCSP et du MS a conduit les entretiens et les visites de sites du 27 Juin au 19 Juillet 2016. L'équipe a réalisé des entretiens semi-structurés avec : 1) des prestataires de services dans des établissements publics répartis entre tous les niveaux de la pyramide sanitaire, 2) des agents de santé communautaires, 3) des gestionnaires de la santé, et 4) des responsables des structures administratives au niveau national, régional, préfectoral et communautaire. Pour chaque entretien, l'équipe introduisait l'étude en déclinant les objectifs et en rassurant les répondants sur le caractère anonyme et confidentiel des réponses. Chaque thème a été exploré en plusieurs questions de manière à pouvoir approfondir l'analyse qualitative. Les notes détaillées ont été prises pendant l'entrevue et étaient rassemblées sous la composante principale du système de santé appropriée pour faciliter la phase d'analyse.

Saisie et analyse des données

Les données issues des entretiens ont été analysées en évaluant et en classifiant leur contenu en catégories correspondant aux six blocs pour faciliter l'analyse et l'interprétation. Dans un premier temps, les tendances ont été revues après chaque interview pour extraire les informations importantes pouvant aider à diagnostiquer les composantes du système de santé. Ensuite, pour s'assurer d'une revue systématique, une grille d'analyse a été conçue pour compiler les informations clés par structure sanitaire (hôpital, CMC, centre de santé et poste de santé), par structure administrative de santé (DRS, DPS) et par structure administrative communale (mairie). Les données obtenues auprès des agents de santé communautaire et des membres du CoSaH ont aussi été compilées pour chaque région.

Portée et limites de l'évaluation

L'évaluation rapide du système de santé permet d'avoir un aperçu général du système de santé au moment du passage des évaluateurs en se basant sur la perception des personnes interviewées. Elle n'a pas la prétention d'être exhaustive ni représentative du système de santé national guinéen. Toutefois, l'équipe a essayé, dans la mesure possible, de tout faire pour assurer la qualité et la véracité des informations recueillies à travers l'observation et la revue documentaire.

Le système de santé en Guinée

La Guinée compte huit régions administratives dont la ville de Conakry et se subdivise en 33 préfectures auxquelles s'ajoutent les cinq communes de Conakry. La structure organisationnelle du système de santé suit une pyramide organisée en trois niveaux de gestion administrative : central, intermédiaire (régional) et périphérique (préfectoral et communautaire).

Sur le plan des structures de gestion, le dispositif institutionnel peut être résumé comme suit :

- Le **niveau central** est régi par le Ministère de la Santé (MS) et son Secrétariat Général. Les structures administratives sont les directions nationales, les services d'appui, les services rattachés et les établissements publics administratifs.
- Le **niveau intermédiaire** est organisé en plusieurs régions administratives, chacune étant dirigée par un Gouverneur. En matière de gestion du système de santé, une équipe cadre de la Direction Régionale de Santé (DRS) ou Direction de la Santé de la ville de Conakry (DSVCo) s'occupe de la coordination et supervision des activités couvrant en moyenne 5 préfectures ou communes dans chaque région.
- Le **niveau préfectoral** est sous la direction d'un Préfet qui préside le comité préfectoral de développement comportant les directions techniques représentant tous les secteurs. Du point de vue de la gestion du système de santé, la Direction Préfectorale de la Santé (DPS)

ou, à Conakry, la Direction Communale de la Santé (DCS) à Conakry s'occupe de la coordination et du suivi des activités dans les structures de santé.

- Le **niveau communautaire** est sous tutelle de la mairie qui, en principe, assure l'administration autonome de la commune. Les Comités de Santé et d'Hygiène (CoSaH) ont été mis en place pour impliquer la communauté dans la gestion des centres de santé. Les membres du CoSaH sont élus par la collectivité, hormis un membre de droit qui est le chef du centre de santé.

Résultats

Les résultats sont organisés selon les blocs suivants définis par l'OMS : (1) la gouvernance et le leadership (2) le financement des services de santé, (3) la prestation de services (4) les ressources humaines pour la santé (5) les médicaments, vaccins et technologie sanitaire et (6) le système d'information sanitaire. Il s'agit d'identifier les priorités, les ressources, les opportunités ainsi que les défis locaux pour mieux orienter le renforcement de la gestion sanitaire au niveau des préfectures et assurer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité, et la durabilité des services de SRMNI.

I. Gouvernance et Leadership

Les informations recueillies au cours des entretiens montrent des goulots d'étranglements dans la fonction de gouvernance. Du point de vue administratif, certains efforts vers la décentralisation ont été faits avec la régionalisation. Entre autres, la politique nationale de santé cite une orientation du système de santé vers les collectivités locales dans le cadre du processus de décentralisation (*Politique Nationale de Santé*, Novembre 2014).

Les sous-sections suivantes couvrent cinq thèmes principaux de gouvernance et leadership : développement des stratégies, décentralisation, gestion, coordination, et réglementation.

Développement des stratégies

L'élaboration de la Politique Sanitaire Nationale et du Plan National de Développement Sanitaire a été faite de manière inclusive et participative, néanmoins la mise en œuvre des plans d'actions dérivés de ces stratégies souffre d'un manque de ressources adéquates. Les régions et préfectures visitées assurent avoir participé dans le développement des stratégies. Dans leurs rôles elles contribuent aux états généraux, font remonter l'information concernant l'analyse de situation de leurs régions respectives en y incluant toutes les structures sanitaires et participent à l'élaboration de ces documents. Le plan national de développement sanitaire a été, ensuite, décliné en plans d'action opérationnels triennaux et annuels au niveau des régions et préfectures selon leurs spécificités. L'une des principales difficultés de ce processus de planification des plans d'action est un manque de financement adéquat qui par ailleurs affecte leur mise en œuvre

De nombreux participants ont affirmé que les aspects multisectoriel et communautaire ont été pris en considération à travers l'implication des communes dans les analyses de situation et les états généraux. Cependant, les résultats des entretiens indiquent aussi que la participation communautaire, notamment sous forme du CoSaH, est souvent limitée à la mobilisation sociale et la promotion de l'utilisation des services de santé. Les CoSaH, qui sont censés représenter les communautés à travers leur lien formel à un centre de santé, ne sont pas toujours fonctionnels et ne reçoivent pas de supervision régulière, rendant faible la participation de tous les membres. D'après les participants faisant partie de cette évaluation, la régularité de leurs réunions est tributaire de l'implication individuelle de certaines personnes et rarement tous les membres sont présents aux réunions. Le trésorier et le président de CoSaH sont en général les plus actifs au côté du CS.

Décentralisation

La mise en application du transfert de gestion des services de santé de base aux collectivités locales reste faible. Dans le cadre de décentralisation, l'Etat a établi un Code des Collectivités locales qui transfère 32 domaines de compétences aux collectivités décentralisées--ces dernières étant les mairies. La liste des compétences transférées aux collectivités locales comprend, entre autres les compétences de la gestion des services de soins de santé primaire, la gestion des points d'eau, la salubrité et l'hygiène publique incluant la lutte contre les vermines (*Code des Collectivités Locales en République de Guinée 2006, Chapitre 3, Section 29*). La mission des collectivités locales énoncée dans le cadre de la santé est la construction, la gestion et l'entretien des centres et postes de santé.

Cependant, les mairies ou les collectivités locales n'apportent pas beaucoup d'aide dans ce cadre car elles-mêmes souffrent de certains dysfonctionnements empêchant la décentralisation et la gestion ou la prise de décisions autonomes. En fait, bien que les compétences aient été transférées au niveau décentralisé afin d'octroyer le pouvoir de collecte de fonds, de décision et de gestion de certains secteurs, aucune mesure d'accompagnement n'a été mise en place pour que ces compétences puissent, réellement, être assurées par les acteurs locaux. Un des participants a même noté que la décentralisation serait utile, mais il y a un manque de ressources destinées à sa mise en œuvre dans le pays. Un autre répondant a souligné qu'au niveau périphérique il n'y a pas certaines capacités clés pour la décentralisation telle que la gestion financière. Par ailleurs, la collecte des recettes de fiscalité se fait généralement par les gouvernorats qui font, ensuite cession d'un budget aux collectivités locales selon leur volonté bien que la loi indique une gestion autonome de ces collectivités. Dans l'une des régions visitées, un répondant a même ajouté que la décentralisation est théorique, en identifiant trois facteurs qui contribuent au manque d'application : (1) l'incohérence des textes ; (2) des interférences et un manque de transparence dans la mobilisation des fonds (taxes et impôts) ; et (3) la commune est en principe autonome, mais elle est souvent bloquée par certains intérêts au niveau du gouvernorat. Le gouvernorat joue donc le rôle normalement attribué aux collectivités locales.

Plus particulièrement dans le cadre administratif de la santé, le processus de décentralisation s'est traduit par le transfert de certaines fonctions de gestion du niveau central vers les directions régionales et préfectorales de santé. Depuis 2003, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2003-2012) avait identifié plusieurs fonctions à transférer vers les DRS et DPS : (1) gestion du budget de fonctionnement ; (2) planification et l'affectation des ressources ; (3) approvisionnement en médicaments ; (4) coordination des interventions ; (5) formation continue du personnel ; (6) contrôle des structures publiques et privées ; et (7) maintenance des infrastructures et des équipements. En dépit de ce plan, ces fonctions ne sont pas encore transférées au niveau périphérique et restent centralisées.

Gestion

La plupart des responsables gestionnaires interviewés n'ont pas reçu de formation dans les domaines de leadership, management et gouvernance. Les informations recueillies au cours des entretiens montrent qu'une majorité des participants a exprimé un grand besoin dans ce sens. Les gestionnaires plus anciens ont bénéficié de formations qui ont été données par le niveau central dans les années 1990 avec distribution de fascicules de gestion. Ceux recrutés plus récemment, par contre, n'ont pas bénéficié d'une telle formation pour renforcer leurs capacités techniques et accomplir pleinement leurs fonctions. Certains des participants ont soulevé le fait qu'ils ont retrouvé les fascicules de leurs prédécesseurs dans leurs bureaux et s'y réfèrent pour la gestion, mais sans avoir d'orientation sur l'outil. Malgré une priorisation de renforcement des capacités en gestion axée sur les résultats,² certains participants ont indiqué que les formations organisées par le niveau central ne passent pas forcément par les responsables de formation aux niveaux régional et préfectoral pour un meilleur renforcement des capacités et de coordination. Les responsables de formation ne sont parfois pas au courant ni invités à participer pour en faire des personnes ressources plus tard et pérenniser les acquis.

Des mécanismes de suivi et supervision existent à tous les niveaux du système de santé, mais la mise en œuvre n'est pas standardisée ni respectée. Les Directions Nationales, programmes, équipes cadres DRS et DPS et partenaires techniques et financiers assurent le suivi à travers des sessions comme celles du Comité technique de coordination (CTC) au niveau central, du Comité technique régional de la Santé (CTRS) et du Comité technique préfectoral de la Santé (CTPS) chaque semestre.

La supervision des structures de soins est décrite de manière suivante :

² Voir la PNDS 2015-2024 dans la sous-orientation stratégique 3.6 Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

- Au niveau des postes de santé : visite mensuelle de supervision par le chef du centre de santé. Des fois, les journées nationales de vaccination servent de rencontre de supervision. La supervision des agents communautaires se fait principalement à travers le chef du centre de santé (Figure 1).
- Au niveau des centres de santé : visite mensuelle de la DPS et trimestrielle de la DRS.
- Au niveau des hôpitaux préfectoraux ou CMC : visite trimestrielle de la DPS/DCS et DRS/DSVCo. Les HP reçoivent aussi des visites de supervisions du Ministère de la Santé.
- Au niveau des hôpitaux régionaux : visite trimestrielle de la DRS. Certains hôpitaux régionaux sont aussi préfectoraux et ont des visites de supervision de la DPS.
- Au niveau des hôpitaux nationaux : Supervision trimestrielle du Ministère de la Santé.

En dépit du fait que ces mécanismes de supervision sont en place, on note une capacité insuffisante de ces organes de supervision. Comme le montre la Figure 1, les visites de supervisions sont irrégulières à plusieurs niveaux, souffrant entre autres d'un manque de ressources humaines et outils de supervision. Un autre défi est la complexité du lien hiérarchique entre la DPS et certains hôpitaux qui sont à la fois régionaux et préfectoraux. Cela complique la fonction de supervision car le lien hiérarchique n'est pas bien précisé.

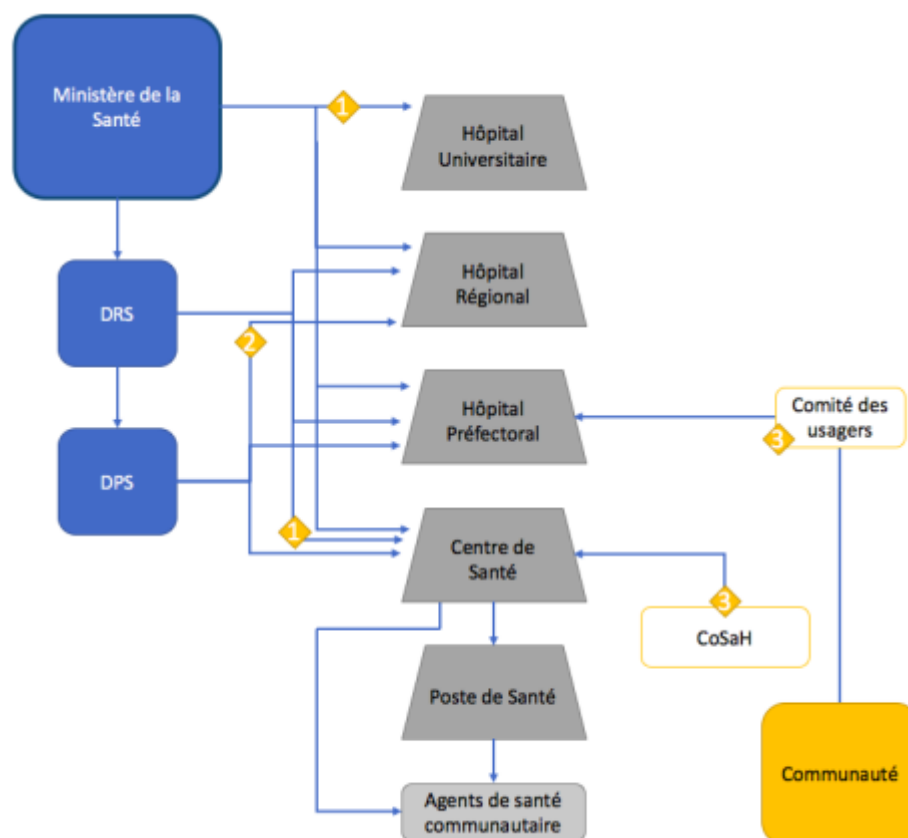


Figure 1: Goulots d'étranglement dans le système de supervision entre les niveaux du système de santé en Guinée : (1) supervision irrégulière, (2) lien de supervision complexe entre la DPS et l'hôpital régional à cause du manque de moyens des DPS relatifs aux hôpitaux et aussi dû au fait que certains hôpitaux sont à la fois régionaux et préfectoraux, et (3) organes de représentation de la communauté souvent non-fonctionnel.

Coordination

Bien que l'action intersectorielle soit au cœur des préoccupations du niveau central du MS, l'ensemble des participants ont noté que les organes de coordination fonctionnent peu au niveau périphérique pour des approches intégrées et coordonnées de développement local. Par conséquent, la synergie et la complémentarité des actions en faveur des structures sanitaires restent faible. L'insuffisance de la coordination se manifeste par : la faiblesse de la planification des actions intersectorielles, l'interférence de plusieurs activités planifiées sur terrain, et la faible collaboration entre le secteur public et privé.

L'action intersectorielle est comprise dans le sens de la promotion de la santé à travers la mobilisation communautaire aussi bien par le personnel de la santé que pour celui des mairies et communes. Des occasions d'action sur les déterminants de la santé sont, par conséquent, manquées et l'action curative verticale est souvent privilégiée à l'action préventive à moindre coût et meilleur impact. Par exemple, au niveau du conseil communal, chaque membre est responsable d'un secteur. Ainsi, il y a un responsable de la santé, un responsable de l'assainissement, etc. Si un foyer de paludisme éclate quelque part, le conseil communal se réunit et discute de la manière d'accroître la disponibilité des médicaments et des moustiquaires imprégnées et ne pense pas à coordonner des actions sur l'environnement et l'assainissement en même temps.

En principe, les directions des hôpitaux préfectoraux sont censées être appuyées par ce qu'on appelle « Comité des usagers » où la communauté et les usagers sont représentés. Sur le plan pratique, les entretiens ont indiqué que ces comités n'existent pas ou ne sont pas fonctionnels (voir le goulot d'étranglement 3 dans la Figure 1).

A travers le Comité technique de coordination (CTC), le Comité technique régional de la Santé (CTRS) et le Comité technique préfectoral de la Santé (CTPS) les représentants des divers ministères, le secteur public et privé de la santé, et les partenaires internationaux sont en principe rassemblés pour assurer une coordination intersectorielle (voir Annexe V). Néanmoins, les directions régionales et préfectorales rencontrent des difficultés dans la coordination des activités de ces partenaires dans leurs structures respectives de manière à utiliser de façon rationnelle les ressources humaines, matérielles et financières. Souvent, les partenaires internationaux appuient des programmes verticaux ou dépassent les DRS et DPS pour aller directement au niveau des structures sanitaires. Ceci amène à une inefficacité, mal coordination et parfois sous-utilisation des ressources. Par exemple, dans une même structure sanitaire, on peut trouver un branchement d'électricité sur énergie solaire spécifique pour alimenter la chaîne de froid pour les vaccins, mais pas pour l'éclairage de la salle de travail pour les accouchements ou la stérilisation du matériel ou pour la climatisation au niveau du point de stockage des médicaments. De plus, les supervisions irrégulières sont faites de façon verticale, mobilisant à chaque fois les équipes régionales et préfectorales déjà très restreintes pour des indicateurs de programmes verticaux selon le partenaire qui les finance. Ceci engendre, en plus, une multiplicité des outils de gestion et de rapports spécifiques à chaque bailleur de fond souvent créant plus de travail au sein des équipes déjà limitées et entravant l'intégration des programmes.

En plus, en réponse aux questions sur le partenariat public-privé, les participants n'ont pas pu identifier de tels rapports. Comme exemple, il nous a été rapporté que même si la volonté aurait été présente, le secteur privé n'est pas en mesure de fournir des services de qualité hors Conakry. Malgré ces défis, les participants ont identifié quelques bonnes pratiques dans ce domaine. Par exemple, dans deux hôpitaux publics (un au niveau régional, un autre au niveau préfectoral) les radiographies étaient en panne depuis des années et ils ont pris l'initiative d'entrer en partenariat avec des services privés pour utiliser leurs appareils de radiographie. De cette manière à travers la coordination, les hôpitaux ont utilisé leurs ressources disponibles afin de combler les écarts et fournir les services nécessaires.

Règlementation

La gouvernance du secteur de la santé couvre aussi les capacités en matière de réglementation des services de santé et des médicaments, ainsi que dans la mise en œuvre des directives, normes et dispositions réglementaires. Tous les professionnels médicaux qui exercent doivent en principe être agréés par l'État et doivent être enregistrés auprès de leurs ordres respectifs.

Malgré la multitude des ordres professionnels (tel que l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre des Sages-femmes, l'Ordre des infirmiers), ces derniers ne jouent pas un rôle suffisant dans la régulation de l'exercice de la profession. Il nous a été rapporté qu'ils jouaient, principalement, un rôle dans les œuvres sociales dans l'une des régions visitées (à travers la solidarité pour des événements des membres : décès, mariage, et autres).

D'après les répondants, les ordres professionnels sont là pour contribuer aux fonctions de réglementation comme le contrôle de l'exercice de la profession et la qualité des soins. Certains efforts sont en cours pour s'assurer que les lois et les dispositions réglementaires régissant le secteur de la santé sont appliquées. Dans une seule région, il a été rapporté que l'Ordre national des pharmaciens a initié une campagne de lutte contre les médicaments de rue.

2. Financement du système de la santé

Le financement du système de la santé provient des fonds publics (Etat et collectivités locales), fonds privés (usagers et fonds des employeurs), et les fonds extérieurs (bilatérale, multilatérale et ressortissants à l'étranger). Le *Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024* indique que le niveau de financement à travers l'Etat était de 3,76% du budget national en 2015, un investissement qui reste très faible par rapport au principe d'Abuja préconisant 15% des dépenses publiques. On note que la part relative de la santé dans le budget national est en très légère hausse comparée aux années précédentes : 1,75% en 2013 et 2,16% en 2014. Cela pourrait témoigner d'une croissance en engagement politique du gouvernement pour l'appui au secteur de la santé, malgré un niveau d'investissement qui reste en dessous de la moyenne des pays Africains de 9,24% (PNDS 2015-2024).

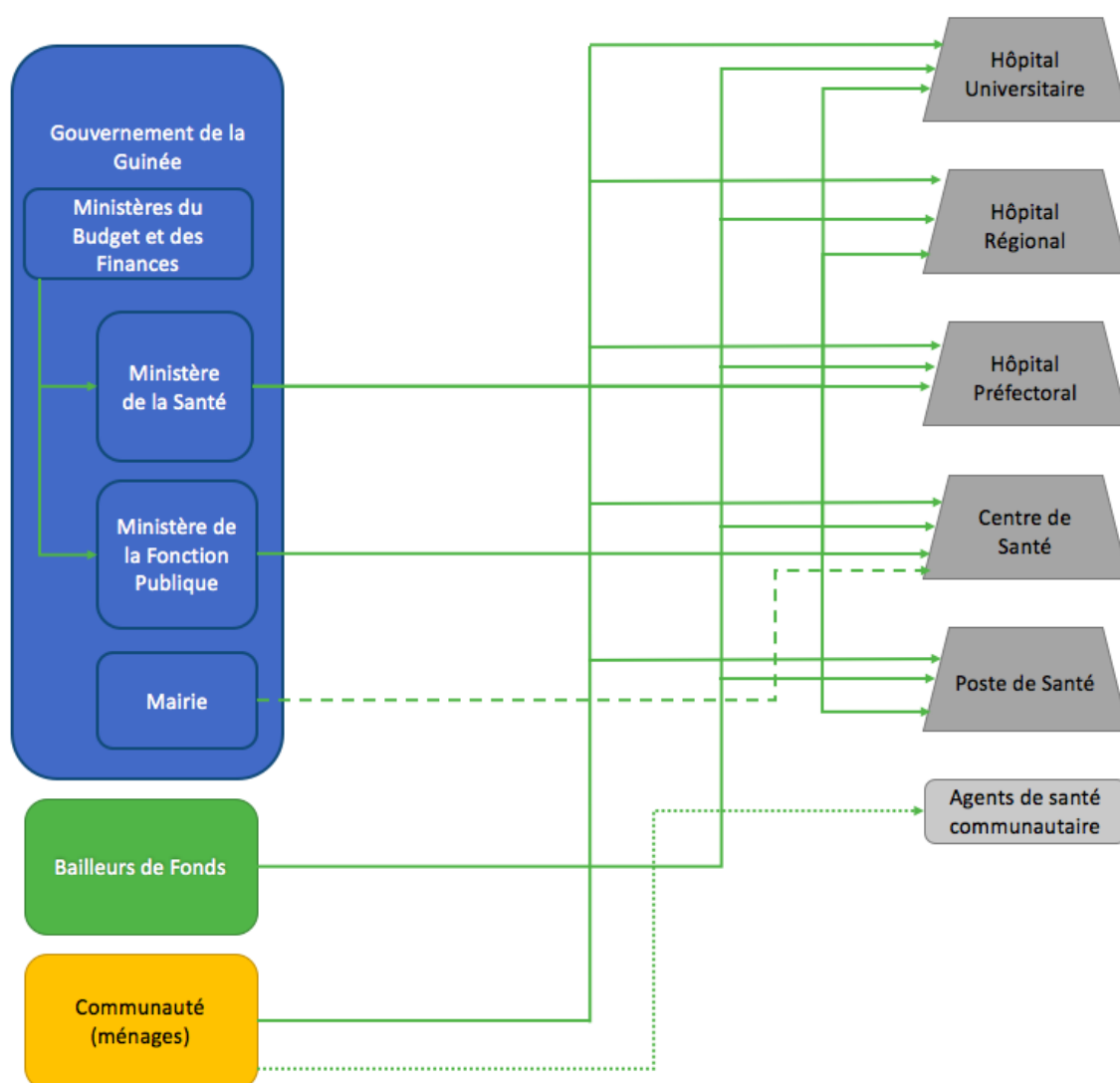


Figure 2: Le financement du système de santé à partir des résultats de l'évaluation

Selon les comptes nationaux de la santé (CNS) en 2010, les paiements directs des ménages qui constituent 62,2% des dépenses en santé sont les principales sources de financement de la santé (voir Tableau 1). L'Etat finance 8,6% des dépenses en santé qui sont essentiellement les salaires du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, le financement du fonctionnement des établissements de soins à travers des subventions trimestrielles. On note que le financement

extérieur, avec 26,9% des dépenses de santé constitue une source relativement importante du financement de la santé (PNDS 2015-2024).

Tableau 1 : Dépenses de santé par source de financement selon les CNS de 2010

Sources de financement	Dépenses de santé (en Milliard de FG)	Pourcentage
Fonds publics	148,71	8,8%
Fonds de l'administration centrale (MEF)	145,68	8,6%
Fonds des collectivités territoriales / locales	3,03	0,2%
Fonds privés	1, 087,65	64,3%
Fonds des Employeurs/ Entreprises	32,35	1,9%
Ménages (paiements directs)	1, 052,63	62,2%
Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages	2,68	0,2%
Reste du monde	455,81	26,9%
Coopération bilatérale	44,91	2,7%
Coopération multilatérale	303,15	17,9%
Fonds des ONG, fondations et firmes internationales	106,80	6,3%
Fonds des ressortissants du pays à l'étranger	0,96	0,1%
Total	1, 692,18	100,0%

Source : Extrait du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024

Les collectivités locales ne sont pas encore à un niveau de participation significatif avec des contributions qui se limitent généralement à la prise en charge des salaires de certains contractuels dans les structures sanitaires. On note aussi un certain rôle de ces collectivités en termes d'investissements comme la construction de centres de santé, postes de santé, et points d'eau (PNDS 2015-2024).

Dans les établissements qui dépendent du Ministère de la Santé, les tarifs sont fixés selon un niveau officiel qui a été relevé en 2009. En principe, tout le monde paie un montant préétabli selon l'utilisation des services.

Les sous-sections suivantes mettent l'accent sur quatre thèmes principaux qui résument le financement de la santé : l'allocation de budget et sources de financement, le décaissement et l'exécution de budget, le recouvrement de coûts, et le tiers payant/dispositions pour la population vulnérable.

Financement par l'Etat

Le financement régulier par l'Etat est focalisé aux salaires des fonctionnaires relevant de la fonction publique. **Les participants ont signalé une insuffisance de financement public pour le fonctionnement des services.** La Figure 2 illustre le système de financement de santé en Guinée. On note que les services déconcentrés de l'administration sanitaire (DRS et DPS), les hôpitaux et autres établissements de soins ont droit au financement de l'Etat à travers le Ministère de la Santé. En principe, le financement du fonctionnement des établissements sanitaires s'effectue à travers les subventions de l'Etat et le recouvrement des coûts des prestations. Toutefois, les répondants, au niveau des formations sanitaires préfectures, centres et postes de santé visités ont signalé qu'ils ne reçoivent aucune subvention de l'Etat pour leur fonctionnement, hormis le paiement des salaires des fonctionnaires à travers le Ministère de la Fonction Publique. Plusieurs répondants ont déploré le manque de budget particulièrement au niveau des structures administratives avec un financement de l'Etat souvent tardif voire absent. Par conséquent, les régions et préfectures établissent des plans d'action annuels opérationnels qui, d'après eux, souffrent de manque de financement et donc de mise en œuvre. Ces plans d'action sont budgétisés et censés être financés par le niveau central, ce que les répondants ont cité n'est pas fait.

Seuls les hôpitaux ont affirmé recevoir une subvention de l'Etat qui devrait être calculé en fonction des indicateurs de prestation. Cette subvention, déjà très faible selon les interlocuteurs et souvent sans base de calcul, souffre de beaucoup de retard et d'irrégularité. En effet, les hôpitaux visités au cours de l'évaluation ne l'ont pas reçu depuis décembre 2014. En plus, cette subvention est octroyée selon des lignes budgétaires bien précises où les acteurs locaux n'ont pas de marge de manœuvre pour l'interchangeabilité. Le résultat des entretiens montre que le processus budgétaire a besoin d'impliquer un engagement plus actif des niveaux décentralisés. Parfois des rubriques du budget sont enlevées au niveau central sans consulter les structures concernées, comme le cas du budget pour l'entretien des véhicules.

On note aussi que les salaires fournis par le Ministère de la Fonction Publique ne couvrent pas tout le personnel médical. On retrouve des cas où, selon les répondants, jusqu'à 80% du personnel d'un hôpital est salarié, et le reste ne l'était pas (stagiaires, agents d'entretien, médecins spécialistes). Souvent, pour faire face à l'insuffisance du budget pour les prestataires, les structures embauchent des contractuels qui doivent être payés par les recettes de la structure.

Mobilisation des ressources communautaires

La contribution communautaire pour appuyer les soins de santé et le système sanitaire varie selon la commune. Toutes les communes ont bien une ligne budgétaire pour appuyer le secteur de la santé, mais par insuffisance de ressources, cette ligne n'est pas toujours financée. Ainsi, si certaines communes apportent de petites aides à certaines structures sanitaires notamment pour le paiement de certains salaires (agents d'entretien, matrone), d'autres l'utilisent pour prendre en charge les soins de santé des élus communaux et leurs familles. Il faut souligner que malgré la décentralisation de l'administration territoriale, la commune (représentant la communauté) avec ses élus locaux et son budget reste très encadrée par la préfecture. Ainsi, souvent ce n'est pas la commune qui perçoit des droits de fiscalité au niveau local ou du moins pas pour les plus grands contributeurs (entreprises, gares routières, vignettes pour véhicules, marché). En plus, il nous a été rapporté que le manque de transparence qui règne dans ce domaine, ne permet pas vraiment de générer des ressources financières à partir de la fiscalité de manière à contribuer au développement local. A ces problèmes de gouvernance, s'ajoute la faible capacité technique de gestion des élus locaux étant très souvent analphabètes.

Financement externe

Plusieurs participants ont insisté sur l'importance du financement externe pour le fonctionnement. Les structures administratives et sanitaires visitées reçoivent assez de financement des partenaires extérieurs du MS comme appui matériel et financier pour la prise en charge des visites de supervision, de suivi/évaluation, production d'outils de gestion, approvisionnement en vaccins et antipaludiques, équipements, médicaments et rénovation/réhabilitation. Cet appui extérieur permet l'exécution des activités principales des DRS et DPS qui ne seraient pas exécutés sans ce financement externe.

Certains bailleurs de fonds appuient financièrement et techniquement les CTPS et CTRS dans le cadre de l'examen des performances des structures sanitaires. La part du financement des districts sanitaires venant des partenaires est passée de 22% en 2013 à 11% en 2014. Alors, un mécanisme de coordination existe pour coordonner l'appui des bailleurs de fond. Toutefois, les répondants ont indiqué un besoin de renforcer le système de coordination des appuis venant des partenaires techniques et financiers. D'après eux, cet appui de partenaires est mal coordonné et peut être mieux optimisé s'il est suivi. Une autre difficulté est le manque de continuité de financement et la faible exécution des plans de pérennisation après le départ d'un partenaire.

Recouvrement des coûts

Les hôpitaux, centres de santé et postes de santé cherchent à assurer le fonctionnement avec le recouvrement des coûts. Cependant la faiblesse de la tarification avec l'absence de subvention par l'Etat pousse les structures sanitaires à chercher à augmenter leurs recettes pour couvrir les charges par tous les moyens au détriment de la qualité des soins avec

parfois des retards ou absences de référence. En outre, pendant la collecte de données l'équipe d'évaluation a trouvé des patients perfusés dans des postes de santé qui n'étaient gérés que par des stagiaires bénévoles qui devraient les référer au CS.

Normalement, les postes de santé n'ont aucune autonomie de gestion des budgets. Ils doivent verser les recettes générées aux centres de santé auxquels ils relèvent et en cas de besoin en matériel ou en médicaments, ils soumettent des demandes aux centres de santé qui peuvent être honorées ou non selon les conditions et les cas.

Les prix et marges bénéficiaires des médicaments sont fixés par des textes de loi au niveau central, ce qui peut minimiser les pratiques frauduleuses. Cependant, la dissémination de ces textes de loi et les tarifs y associés ne sont pas systématisés. Certains participants ont rapporté que les tarifs des soins et services n'ont pas été révisés, bien que les autres aient affiché les tarifs actualisés dans les structures sanitaires.

En plus, le recouvrement des coûts ne favorise pas les comportements de solidarité et aucune mesure d'exonération ou de suppression de paiement au point de prestation n'est prise pour les populations démunies. Les participants ont rapporté qu'il arrivait au personnel dans certains centres de santé de refuser d'apporter des soins aux personnes qui n'avaient pas les moyens de les payer. Par exemple s'il peut payer juste la consultation, les soins se limitent là et l'ordonnance ne sera pas délivrée jusqu'à ce que le patient puisse assurer de quoi la payer. Dans certaines structures sanitaires, par contre, l'équipe d'évaluation a noté qu'elles appliquent des réductions de coûts pour les cas référés pouvant aller jusqu'à 50%. Ceci permet d'améliorer l'accessibilité financière du patient et aussi la qualité des soins tout en renforçant le système de référence et de contre-référence.

Décaissements et gestion budgétaire

En matière de décaissement, l'exécution du budget reste faible. Les transferts aux structures de santé sont de 76% d'après les estimations présentes dans la *Stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle en Guinée*. Les structures de santé présentent leurs besoins en termes de budget de fonctionnement pendant les CTPS. Ensuite, un budget prévisionnel est établi à travers les budgets compilés de chaque structure de santé dans la préfecture puis validé aux niveaux régional et national. Le décaissement des prévisions budgétaires et la mise à la disposition des structures sanitaires, par contre, ne sont pas sûrs.

Les centres de santé ont indiqué une certaine autonomie de gestion de leurs recettes. Ils ont leurs propres comptes bancaires avec double signature avec le trésorier du CoSaH et sont suivi/supervisés, pour le volet financement, par la DPS. Certaines des structures visitées même adoptent la bonne pratique de séparer le compte bancaire pour les médicaments de celui des autres prestations de manière à éviter le déficit pour les produits pharmaceutiques nécessaires pour le fonctionnement des structures sanitaires. Mais, pour tous les CoSaH que l'équipe d'évaluation a pu rencontrer, budgets ne font jamais l'objet de discussion avec les autres membres du comité, ni avec les prestataires dans les CS, ni avec la communauté.

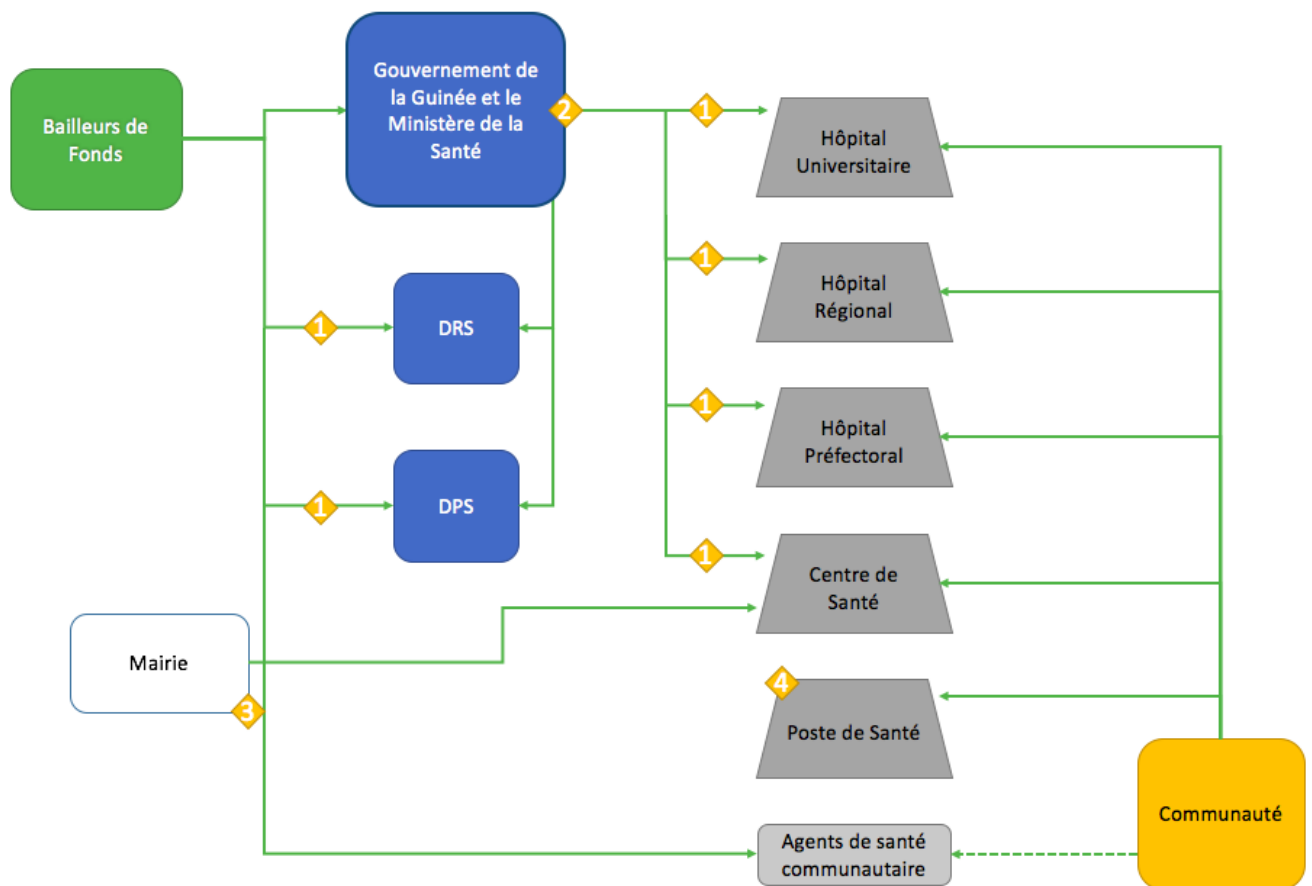


Figure 3: Goulots d'étranglements dans le financement du système de santé : (1) insuffisance et irrégularité de financement, (2) tarification faible, (3) ligne budgétaire au niveau de la mairie pas toujours financé, et (4) prise en charge de la gestion financière des postes de santé par les centres de santé.

Les agents de santé communautaires et les stagiaires ne reçoivent pas les salaires comme les fonctionnaires mais parfois ils sont payés par des programmes de certains partenaires internationaux, qui n'aide pas la pérennisation de ces postes. Ils font la base du système de santé et sont pour la plupart le premier contact entre les malades et le système de santé. Même s'ils ne reçoivent pas de salaire, la communauté peut les récompenser, souvent en nature, pour les services rendus. De plus, certaines partenaires fournissent des primes de motivation pour inciter une amélioration de la performance des agents de santé communautaires, mais la communauté ne peut pas prendre en charge ces récompenses eux-mêmes à long terme.

Tiers payant, dispositions pour population vulnérable

En dépit des politiques de gratuité, une barrière financière continue à bloquer les populations vulnérables des soins requis. Sur le plan politique, la gratuité pour « la maternité sans risque » est instaurée par les hautes autorités (Décret présidentiel 2007). Avec l'insuffisance des mesures d'accompagnement de cette politique, les partenaires internationaux appuient des programmes et des populations vulnérables pour assurer cette gratuité (Consultation prénatale/accouchement, immunisation, paludisme, Prévention de la Transmission VIH Mère-Enfant 2013). Par ailleurs, même pour les populations visées par la gratuité, les participants ont noté que la totalité des prestations ne sont pas toujours gratuites : par exemple la planification familiale est payante à coût réduit ; et si les médicaments et moustiquaires sont gratuits dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la consultation, les tests de diagnostic rapide et le traitement des cas compliqués, quant à eux, sont quelques fois payants.

Dans la subvention de l'Etat, qui est censée être accordée aux hôpitaux, il existe une ligne budgétaire appelée « ligne d'indigence » destinée à prendre en charge les soins des populations démunies. Cette démarche pourrait contribuer à la diminution des obstacles financiers qui empêchent les populations vulnérables de bénéficier des services dont elles ont besoin. Dans l'absence de la subvention de l'Etat

depuis décembre 2014, les structures ne peuvent pas toujours prendre en charge gratuitement les soins des indigents. De plus, certains participants ont indiqué un besoin de renforcer les mécanismes d'identification des personnes répondant aux critères de sélection pour bénéficier des fonds d'indigence. Toutefois, les fonds n'assurent pas le remboursement de la prise en charge des populations vulnérables tels que les pensionnaires d'orphelinat, de prison ou d'handicapés.

En dehors de cette gratuité et couverture médicale pour les indigents, le système d'assurance maladie est pratiquement inexistante et de ce fait, la majorité de la population n'a pas de couverture ou de protection – y compris les fonctionnaires et les responsables gestionnaires sanitaires. Dans certaines régions, les professionnels de santé se sont regroupés en mutuelle de santé pour pouvoir faire face à leurs propres dépenses de soins au niveau local. Le résultat des entretiens montre une prise de conscience croissante pour chercher des solutions d'assurance-santé communautaire. Par exemple, une des structures visitées est entrain de formuler une proposition pour une mutualisation dans le cadre de son plan d'action opérationnel.

3. Ressources Humaines en Santé

Le développement des ressources humaines de qualité figure sous l'une des trois orientations stratégiques du PNDS. Trois éléments clés ont été identifiés pour augmenter la densité en ressources humaines de qualité, motivées et mieux réparties d'ici 2024 : (1) renforcement de la gestion des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) orientée vers la performance (2) renforcement des capacités des institutions de formation en santé, et (3) mise en place d'un système national de fidélisation des RHS.

Bien que reconnue comme priorité, le renforcement des ressources humaines souffre de plusieurs insuffisances. Selon un recensement effectué en 2014 (avant l'épidémie d'Ebola), l'effectif des RHS s'élève à 11 527 agents de santé dans les secteurs public et privé. Le Tableau 2 montre le nombre de personnels par rapport à la population.

Tableau 2 : Effectif du personnel de santé par catégories (2014)

Personnel de santé (Secteurs public et privé)	Nombres	Proportion (%)	Densité (2014) Par 10,000 hbts
Infirmiers brevetés/ Agents techniques de santé (ATS)	4284	37	4
Infirmiers d'Etat	1505	13	1,4
Sages-femmes d'Etat	500	4	0,5
Médecins généralistes et spécialistes	1844	16	1,8
<i>généralistes</i>	1417	12	1,3
<i>spécialistes</i>	427	3,7	0,4
Techniciens de laboratoire	173	1,5	0,16

Source : Données extraites du *Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024*

Les taux moyens de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes et de techniciens de laboratoire se situent en dessous des taux recommandés par l'OMS. En plus des faibles densités, il existe d'importantes disparités dans la répartition du personnel de santé entre les différentes régions du pays et surtout entre les milieux urbains et ruraux. Selon les résultats de ce recensement, la majorité de l'effectif exerce à Conakry (6361) tandis que la région de Mamou ne compte que 522. Les agents de santé communautaires sont répartis autour d'un centre de santé avec un nombre estimé à cinq par CS.

Les sous-sections suivantes présentent la situation actuelle des ressources humaines dans les domaines de gestion, qualité et quantité, formation et évaluation.

Gestion des ressources humaines en santé

La gestion des ressources humaines implique plusieurs parties prenantes au niveau central hormis le Ministère de la Santé d'après les informations obtenues pendant cette évaluation. Selon la *PNDS (2015)*, l'organisation et la gestion des ressources humaines pour la santé ont un caractère multisectoriel impliquant plusieurs secteurs de développement :

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

La Division des Ressources Humaines (DRH) est l'organe de gestion des ressources humaines et un service d'appui du Ministère de la Santé. Un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS) avait été établi en 2012 pour résoudre efficacement les questions de formation, de recrutement et de motivation qui vont au-delà du Ministère de la Santé et touche les autres secteurs connexes suscités. Toutefois, les résultats de l'évaluation montrent que la gestion des RHS s'exécute presque totalement au niveau central sans décentralisation réelle vers les régions et les préfectures.

A ce manque de concertation s'ajoute souvent un manque de système d'information adéquat pour fournir les données à la planification et à la prise de décision. Certains participants ont indiqué que les outils de gestion comme la base de données des RHS ne sont pas utilisés pour la planification. Dans l'un des cas, un recensement du personnel de santé a été effectué au niveau de la préfecture, mais n'a pas été utilisé pour prendre en compte les départs en retraite dans l'effectif, cela ayant comme conséquence des postes vacants.

En dehors de l'affectation des ressources humaines, il y a aussi un problème d'absentéisme dans le système de santé qui a été exprimé dans les discussions avec les participants. Des personnels sont affectés au niveau de certaines structures mais exercent dans le secteur privé, dans des organismes internationaux, ou même dans d'autres zones géographiques tout en continuant à percevoir leurs salaires du secteur public.

Un autre défi est le statut des enseignants chercheurs du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui est ambigu puisqu'ils sont sous tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Enseignement Supérieur à la fois. Cependant ils sont gérés par les Ministère de la Fonction Publique et le Ministère des Finances comme tous les autres sans aucune indemnité d'encadrement, de formation ou de recherche.

Les participants ont noté des problèmes liés à la gestion du personnel. Un des problèmes cités était la gestion du recrutement. Effectivement, les décisions sur les embauches, mutations ou promotions et les mesures disciplinaires ne sont pas véritablement décentralisées. Et seuls le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère de la Santé peuvent renvoyer un membre du personnel. En principe les ministères répondent aux demandes des niveaux régional et préfectoral, mais plusieurs participants ont rapporté que ce n'est pas nécessairement le cas en pratique. En effet, les services et structures sanitaires ne sont pas impliqués dans le processus d'embauche bien que leurs besoins soient spécifiques.

Selon les participants, le rythme de recrutement est lent et irrégulier dans le secteur public avec absence de transparence et de gestion prévisionnelle. L'équipe d'évaluation a trouvé des postes vacants car les personnes qui les occupaient sont parties à la retraite ou sont décédées et n'ont jamais été remplacés.

Dans tous les sites visités, il y a une absence de système d'évaluation de la performance standardisé. Des primes dites « de performance » sont octroyées de façon générale à tout le personnel. Certaines structures offrent des montants fixes et insignifiants pour tout le personnel sans tenir compte de la performance du personnel. D'autres définissent un pourcentage de recettes à répartir en différents pourcentages entre le personnel en fonction du statut administratif.

Quantité et qualité des RHS

Presque toutes les structures visitées souffrent d'une pénurie de ressources humaines sauf trois hôpitaux qui, eux, ont indiqué une pléthore dans leur effectif. Les répondants ont rapporté que le nombre de personnels de santé dans les structures sanitaires est insuffisant. Ce manque de ressources humaines pousse, souvent, les structures sanitaires à prendre des contractuels payés sur leurs recettes et dont le coût s'élève, dans certains cas, jusqu'à 50% des recettes, handicapant ainsi encore plus les finances de la structure. L'insuffisance de personnel affecte aussi la qualité des soins parce que certains sont obligés d'abandonner des fois leurs postes au profit d'un autre jugé plus important par leur responsable. En revanche, on note que là où il y a la pléthore de personnel de santé, la situation est due à la centralisation de la prise de décision pour l'affectation du personnel au niveau décentralisé.

Une autre difficulté liée au personnel de santé est un effectif de plus en plus vieillissant. Une des structures visitées a indiqué que 38% de son personnel a plus de 50 ans, cela ayant de fortes implications dans les années à venir avec le départ à la retraite. Le vieillissement des personnels de santé figure parmi les défis relevés par le PNDS, qui cite le fait que 65 % du personnel de santé ont au moins 45 ans.

Au-delà des chiffres et du déficit quantitatif, il y a un problème de déficit qualitatif. Les participants ont indiqué que le système de santé compte un très grand nombre d'ATS stagiaires qui ne sont pas salariés, et dans certains cas n'ont pas encore terminé leurs études. Plusieurs centres de santé et postes de santé visités n'ont pas de titulaire, mais dépendent des stagiaires qui gèrent totalement certaines structures de santé alors qu'ils n'ont souvent pas la formation requise pour le faire. De plus, nous avons rencontré un « garçon de salle » qui fait fonction de laborantin. Il y a, également, un problème d'inégalité dans la répartition entre les régions et entre les milieux urbain et rural aussi bien pour le personnel médical que ceux chargés de l'administration sanitaire.

Presque toutes les structures visitées souffrent aussi d'une insuffisance de ressources humaines chargées des fonctions administratives. Aucune des équipes cadres, par exemple, n'a eu le personnel affecté au nombre requis. Ainsi les résultats des entretiens montrent que l'équipe cadre a rarement au-delà de 4 à 5 personnes qui sont obligés de couvrir toutes les fonctions de l'organigramme de l'équipe cadre. Dans une DPS visitée, par exemple, il n'y avait que deux personnes au niveau de l'équipe cadre et l'une d'entre elles était pharmacien. Son rôle dans l'équipe, par contre, est étendue au-delà de ses domaines de compétence et expertise.

Compétences et Formation continue

Plusieurs formations, généralement plus ponctuelles que continues, se tiennent au niveau des régions et préfectures, souvent en partenariat avec le niveau central et les partenaires. En principe, les besoins en formation sont identifiés durant les visites de supervisions puis planifiés pendant le CTPS. Comme indiqué au paravent, la DPS a une section en charge de la planification et formation. Toutefois, les résultats des entretiens ont indiqué un manque de planification et de coordination des formations. Dans certains cas, les partenaires planifient les formations avec le niveau national (DRH) alors que le responsable de la formation au niveau de la DPS n'est consulté qu'en dernière minute. Ceci représente un défi important au lieu d'être une

opportunité d'utiliser les membres de l'équipe cadre (DRS, DPS) comme des personnes ressources pour renforcer les formations continues et en cascade au niveau régional et préfectoral.

D'autre part, à l'exception de certains programmes d'encadrement, l'efficacité de la formation n'est pas évaluée pour vérifier que le personnel est plus performant après avoir suivi la formation. Il faut noter que les formations accélérées (recyclage) sont organisées avant la prise de fonction par un stagiaire recruté, mais ces formations d'intégration ne sont pas systématiques et fondées sur un plan de formation spécifique. Les participants ont indiqué que les visites de supervision servent aussi de formation in situ, ainsi que les réunions de staff dans certaines structures sanitaires.

On note également une inadéquation entre les compétences du personnel en service et le poste occupé. Par exemple, un ATS chef de poste de santé faisait des accouchements sans avoir bénéficié de la formation nécessaire comme les sages-femmes. Plusieurs participants ont souligné qu'il reste un besoin important en formation continue pour pouvoir améliorer les compétences du personnel médical et des gestionnaires de santé.

4. Prestation de services

Les prestations de soins sont organisées de manière pyramidale, en allant du poste de santé qui représente le premier échelon des soins de santé. Chaque niveau du système de santé a son propre paquet de services à offrir, détaillé dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Le paquet de services par niveau de la pyramide sanitaire en Guinée

Hôpitaux nationaux (3)	Prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités
Hôpitaux régionaux (7)	Paquet de prestations de soins similaire au HP, en plus de : la pneumologie, la neuropsychiatrie, la cardiologie, l'ORL, l'ophtalmologie, la chirurgie viscérale, la traumatologie, les soins intensifs et la réanimation
Hôpitaux préfectoraux/CMC (33)	<u>Paquet complémentaire de soins</u> : Spécialités de base, y compris la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, les services médicotechniques (radiologie, laboratoire) et cabinet dentaire.
Centres de santé (410)	<u>Soins de santé primaires</u> : La vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale (CPN), la planification familiale, l'accouchement assisté.
Poste de de santé (925)	<u>Soins de santé de base</u> et relais pour les activités au niveau communautaire : utilisation des moustiquaires imprégnées, l'allaitement exclusif, l'utilisation à domicile en cas de diarrhée de la thérapie de réhydratation par voie orale

Source : Données extraites du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024

Infrastructures et équipements

Suite à l'épidémie d'Ebola plusieurs partenaires internationaux ont contribué au renforcement du système de santé en fournissant des matériaux et des équipements.

Pour les équipements en particuliers il a été rapporté pendant l'évaluation que les structures sanitaires ont bénéficié des dons de : véhicules, matériel informatique, plaques solaires, générateurs, téléphones, tables et kits d'accouchement, kits de césariennes, matériel de nettoyage et d'hygiène parmi d'autres. A part quelques structures rénovées avec l'appui des partenaires internationaux à l'occasion de cette flambée, les bâtiments sont souvent vétustes et avec insuffisance de fourniture d'électricité, d'eau et de matériel pour la gestion des déchets biomédicaux.

Dans les postes de santé, l'équipe d'évaluation a observé les salles d'accouchement qui ne disposent pas de lit d'accouchement ou de speculum. Dans un poste de santé, on faisait des tests de diagnostic VIH sans aucune protection individuelle. En plus, des hôpitaux régionaux qui couvrent toute une région ne disposent que de simple radiographie standard pour radiographies osseuses et clichés pulmonaires. Ils ne disposent pas de matériel de réanimation ni d'incubateurs/respirateur artificiel alors qu'ils ont un bloc opératoire et pratiquent de la chirurgie.

Accessibilité et offre des services

Prenant en compte les géographies différentes des régions du pays et des ressources différentes, l'accessibilité et les offres de soins varient d'une région à une autre et même entre les districts. Dans deux régions sur les quatre évaluées, la disponibilité et l'accessibilité géographique ne pose pas de problème. Les structures sanitaires sont accessibles géographiquement toute l'année, selon nos interlocuteurs. De plus, dans toutes les structures sanitaires, l'accessibilité est de 24h/24, à travers des services de gardes ou d'astreinte après les heures ouvrables et pendant les jours fériés. La disponibilité des services de soins et l'accessibilité géographique pose un réel problème au niveau des deux autres régions. Dans l'une, un directeur a noté le fait que 25% des structures sanitaires sont inaccessibles pendant sept mois de l'année. Sur le reste, 50% des structures restantes sont au niveau des îles où il n'y a qu'un moyen hebdomadaire de transport pour les transferts avec une grande faiblesse en matière de ressources humaines, d'équipement et de qualité technique des soins sur place.

Organisation : référence et contre référence, plan de contingence

Les références et contre-références connaissent des difficultés dans la réalisation à cause de la faible disponibilité des outils standardisés et du manque de contre-références du niveau supérieur. Pendant l'épidémie d'Ebola, des moyens logistiques pour effectuer les références (ambulances, accompagnateur médical, et avion de PAM) ont été mis à la disposition des hôpitaux pour le transfert des malades vers les centres de prise en charge. Par contre dans les niveaux intermédiaires et périphériques du système de santé, ce dispositif est pratiquement absent de coup les références ne peuvent pas être faites. Selon les répondants de l'évaluation, les références effectuées par les chefs des centres de santé ne bénéficient pas souvent de contre-références, ce qui contribue à la démotivation du personnel dans les centres de santé.

Qualité des soins

La qualité des soins est variable à tous les niveaux du système de santé et il semble d'après les répondants, que le suivi de la qualité n'est pas assuré de manière régulière ou systématique. Les gestionnaires des structures sanitaires sont responsables pour la mise en place des systèmes, normes, procédures et formation pour assurer la qualité de soins. Comme mentionné dans les autres sections, la capacité des gestionnaires dans ces domaines n'est pas sûre et de coup la qualité des soins peut souffrir. De plus, selon leur statut, les directions des hôpitaux préfectoraux doivent être appuyées mensuellement par des comités médicaux consultatifs pour le suivi de la qualité des soins. Là où ces comités existent, leur fonctionnement est très irrégulier. Dans un hôpital, par exemple, il nous a été rapporté que le comité s'est réuni une seule fois dans l'année alors qu'il devrait se réunir chaque mois. Dans d'autres hôpitaux le suivi de qualité se fait pendant les réunions de staff sans la contribution d'un tel comité. Un seul hôpital assurait le suivi de la qualité à travers l'évaluation du respect des protocoles, des algorithmes et procédures.

En plus quelques structures ont noté qu'elles ne peuvent pas fournir le paquet de services défini par le Ministère de la Santé à cause du manque de ressources humaines, des intrants, et d'équipement. Dans les hôpitaux, par manque de bloc spécifique à la maternité, il nous a été rapporté qu'on pratiquait des césariennes dans le même bloc que les opérations septiques (abdomen aigue). De plus, il n'y a pas de tri des déchets médicaux pour distinguer les déchets contaminés, les contentants/tranchants et les ordures ménagères bien que nous ayons trouvé dans certaines structures des posters/affiches sur le sujet, élaborés par des partenaires internationaux et affichés.

Pour d'autres structures le niveau des soins n'est pas toujours respecté et ils fournissent un paquet de soins qui ne correspondent pas à leur niveau. Ceci a été mis en évidence surtout dans les postes de santé qui sont les moins équipés et les moins nantis en ressources humaines. Ils pratiquent, pour certains, des hospitalisations, perfusions, accouchements, épisiotomies, points de suture, et même des examens de laboratoire.

5. Médicaments, vaccins et équipements sanitaires

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de 2014 est l'un des documents essentiels qui régissent les produits médicaux en Guinée. L'administration pharmaceutique au niveau national est sous tutelle de la *Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires* qui est épaulée par l'*Inspection Régionale de la Pharmacie* et la *Section Pharmacie et Laboratoires* des DPS. Des mécanismes d'inspection existent à travers l'Inspection Générale de la Santé qui assure cette fonction à travers cinq pharmaciens-inspecteurs au niveau central et huit inspecteurs de pharmacie au niveau des DRS/DSVCo (*Politique Pharmaceutique Nationale, 2014*).

L'approvisionnement est assuré par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) qui est un établissement public à caractère industriel et commercial avec des dépôts dans six régions. Au niveau des structures sanitaires publiques, l'approvisionnement en médicaments dépend fortement du recouvrement de coûts. L'approvisionnement en certains produits médicaux s'effectue parfois à travers les PTF comme l'UNICEF et GAVI pour l'approvisionnement en vaccins du PEV. Il existe une directive nationale relative aux dons de médicaments, bien que celle-ci n'est pas réellement appliquée (PPN, 2014).

En principe, certains groupes de la population comme enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes bénéficient de la gratuité de certains actes et la fourniture des médicaments. Les médicaments censés être fournis gratuitement par le secteur public incluent : les antipaludéens, vaccins dans le cadre du PEV, ARV et d'autres items comme les kits césarienne (*Profil pharmaceutique 2011*).

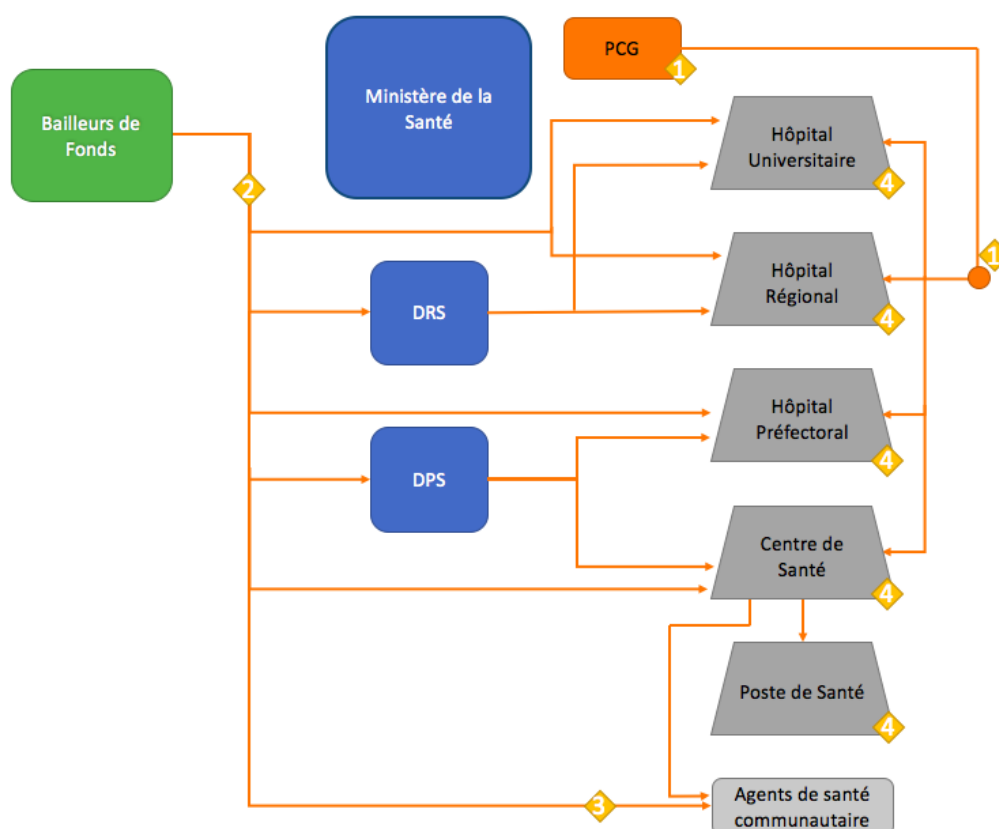


Figure 4: Chaîne d'approvisionnement pharmaceutique dans le secteur public en Guinée et les goulots d'étranglement : (1) ruptures de stock au niveau de la PCG et les dépôts, (2) dons de médicaments par les bailleurs de fonds non répertoriés, et (4) stockage des médicaments pas conforme aux normes.

Approvisionnement et distribution

Les entretiens tant au niveau central que périphérique ont évoqué des ruptures de stocks fréquentes et de longue durée dans la pharmacie centrale de Guinée.

L'approvisionnement et la distribution aux formations sanitaires du secteur public sont effectués principalement par l'intermédiaire de la PCG et ses dépôts au niveau des régions. La Figure 4 illustre cette chaîne d'approvisionnement pharmaceutique à tous les niveaux à travers la PCG et les partenaires qui soutiennent des programmes de santé.

D'après les entretiens, l'approvisionnement des structures sanitaires est normalement effectué en suivant un plan d'approvisionnement annuel. Selon ce plan, les centres de santé envoient des commandes trimestrielles tandis que les hôpitaux ont des commandes mensuelles. Ces commandes devraient être enregistrés au niveau de la DRS/DPS, ce qui n'est pas toujours fait. Les approvisionnements en urgence se font au cas par cas. Malgré un processus d'approvisionnement clairement défini, les répondants ont souligné un problème constant de rupture de stock à la PCG et ses antennes régionales (voir le premier goulot d'étranglement dans la Figure 4). Puisque ces ruptures à la PCG peuvent durer plusieurs mois, les structures sanitaires sont obligées d'aller s'approvisionner vers les fournisseurs privés, qui ont souvent des coûts élevés. Par exemple, un chef de centre de santé a indiqué que son établissement n'accède parfois qu'à 50% des commandes par la PCG à cause des ruptures de stock.

Ce goulot d'étranglement existe aussi dans les hôpitaux nationaux car certains d'entre eux affirment que l'essentiel de leur réapprovisionnement est acquis auprès des distributeurs privés. Dans certains cas, le manque de médicaments pousse les structures de santé à s'approvisionner dans les marchés, une pratique illicite mais souvent inévitable d'après plusieurs interlocuteurs. De plus, certains prestataires, avec les insuffisances de dosages pédiatriques, manipulent des dosages adultes pour répondre aux besoins des enfants.

Les participants ont aussi signalé un problème important dans la gestion des dons de produits pharmaceutiques. Dans tous les sites visités, les répondants rapportent qu'il y a beaucoup de médicaments offerts gratuitement par les partenaires. Lorsque les dons de médicaments des ONG et autres partenaire sont reçus, en principe ils sont répertoriés par la DRS/DPS. Comme cité dans la section sur la coordination, certains gestionnaires publics ont noté que ces dons sont parfois fournis directement aux structures sanitaires sans être répertoriés par les DPS/DCS (voir goulot d'étranglement 2 dans la Figure 4). Cela crée des problèmes au niveau de la régulation et gestion des stocks. Ceci emmène aussi à un autre défi relevé par les participants : la distribution de dons par les partenaires est parfois très lente et entraîne des ruptures de stock dans les structures de santé, particulièrement les centres et postes de santé.

Estimation et quantification des besoins

Les résultats des entretiens indiquent que l'estimation des besoins par les structures de soins est souvent insuffisante, ce qui crée des approvisionnements en urgence ou des ruptures de stock. Les quantifications sont principalement faites sur la base de consommations précédentes et les approvisionnements en fonction de la disponibilité des fonds disponibles et non sur la base des besoins. Il est important d'indiquer que les centres de santé bénéficient, à leur ouverture, d'un appui de l'Etat pour constituer un stock de médicaments et outils de gestion pour une durée de trois ans.

Dans certains cas, les ruptures de stocks de certains produits sont dues à une faible capacité des établissements au niveau périphérique à déterminer leurs besoins pharmaceutiques. Cela cause des difficultés au niveau de la DPS en termes de quantification pour le processus d'approvisionnement. Ceci s'ajoute à une autre difficulté identifiée dans la quantification qui est le manque d'analyse des causes de rupture de stock. Les besoins non satisfaits ne sont pas quantifiés et les commandes suivantes se font sur la base de la consommation moyenne mensuelle précédente sans tenir compte des écarts.

Gestion des stocks, assurance qualité et inspections pharmaceutiques

Les entretiens ont aussi relevé que dans certaines structures la gestion pharmaceutique n'est pas informatisée afin d'assurer une gestion optimale et prévisionnelle des stocks. Ces structures sanitaires utilisent uniquement des outils de gestion des stocks, comme les fiches et les registres de stock. Toutefois, plusieurs interlocuteurs ont bénéficié de la formation sur le logiciel « CHANNEL » mais qui n'est pas utilisé par manque de matériel informatique et de sources d'énergie.

Le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques est sous tutelle du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments. Même si l'existence de cette structure est un acquis, elle est sous équipée et peu fonctionnelle d'après une analyse de la mise en œuvre de la *Politique Pharmaceutique Nationale (2014)*. D'après l'évaluation, les inspecteurs de pharmacie au niveau des régions et préfectures font le contrôle de la qualité des produits au niveau des structures à travers des visites de supervision, mais ces évaluations ne sont pas toujours efficaces. En plus, il existe des ordres professionnels qui peuvent assurer la qualité des médicaments fournis aux malades, mais la plupart des ordres ne fonctionnent pas dans leur rôle de monitoring.

La large majorité des points de stockage de médicaments que l'équipe d'évaluation a visité ne respecte pas les normes de conservation. Dans plusieurs structures les locaux sont exigus et il y avait un manque de palettes, d'étagères, de climatiseurs, de zones de séparation, et d'éclairage. Des fois les médicaments ont été stockés dans des bureaux dans des cartons ou dans des coins de chambres de malades ou salle d'imagerie. Cela contribue à la dégradation de la qualité des médicaments.

Usage rationnel

Dans un souci d'usage rationnel, les séances de vaccination sont souvent programmées les lundis et jours de marché et de grande affluence des patients pour éviter le gaspillage. Certains participants au MCSP Guinée : évaluation rapide du système de santé 26

niveau des centres de santé ont rapporté l'utilisation intempestive des médicaments par les agents communautaires et irrationnelle par le personnel de santé pouvant être à l'origine de coûts indirects additionnels pour le système de santé. Certains partenaires internationaux ont doté les agents communautaires d'antibiotiques. Parfois, le personnel de santé et devant des limitations budgétaires des patients ne donne pas l'antibiothérapie nécessaire pour toute la durée du traitement. Ces comportements peuvent être à l'origine de complications et la création de résistance thérapeutique dont la prise en charge coûterait encore plus au système de santé.

Equipements médicaux

La majorité des sites visités ne disposent pas d'un système de gestion et de maintenance des équipements biomédicaux. Les participants ont rapporté qu'ils ont des équipements médicaux en panne depuis plusieurs années sans qu'ils puissent trouver une solution et ce, malgré l'existence d'un personnel affecté à la structure pour prendre en charge la maintenance. Dans deux cas, une fois pour un échographe neuf et l'autre pour une radiographie standard, les appareils ont été livrés à un hôpital, ils sont stockés et à l'ouverture six mois après, le personnel a découvert qu'ils ne marchaient pas et n'ont pas les moyens pour les faire réparer.

6. Système d'information sanitaire

Le Système national d'information sanitaire (SNIS) constitue l'un des outils fondamentaux dans la planification, la supervision et l'évaluation de la politique nationale de santé.

Le SNIS est composé de deux sous-systèmes :

- **Le sous-système des rapports de routine des services de santé** : basé sur la collecte et l'analyse des données de routine dans les formations sanitaires publiques et privées à chaque niveau de soins. Ces données de routine sont compilées à travers des rapports mensuels.
- **Le sous-système de surveillance épidémiologique** : géré par la Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire (spécifiquement la Division de la prévention et de la lutte contre la maladie). Il assure la fonction de système d'alerte précoce pour un nombre de pathologies prioritaires à travers une notification hebdomadaire des cas de la DRS au niveau central. Dans le cas des maladies à caractère épidémique, la surveillance est en principe constante à partir même du niveau communautaire et la notification est immédiate.

Au niveau régional et préfectoral, il existe des points focaux du SNIS (fonction de chargé des statistiques) qui se chargent de la collecte et de la gestion de l'information sanitaire (*Plan Stratégique de Renforcement du Système Nationale d'information pour la gestion sanitaire 2016-2020*).

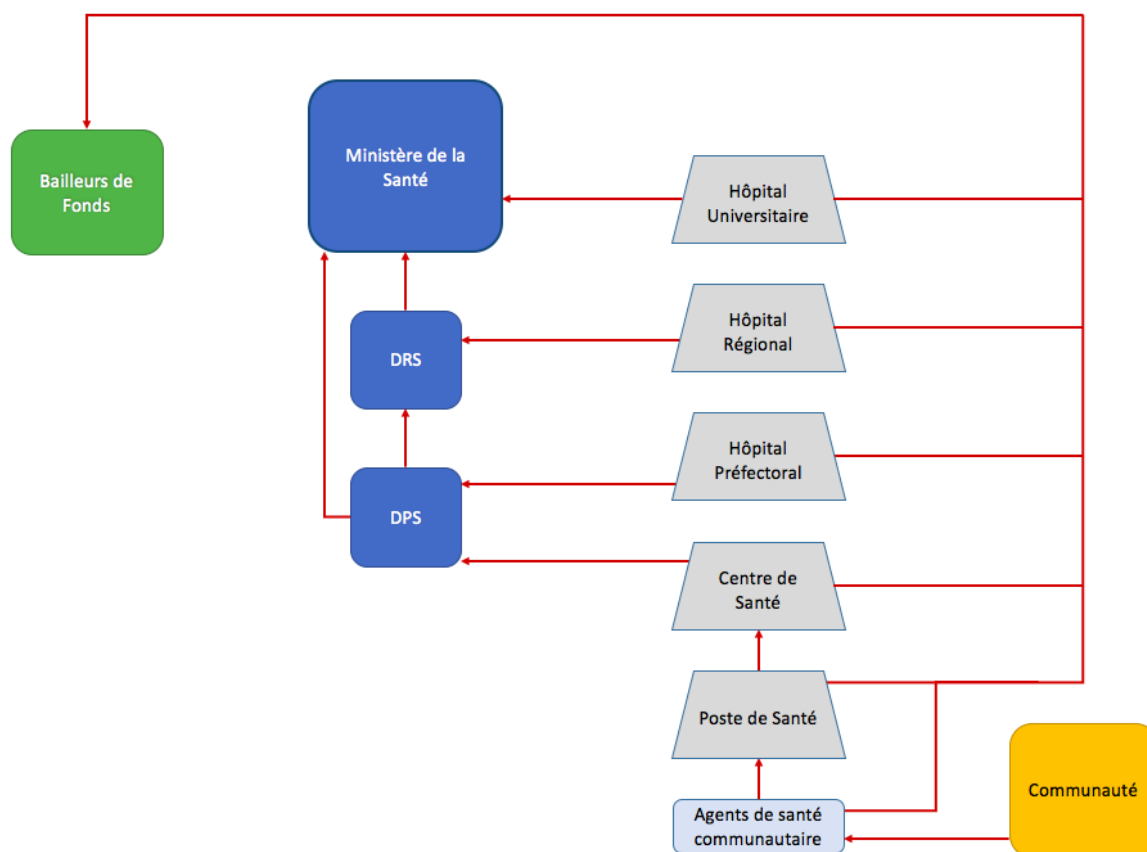


Figure 5: Circuit d'information sanitaire en Guinée

Cependant le circuit d'information est confronté à plusieurs difficultés dont certaines sont énumérées ci-après (voir un aperçu dans la Figure 5). Les paragraphes suivants présentent les aspects principaux du système d'information sanitaire tel que la collecte de données, l'analyse, l'utilisation et la surveillance épidémiologique.

Collecte d'informations

Bien que le circuit d'information soit bien défini, bien connu et souvent respecté, un grand défi reste dans le fait que ce circuit est souvent incomplet. La transmission d'informations se fait de manière journalière pour les maladies à potentiel épidémique, hebdomadaire pour la surveillance épidémiologique et mensuel pour les autres données et les indicateurs de prestation. Néanmoins, une fois les informations transmises au niveau supérieur, les coordinateurs des structures administratives de santé et structures de soins reçoivent rarement une retro-information. L'un des participants lors de l'évaluation a indiqué que ce manque de retro-information met en doute la fiabilité des rapports transmis au niveau supérieur. Parfois, les rapports mensuels en copie dure ne sont pas reçus par le niveau supérieur ou le Ministère.

Généralement, il y a une absence de gestion informatisée d'après les discussions dans les quatre régions ciblées pour l'évaluation. Certaines structures ont reçu du matériel informatique du Ministère de la santé ou des partenaires internationaux pour saisir et analyser leurs propres données, mais les répondants ont indiqué que les structures ayant reçu ce matériel ne disposent pas de courant électrique. Par exemple, on note que les données du niveau périphérique (particulièrement aux centres et postes de santé) sont encore saisies et totalisées manuellement en raison de l'absence d'ordinateurs et d'électricité. Pour les structures ayant le courant électrique et bénéficiant de ces matériels, les répondants ont cité le fait qu'ils n'ont pas la capacité technique pour utiliser ce matériel dû au fait qu'il n'y avait pas de formation sur l'utilisation. Pour remédier à la situation, on note certains efforts en cours comme les formations en DHIS2 dans les sites pilotes, la mise en œuvre du plan de renforcement du SNIS, et l'harmonisation des indicateurs de santé parmi d'autres.

La majorité des répondants ont assuré qu'il y a un manque quantitatif et qualitatif de ressources humaines spécialisées dans la gestion de l'information ainsi qu'une insuffisance de moyens financiers pour la duplication des outils de collecte de l'information. En plus, la majorité des répondants se plaignent de la multitude d'outils de collecte de l'information spécifiques. Cela alourdit la charge de travail du personnel de santé qui, en plus de fournir des soins aux patients, doit produire plusieurs rapports, parfois dans des délais très courts. Ces défis affectent la complétude et la promptitude des données et des rapports.

Analyse et utilisation des données

Les DRS, les DPS et les directeurs hôpitaux reçoivent rarement une retro-information des rapports soumis. Le retour d'information du niveau central aux niveaux régional et préfectoral devrait être fait pour renforcer la qualité des prestations et pour être pris en compte pour la prise de décision au niveau périphérique. On retrouve certains membres de l'équipe au niveau de quelques DPS et DRS qui analysent les données avant de les transmettre au niveau central, mais ceci n'est pas toujours fait. Aussi, les interlocuteurs ont assuré que des efforts sont faits à chaque niveau pour vérifier la qualité des données avant leur transmission au niveau supérieur. Cependant, les résultats des entretiens relèvent que la capacité à analyser les informations, particulièrement au niveau périphérique, est encore limitée. Les raisons principales étant que le personnel n'est pas bien formé à l'analyse des données ou statistiques et le manque d'ordinateurs et des sources d'énergie. Concernant l'archivage des documents, les répondants ont noté qu'ils n'ont pas de normes par rapport à la durée de maintien et ont déploré que ces derniers soient gardés dans de très mauvaises conditions les rendant inexploitable.

Synthèse des résultats

Les résultats décrits dans ce rapport soulignent la fragilité du système de santé en Guinée. Le système n'a pas les capacités requises pour répondre aux besoins de la population, et les barrières existent toujours en limitant l'accès aux services de qualité. Pendant que certaines politiques, structures, et ressources aussi bien matérielles et financières qu'humain existent dans le système, leur mise en application et fonctionnalité sont insuffisantes. Nous estimons que les informations collectées ont montré les faiblesses et les problèmes majeurs et permettront aux équipes cadres concernées de produire des solutions visant à améliorer et renforcer le système de santé dans son ensemble. A cet effet les recommandations qui suivent sont proposés à titre illustratif venant de ces résultats.

Recommandations

Un système de santé performant est celui qui est capable de répondre aux besoins de la population de façon que tous les citoyens aient accès à des soins de santé, au moment opportun, selon leurs besoins et non leur capacité de paiement et que les services de santé offerts soient de bonne qualité et axés sur le patient.

Pour ce faire, il est nécessaire d'assurer :

- Une élaboration de plans d'action de développement locaux et régionaux dans une approche concertée et décentralisée pour assurer la cohérence, la complémentarité et l'intégration des stratégies sectorielles de santé de tous les partenaires.
- L'allocation de ressources humaines, financières et matérielles conséquentes.
- La mobilisation et la participation de tous les acteurs sociaux, économiques et politiques dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions prévues.
- Le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions, en conformité avec les calendriers d'exécution des activités.

C'est dans ce sens que nous avons jugé utile d'adresser nos recommandations par niveau du système de santé en séparant celles qui peuvent être initiées par le niveau régional et préfectoral et celles à mettre en œuvre par le niveau central.

Dans un souci d'harmonisation et de préparation pour la planification intégrée citée dans la méthodologie, nous avons répertorié quelques atouts, initiatives, et/ou « bonnes pratiques » sur le terrain. Nous les citerons, ici, comme opportunités ou recommandation d'intégration pour capitaliser sur l'existant et initier la mise en œuvre de la recommandation. En tirant profit des ressources déjà disponibles dans le pays, les acteurs du système de santé pourront mettre en œuvre certaines pratiques pour combler les écarts sans avoir besoin de changer la structure du système.

Recommandations pour le niveau régional et préfectoral

Renforcer les capacités managériales afin que les niveaux régionaux et préfectoraux du système de santé puissent fonctionner efficacement en allouant les ressources disponibles de manière efficiente. Comme décrit dans les résultats, les gestionnaires du système de santé au niveau régional et préfectoral ont une faible capacité managériale et ne reçoivent pas les formations nécessaires dans ce sens. Ceci nécessite à la fois un renforcement du curriculum pour la formation de base et aussi la formation continue. En l'absence d'orientations, le système de santé fonctionne avec des pratiques incohérentes entre les différentes parties prenantes à tous les niveaux du système entraînant des résultats inefficients. A cet effet, il faut mettre en place au niveau régional et préfectoral certains appuis pour renforcer les capacités des équipes dans les domaines qui ont été mis en relief dans l'évaluation rapide : le leadership et la gouvernance, la planification et la gestion des ressources. Des activités clés pour faire face à ces défis principaux sont :

- Elaborer ou adapter des modules pour la formation sur les thèmes clés de la gestion (leadership, planification, finances, gouvernance, et autres selon les besoins).
- Elaborer et partager des outils de gestion avec les équipes dans les structures sanitaires.
- Faciliter la formation en cascade, en formant un pool de formateurs dans les régions et les préfectures pour mettre en œuvre les modules pratiques dans des ateliers ou sessions de travail.
- Renforcer les capacités des superviseurs dans la supervision facilitante en améliorant leurs compétences et en leur fournissant des outils.

Dans le domaine du renforcement des capacités organisationnelles du système de santé, certaines ressources disponibles peuvent être utilisées. Cette évaluation a identifié les atouts suivants :

- Un pool de formateurs techniques (dans les domaines de santé reproductive, planification familiale, prévention des infections, etc.) est disponible au niveau régional.
- Un chargé de formation existe au niveau des DRS et DPS. Ils doivent être impliqués dans les activités de formation du niveau central.
- Plusieurs bailleurs de fonds interviennent dans les régions et préfectures du pays et aident à mettre en œuvre des projets d'appui dans plusieurs domaines techniques. Dans la phase de planification et négociation avec ces projets les structures sanitaires peuvent faire le plaidoyer pour avoir des formations particulières correspondant à leurs besoins.
 - Par exemple, certains hôpitaux accompagnés par le PASA/UE sont en train d'élaborer leurs projets d'établissement. Il serait, également, judicieux que cette bonne pratique (qui consiste à impliquer les bailleurs) puisse être appropriée et généralisée par les régions et préfectures.
- PASA/UE et IntraHealth appuient le travail que le Ministère de la Santé conduit sur la gestion des ressources humaines en santé.
- Des partenaires internationaux (Banque Mondiale, UNFPA, UNICEF) soutiennent l'initiative du Ministère de la Santé de contractualiser des ressources humaines pour la santé suite à l'effort de recrutement mené par le Ministère de la Santé pour faire face aux déficits de personnel et la gestion du staff à tout niveau du système de santé comme mentionné dans les résultats.
- USAID, le Fonds mondial et d'autres partenaires accompagnent le Ministère de la Santé pour la relance du SNIS. L'implantation du DHIS2 en est un volet. Les installations du matériel et du logiciel ainsi que les formations venaient d'être faites à notre passage dans deux régions. Une évaluation a été réalisée pour adapter le logiciel et sa généralisation est en cours. Il s'agit d'un système intégré incluant même les données d'état civil (naissance, décès). Les professionnels qui ont été formés sur ce logiciel et que nous avons pu rencontrer étaient très satisfaits et très enthousiastes pour ce système.

Renforcer la coordination et la communication entre le système et administration sanitaires et les partenaires travaillant dans les régions et préfectures dans le domaine de la santé. Comme mentionné dans les résultats ci-dessus, plusieurs partenaires interviennent dans les régions et les préfectures de Guinée. Actuellement il y a un manque de coordination entre ces acteurs et leurs appuis en dépit du fait qu'ils se trouvent souvent dans les mêmes structures ou travaillant avec les mêmes parties prenantes. Les activités suivantes peuvent être réalisées pour améliorer la coordination de ces partenaires :

- Les gestionnaires du système de santé régionaux et préfectoraux peuvent faciliter (ou renforcer) une réunion mensuelle des partenaires et bailleurs qui travaillent dans leurs régions.
- Les DRS et les DPS peuvent faire une cartographie des partenaires travaillant dans leurs zones pour capter les différentes ressources potentiellement à leur disposition.

Les atouts existants à renforcer et exploités sont :

- Les plans d'action opérationnels des préfectures et des régions doivent, en principe, intégrer les appuis de tous les partenaires et identifier les sources de financement pour toute activité proposée. Ayant un plan d'action intégré avec toutes les activités prévues les DRS, les DPS

et les structures sanitaires peuvent mieux coordonner les activités et éviter des doublons ou des zones d'ombres.

- Dans une région, des partenaires internationaux (OMS et UNICEF) venant d'organiser, un atelier pour renforcer l'action intersectorielle et ont recommandé la création de comité régional multisectoriel pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Cette initiative est très intéressante et mériterait d'être appuyée et généralisée.

Améliorer la connaissance des rôles et responsabilités des administrateurs du système de santé en permettant ce personnel de jouer leur propre rôle et promouvant la redevabilité. Les rôles des administrateurs au niveau des DRS, des DPS, et de la communauté ne sont pas toujours bien détaillés ou systématiquement partagés avec les personnes concernées. Ceci entraîne une faible appropriation et responsabilisation de ces cadres.

- Au niveau des DRS et des DPS : Il faut suivre et évaluer la mise en application des descriptions de postes et tâches des équipes cadres des DRS et des DPS.
 - Retrouver les descriptions de postes et tâches pour les équipes cadres et les actualiser en cas de besoin.
 - Diffuser les descriptions de postes et les tâches à tous les niveaux
 - Évaluer la mise en application de ces rôles avec un suivi régulier et la supervision facilitante par les niveaux supérieurs.
- Au niveau communautaire : il faut appuyer les organes de représentation communautaire afin qu'ils fonctionnent. A travers les CoSaH, les comités des usagers, et les élus locaux (mairie), la communauté est censée jouer un rôle de gouvernance mais ils n'ont pas les moyens pour réaliser cet engagement. Il faut renforcer leurs capacités et leur donner le pouvoir de prendre en charge leurs rôles et responsabilités définis. De plus, la communauté, de façon générale, doit être mobilisée pour augmenter la demande de soins de qualité (décrit dans la Politique et le Plan de santé communautaire).
 - Assurer le suivi des CoSaH par les DPS pour qu'ils puissent surveiller la qualité des services, le respect des droits de clients, et la prise en compte des besoins de la communauté.
 - Faciliter la participation et implication des mairies dans la planification, le financement, et la réalisation des activités dans le système de santé.
 - Appuyer les équipes de mobilisation communautaire au niveau préfectoral.
 - Impliquer les maires des communes (rurales et urbaines) dans le développement des plans opérationnels des districts.
 - Elaborer des rapports annuels qui résument la performance de la mise en œuvre des plans et le niveau des indicateurs clés du suivi de l'état de santé à l'intention des maires et leurs communautés.

Mettre en place des mécanismes d'amélioration de la qualité des soins au niveau régional et préfectoral. Les régions et les préfectures sanitaires jouent deux rôles à la fois : la gestion et l'administration du système de santé et aussi le suivi de l'offre de soins aux niveaux des sites de prestation de santé pour assurer la qualité des soins, la réglementation, et la promotion des bonnes pratiques. Pour cela, il faut commencer par les activités suivantes pour encadrer la qualité de soins :

- Appuyer l'actualisation et le suivi de l'utilisation de protocoles thérapeutiques et des standards et procédures opérationnels pour le suivi de la qualité des soins.
- Identifier et responsabiliser une « équipe qualité » pour l'amélioration de la qualité des soins au niveau des structures sanitaires et un point focal au niveau de la DRS et DPS.
- Former les prestataires sur les standards et procédures opérationnels pour la qualité des soins.
- Etablir des check-lists de supervision qui prennent en considération tous les aspects de la qualité des services et soins tirant profit et adaptant des matériaux de l'OMS sur la supervision formative.

- Renforcer les actions de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles avec intégration du souci de la sécurité sanitaire.

Les résultats de cette évaluation rapide ont montré que certains efforts facilitent déjà cette amélioration de qualité dans les structures sanitaires. Par exemples :

- Le processus SBM-R financé par l'USAID peut être considéré comme une bonne pratique à mettre à l'échelle par le Ministère de la Santé et ses partenaires. Cette approche implique des parties prenantes (gestionnaires du système de santé, prestataires de soins, administrateurs civils, et la communauté) qui collaborent à la résolution de certains problèmes de fonctionnement des services.
- Des partenaires internationaux comme UNICEF, Stop Palu et HC3 travaillent sur la promotion de l'utilisation des services. D'autres comme la GIZ, Jhpiego et l'OMS travaillent sur l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement du système de santé. Il serait très intéressant d'assurer une coordination des interventions des partenaires sous le leadership du Ministère de la Santé pour impulser une meilleure synergie et efficacité.

Recommandations pour le niveau central

La recommandation globale au niveau central sera de décentraliser la mise à disposition des ressources – mais cette décentralisation doit être précédée par un renforcement de capacités globales à tout niveau du système de santé pour assurer le succès. Hors la décentralisation le niveau central joue un rôle clé dans la standardisation des approches et aussi dans la coordination stratégique. Les recommandations sont détaillées en profondeur par ces domaines ci-dessous.

Assurer la décentralisation et la régionalisation du système de santé pour doter les niveaux sous-nationaux des moyens et ressources humaines, financières et techniques nécessaires pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de coordination, de monitoring, de supervision, d'assurance qualité, et d'assistance technique. Au plan financier et décisionnel cela leur permettra de définir leur budget en tenant compte leurs besoins au stade de planification, et d'ajuster les dépenses en cours d'année. Cette démarche permettra une plus claire compréhension du processus de prise de décision par l'ensemble des concernés. Elle permettra, également, de gagner les pertes dues au manque de décaissement du BND.

En matière de management des ressources humaines, cela permettra de concéder aux régions et aux préfectures l'autorité décisionnelle de gestion administrative du personnel, dans le cadre des réglementations et procédures de la fonction publique : recrutement, redéploiement, formation, évaluation, sanctions. L'attribution de ces fonctions aux régions pourrait améliorer la gestion des prestations et leur qualité. Le niveau central peut utiliser son droit de veto si les règles ne sont pas respectées.

Certaines étapes en faveur de cette régionalisation sont déjà en cours tel que :

- L'établissement du Code des Collectivités Locales a transféré 32 domaines de compétences aux collectivités décentralisées (mairies) afin de leur donner le pouvoir pour la prise de décisions dans certains domaines.
- L'audit fonctionnel du Ministère de la Santé qui est en cours (une collaboration de l'UE et de l'USAID à travers le projet *Health Finance and Governance*) est une grande opportunité pour restructurer l'organigramme du ministère et pour revoir et mettre en place les référentiels des emplois et compétences. Il devra renforcer la déconcentration et la régionalisation à travers un meilleur partage de rôles entre les niveaux central et local.

Quelques activités illustratives à cet effet sont :

- Réglementation du système de santé en assurant le suivi de l'application des approches et normes standardisés pour la prestation des services accompagné de mesures disciplinaires (sanctions positives et négatives). D'après les résultats de l'évaluation rapide, les pratiques et standards ne sont pas bien détaillés ou respectés dans les structures sanitaires de manière systématique. L'absence de standardisation mène à la variabilité de la qualité des soins et de coup une baisse dans la demande de soins.
- Renforcer la fonctionnalité des organisations professionnelles pour leur contribution à la mise en œuvre de la politique de santé, notamment à l'évaluation et à la régulation de la qualité des services des secteurs publics et privé.
- Faire respecter les normes de construction et d'équipement des structures sanitaires en adéquation aux besoins de la mise en œuvre du paquet minimum des soins. Ceci se fera par le respect des procédures d'autorisation et d'inspection.
- Dans le cas particulier de la chaîne d'approvisionnement, il faut renforcer les capacités de la PCG pour qu'elle puisse approvisionner les structures sanitaires d'après leurs besoins.

Gérer la coordination entre les parties prenantes pour assurer la redevabilité du système de santé et les mécanismes de mise en œuvre. La coordination stratégique est essentielle au niveau central pour assurer le bon fonctionnement du système de santé et fournir les ressources et appuis nécessaires à tout niveau du système pour l'offre et gestion des services.

- Le Ministère de la santé travaille sur une initiative qui s'appelle « le Compact » qui consiste à développer un panier commun de l'aide internationale venant de plusieurs bailleurs. Cette initiative peut être intéressante si elle bénéficie de l'adhésion de tous les partenaires et si elle est accompagnée par des mesures juridiques, organisationnelles et de transparence dans la gestion.

Pour coordonner les efforts des divers partenaires (y compris la population) et établir une base pour la redevabilité du système de santé, les activités suivantes peuvent être considérées à titre illustratif :

- Accroître le financement global du secteur de la santé. L'effort de l'État devra continuer de façon régulière pour aboutir à un financement public conformément à la déclaration d'Abuja à laquelle la République de Guinée a adhéré. La création d'un fond de cohésion sanitaire avec « le Compact » pourrait contribuer au renforcement de ce financement.
- Développer des mécanismes de partage du risque maladie par la solidarité ou la mutualisation du risque. Pour cela, il faut introduire et organiser l'assurance maladie et des assurances complémentaires. De plus, la mise en place des structures nationales pérennes capables de coordonner, de piloter et d'assurer la normalisation, le contrôle technique et la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) est nécessaire.
- Promouvoir la recherche en santé en mettant en place des fonds de recherche et en assurant l'utilisation des résultats de cette recherche pour éclairer la prise de décisions à tous les niveaux du système.

Prochaines étapes

Afin d'informer les activités de développement sanitaire en Guinée, ce rapport sera partagé avec les partenaires nationaux et internationaux pour valider les résultats et lancer des discussions collaboratives entre les parties prenantes sur les appuis à fournir pour combler les écarts notés. Ces discussions auront lieu lors d'une réunion de restitution prévu pour le 25 octobre, 2016 sous la présidence du Ministère de la Santé.

Le rapport final sera présenté en introduction lors des ateliers de restitution pour le lancement de l'Approche Intégrée, une suite d'activités et appuis fournis et coordonnées par le projet MCSP. A ces ateliers seront conviés des responsables gouvernementaux nationaux et régionaux aussi bien du Ministère de la santé que d'autres ministères concernés. Seront impliqués, également, les partenaires internationaux travaillant sur le renforcement du système de santé de manière à assurer l'intégration et l'harmonisation des activités sur le terrain dans le cadre de la planification, de la mise en œuvre et du suivi/évaluation.

Comme décrit dans la méthodologie, un exercice de planification basée sur les résultats de la présente évaluation rapide du système de santé est prévu. Les différents points forts, ressources existantes, opportunités et bonnes pratiques soulevés dans cette évaluation, ainsi que les points à renforcer et faiblesses du système de santé feront l'objet d'outils d'animation pour les travaux de groupes lors des ateliers de planification. Ils seront hiérarchisés et priorisés dans une approche participative dans un but de prévoir des activités pour y répondre à court, moyen et long terme.

Une attention particulière sera accordée aux initiatives en cours, aux différents concepts adoptés au niveau du pays de manière à capitaliser sur l'existant et à renforcer l'impact et la pérennisation des actions des différents partenaires sur le terrain. La planification qui en découlera ne se veut pas un plan d'action de tel ou tel partenaire, mais une réponse intégrée aux dysfonctionnements du système de santé où chaque partenaire peut contribuer selon son mandat et son avantage comparatif. Il pourra, ainsi également, servir de document de plaidoyer pour le gouvernement pour la mobilisation de ressources additionnelles

Bibliographie

Ministère de la Santé – République de Guinée. Plan de Relance du Système de Santé. Avril 2015.
http://www.invest.gov.gn/sites/default/files/6_-_plan_relance_systeme_sante_guinee_2015-2017.pdf

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS). 2012.
<http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-391.cfm>

Maternal and Child Survival Program (MCSP). L'Approche Intégrée. Juillet 2016.

Ministère de la Santé- République de Guinée. Politique Nationale de Santé. Novembre 2014.
http://www.investirguinee.com/doc/sante/07002_politique%20nationale%20de%20sante.pdf

République de Guinée. Loi Portant Code des Collectivités Locales en République de Guinée. 2006.
Chapitre III, section 29.
http://www.pseau.org/outils/ouvrages/snape_code_des_collectivites_locales_en_republique_de_guinee_2006.pdf

Ministère de la Santé Publique- République de Guinée. Plan National de Développement Sanitaire 2003-2012. Août 2003.
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/nhp_guinea.pdf

Ministère de la Santé- République de Guinée. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Mars 2015.
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf

Africaguinée. Décret Présidentiel : le nouveau visage de l'administration guinéenne. Décembre 2007.
<http://www.africaguinee.com/~archives/index.php?monAction=detailNews&id=1082>

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Comité National de Lutte Contre le SIDA, République de Guinée. Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME). *Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST / VIH/ SIDA (PNPCSP)*. Août 2013.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Division des Ressources Humaines, République de Guinée. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé. Février 2013.
<http://ptfguineeconakry.org/uploads/Documents/7%20Plan%20Strategique%20de%20Developpement%20des%20RH.pdf>

Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire, République de Guinée. Politique Pharmaceutique Nationale. Juin 2014.
<http://ptfguineeconakry.org/uploads/Documents/8%20Politique%20Nationale%20de%20la%20Pharmacie%20et%20du%20laboratoire%202014.pdf>

Ministère de la Santé en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, République de Guinée. Profil Pharmaceutique du Pays. 2011.

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19739fr/s19739fr.pdf>

Ministère de la Santé, République de Guinée. Bureau de Stratégie et de Développement (BSD). Plan Stratégique de Renforcement du Système National d'Information pour la Gestion Sanitaire (SNIS) 2016-2020. Février 2016.

<http://ptfguineeconakry.org/uploads/Documents/6%20Plan%20Strategique%20de%20Renforcement%20du%20SNIS%202016-2020.pdf>

Annexes

Annexe I. Questionnaire : Niveau régional et préfectoral



GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARTENAIRES

Les questions sont à titre indicatif pour permettre de mieux cadrer la discussion avec les partenaires lors des interviews. Des questions peuvent être utilisées ou non en fonction du contexte, du niveau institutionnel et niveau de responsabilité de la personne interviewée ainsi que du déroulement de l'entretien.

Merci d'avoir bien voulu consacrer du temps pour répondre à nos questions. Il ne s'agit pas la d'un audit ni d'une évaluation de performance. Le questionnaire sera anonyme dans un souci de confidentialité. Votre nom ne sera pas associé aux réponses et les informations discutées lors de cette discussion seront agrégées avec toutes les autres données pour l'analyse. Notre objectif est de discuter avec vous les défis et contraintes de fonctionnement de votre organisation, ainsi que les opportunités d'amélioration pour essayer de vous aider à offrir des prestations de qualité et qui répondent le mieux possible aux attentes de la population desservie.

Questionnaire niveau régional et préfectoral

Pays: Guinée

Région:

Préfecture:

Nom du principal enquêteur:

Nom du rapporteur:

Noms des membres de l'équipe:

Date de l'entretien :

1. Gouvernance & leadership

On va commencer avec une discussion sur la gouvernance et le leadership.

1.1. Comment les décisions sur les programmes de santé / la conception de projets [y compris les services, les infrastructures et les plans d'investissement] sont-elles prises et à quel niveau du système ?

1.1.1. Dans le Ministère de la Santé, comment la politique de santé est-elle élaborée ? Qui fait partie de ce processus ?

1.2. Pourriez-vous nous expliquer le plan stratégique sanitaire régional/préfectoral et ses contenus ?

1.2.1. Est-ce qu'il y a une vision, des objectifs, un budget spécifique et des indicateurs de suivi? Si oui, expliquez. (A vérifier)

1.2.2. Comment a-t-il été élaboré ?

1.2.3. Existe-t-il un plan d'action opérationnel pour la mise en œuvre de cette stratégie ? Si oui, expliquez-le.

1.3. Parlez-nous de la décentralisation dans le système de santé.

1.3.1. Est-ce que la décentralisation des services de santé est reconnue par la politique du gouvernement? Si oui, comment ?

1.3.2. Y a-t-il des lois et / ou un cadre réglementaire de la décentralisation des services, de la prise de décision, du financement ? Si oui, expliquez ?

1.4. Quelles sont les mécanismes pour la coordination et la communication entre les différents niveaux du système ?

1.4.1. Par exemple, un organigramme a-t-il été réalisé pour la structure de gestion au niveau du système de santé ? Si oui, à quel niveau et comment il a été élaboré ? (Demandez une copie)

1.4.2. Si élaborés au niveau hiérarchique supérieur, quelles sont les méthodes de diffusion des organigrammes à différents niveaux du système de santé (loi, circulaire...)?

1.4.3. Y a-t-il d'autres mécanismes de coordination ou de communication que vous voulez soulever ?

1.5. Comment se fait la gestion du programme SRMNI au niveau de la structure ?

1.5.1. Y a-t-il une unité de gestion ? un gestionnaire désigné dans ce domaine ?

1.6. Veuillez décrire le système de supervision régulier pour les équipes cadres et les structures sanitaires.

1.6.1. Y a-t-il un système de supervision régulier des structures et institutions relevant de la Région/Préfecture ? Existe-t-il un outil standard de supervision ?

1.6.2. Y a-t-il des évaluations régulières de performance des structures sanitaires ?

- 1.7. **Quel est votre plan de contingence pour les urgences, catastrophes et épidémies ?**
- 1.7.1. Est-ce que vous en avez avant Ebola ? Si oui, comment est-ce que le plan a changé ?
- 1.7.2. Est-il testé par des exercices de simulation ?
- 1.8. **Comment est-ce que le gouvernement délègue quelques responsabilités pour des services nationaux aux partenaires tels que ceux du secteur privé, des organisations non-gouvernementales (ONG) ou de la société civile ?**
- 1.8.1. Est-ce qu'il y a une politique ou plan qui dirige ça ?
- 1.9. **Expliquez-nous les mécanismes, s'il y en a, pour assurer la coordination de vos différents partenaires internationaux ? Expliquez**
- 1.10. **Est-ce qu'il y a d'autres aspects de la gestion ou de la gouvernance de santé (défis, ressources, opportunités) que vous voulez soulever ?**

2. Expertise de la gestion

- 2.1. **Quelles sont les moyens de renforcement des capacités des gestionnaires de la santé? Expliquez**
- 2.1.1. Y'a t-il un programme de renforcement ?
- 2.1.2. Si oui? Les gestionnaires sont-ils informés et ont-ils accès aux cours et sessions de formation disponibles?
- 2.1.3. Existe-t-il des manuels de procédures et de descriptions de tâches ; disponibles pour aider les gestionnaires de santé à exécuter leurs tâches de manière efficace?
- 2.2. **Existe –t-il une évaluation du processus de décentralisation dans le secteur de santé? Si oui ? listez et expliquez les résultats?**
- 2.3. **Quelles sont les mesures prises pour la mise en œuvre des recommandations**

3. Coordination Intersectorielle, centrale, régional, préfectoral

- 3.1. **Expliquez les mécanismes mis en place pour faciliter la coordination entre les secteurs si existants ?**
- 3.1.1. Est-ce qu'il existe POUR:
- la surveillance, le suivi et l'évaluation?
 - Amélioration de la santé environnementale?
 - Amélioration de l'accès à l'eau potable ?
 - Réduction et atténuation de la pauvreté?
 - L'amélioration de l'état nutritionnel?

3.2. **Est-ce que l'expérience de la décentralisation de la prise de décision a renforcé la coordination intersectorielle? Expliquez ?**

4. **Financement de santé**

Maintenant, on veut changer de discussion et parler un peu du financement du système de santé.

4.1. **Merci de nous expliquer comment les décisions de budgétisation et de dépenses sont prises au niveau [REGIONAL/ PREFECTORAL].**

4.1.1. Existe-t-il un budget spécifique alloué par l'Etat à la région/préfecture ?

4.1.1.1. Si oui, quel montant et à quelle régularité ?

4.1.2. Quel est le processus de budgétisation ? Est-ce que c'est selon un budget pré-alloué ? ou en fonction des besoins identifiés ? Expliquez.

4.1.2.1. Qui fait partie de ce processus ?

4.1.2.2. Les salaires du personnel sont-ils inclus dans ce budget ?

4.1.3. Existe-t-il un budget spécifique pour le programme SRMNI?

4.1.3.1. Si oui, veuillez détailler qu'est-ce qui fait partie de ce budget SRMNI (interventions, activités, autres).

4.1.3.2. A quel niveau du système de santé la décision d'allocation des ressources pour les différents programmes est prise ?

Central	Régional	Préfectoral
---------	----------	-------------

4.2. **Est-ce que vous avez des possibilités d'autofinancement ? Expliquez.**

4.2.1. À quel niveau pour la génération de revenus les décisions du ministère de la santé sont prises ?

Central	Régional	Préfectoral
---------	----------	-------------

4.3. **Quelles sont les gaps budgétaires, s'il y en a, pour les programmes sanitaires de façon générale ? Pour le programme SRMNI en particulier ? Précisez.**

4.3.1. A quel point est le processus de budgétisation est intégré à travers les différents domaines/programmes?

4.4. **Expliquez – nous, votre système de recouvrement des couts s'il existe ?**

4.5. **Quelles sont les mécanismes pour l'accessibilité financière de la population ? Gratuité ? mutuelles communautaires ? assurance maladie/protection sociale ?**

- 4.6. **Expliquez-nous les mécanismes de suivi financier au niveau de votre structure. Y a-t-il un système de recevabilité financière ? À quel niveau l'audit financier?...**
- 4.7. **Est-ce qu'il y a d'autres aspects du financement du système de santé (défis, ressources, opportunités) que vous voulez soulever ?**

5. Ressources humaines pour la santé

5.1. **En général, quelles sont les catégories de ressources humaines existantes dans votre [REGION/PREFECTUR] ?**

5.1.1. Quels sont leurs statuts (fonctionnaires, contractuels, volontaires, stagiaires...) ?

5.2. **Quelles sont les plus grands défis avec les ressources humaines dans votre [REGION/PREFECTURE] ?**

5.2.1. Par exemple avez-vous des soucis concernant : affectation de personnel ; formation/capacités ; motivation de staff ; salaires ; distribution par structures ; autres ?

5.3. **Expliquez-nous le processus de la formulation de la politique de développement des ressources humaines (production, répartition, rétention et motivation).**

5.3.1. Comment et à quel niveau les décisions sont prises ?

Central Régional Préfectoral

5.4. **Expliquez-nous le processus de la formulation de plans de déploiement des ressources humaines.**

5.4.1. Comment et à quel niveau les décisions sont prises ?

Central Régional Préfectoral

5.5. **Expliquez-nous le processus des décisions pour le recrutement et le licenciement du personnel.**

5.5.1. Comment et à quel niveau les décisions sont prises ?

Central Régional Préfectoral

5.5.2. Existe-t-il des descriptions de postes de travail ? Si oui, a quel niveau sont-elles préparées?

Central Régional Préfectoral

5.6. **Expliquez-nous le système de supervision et de formation des personnels/ressources humaines.**

5.6.1. Quel genre de supervision formative fournissent les superviseurs ? Quelle est la fréquence de supervision pendant l'année ?

5.6.2. Existe-t-il des évaluations de la performance du personnel ? Si oui, à quel niveau sont-elles faites ?

Central Régional Préfectoral

5.6.3. Existe-t-il des attributions de primes de la performance ? Si oui, à quel niveau les décisions sont prises pour ces attributions ?

Central Régional Préfectoral

5.6.4. Existe-t-il des sessions régulières de formation continue pour le personnel (plan de formation continue)?

5.6.5. A quel niveau, pour la formation continue les décisions sont prises (contenu, durée, type de participants, formateurs)?

Central Régional Préfectoral

5.6.6. Est-ce que les RH nouvellement recrutées reçoivent une formation/session d'orientation/d'intégration particulières ?

5.7. **Existe-t-il des ordres professionnels pour organiser et assurer la qualité du secteur privé ?**

5.8. **Expliquez-nous, si existant, votre système/ base de données de gestion des ressources humaines.**

5.8.1. Comment vous l'utilisez ?

5.9. **Est-ce qu'il y a d'autres aspects sur les ressources humaines (défis, ressources, opportunités) que vous voulez soulever ?**

6. Prestations de santé

6.1. **Quels sont, à votre avis, les besoins sanitaires prioritaires pour la communauté ?**

6.1.1. Avez-vous dans le système de santé les moyens pour répondre à ces besoins ? Sinon, qu'est-ce qui vous manque ?

6.1.2. Pour les populations vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants, est-ce qu'il y a une prise en charge spéciale ? Quels sont les éléments de prise en charge et les considérations clés pour ces populations ?

6.1.3. En quoi la prestation de services pour les populations vulnérables (femmes enceintes et les enfants) diffère des autres services (ressources dédiés/motivations ? interventions de plusieurs partenaires ?)

6.2. **Quels sont les défis principaux dans la réponse aux besoins des populations vulnérables (femmes enceintes et les enfants) ?**

6.2.1. Les institutions sont-ils accessibles géographiquement, toute l'année, pour la population desservie (saison des pluies....)?

6.2.2. Y a-t-il des défis de financement pour ces services ?

6.3. **Quelles sont les stratégies les plus prometteuses pour atténuer ces défis ?**

6.4. **Expliquez-nous comment les couts des prestations sont décidés?**

6.4.1. Est-ce que les clients doivent payer avant de recevoir des services ?

6.4.2. Est-ce que les prix sont affichés dans les structures ?

6.4.3. A quel niveau les couts des prestations sont décidés ?

Central Régional Préfectoral

6.4.4. **Expliquez-nous, s'il y en a, les motivations (financière ou autres) pour la prestation des services.**

6.4.4.1. Pour tous les services ou des services spécialisées?

6.5. **Décrivez-nous le système de référence et contre référence.**

6.5.1. Est-ce qu'il est documenté ? Si oui, demandez des exemples.

6.5.2. Existe-t-il des moyens de transport pour les transferts en cas de besoin (citer) ?

6.5.3. Existe-t-il des moyens de communication pour les transferts en cas de besoin ?

6.6. **Quelles sont les normes et les standards de la prestation de services ?**

6.6.1. A quel niveau les décisions sont prises pour définir ces normes et standards ?

Central Régional Préfectoral

6.6.2. Comment la qualité de la prestation de services est-elle contrôlée ?

6.6.2.1. Est-ce qu'il y a des critères ou des indicateurs pour le suivi de la qualité ? Décrivez.

6.6.2.2. A quel niveau les décisions sont prises pour établir ces critères de qualité? La communauté est-elle impliquée ? Si oui, comment ?

Central Régional Préfectoral

6.7. **Parlez-nos de la sous-traitance**

6.7.1. Existe-t-il des contrats de sous-traitance? Si oui, a quel niveau ils sont signés ?

Central Régional Préfectoral

7. **Medicaments et fournitures médicaux**

- 7.1. **Les médicaments sont-ils régulièrement disponibles ?**
 - 7.1.1. Quels sont les principaux défis en approvisionnant les médicaments ?
 - 7.1.2. Comment vous êtes approvisionnées ? Et par quel financement ?
 - 7.1.3. Y-a-t-il, des fois, des ruptures de stocks de médicaments? pour quels types de médicaments ? pour quelle durée moyennement ? pour quelles causes ?
- 7.2. **Quelles sont les stratégies les plus prometteuses pour atténuer ces défis ?**
- 7.3. **Expliquez-nous la gestion des stocks de médicaments.**
 - 7.3.1. A quel niveau l'estimation des besoins en médicaments est faite ?

Central	Régional	Préfectoral
----------------	-----------------	--------------------
 - 7.3.2. Avec quelles fréquences les commandes sont-elles faites ?
- 7.4. **Quelles sont les endroits appropriés dont vous disposez, pour stockage des médicaments (avec SOP, zone de quarantaine, gestion déchets)? avec réfrigérateurs ? congélateurs ? générateurs pour prévoir les coupures d'électricité ? avec contrôle de température ?**
- 7.5. **Quelles sont les moyens de transport appropriés dont vous disposez, pour distribution des médicaments (camions réfrigérés...) ?**
- 7.6. **Quel est le système de gestion pour les équipements et les matériaux médicaux ?**

8. Gestion de L'Information

- 8.1. **Expliquez-nous le système d'information ?**
 - 8.1.1. Est-il intégré ou fragmenté ? Est-il informatisé ?
 - 8.1.2. Si c'est sur papier, les registres sont-ils conservés ? Si oui, pour combien de temps ?
- 8.2. **À quel niveau les décisions sur les rapports à soumettre sont prises ?**
- 8.3. **A quel niveau les décisions pour le traitement, l'analyse et l'utilisation des données de soins de santé sont prises ?**
- 8.4. **Quel sont les mécanismes de transfert de l'information ? et selon quel circuit ?**

9. Participation communautaire

9.1. **Quelles sont les mécanismes, s'il y en a, de participation communautaire? Expliquez?**

9.1.1. Est-ce que la communautaire aide à... et comment ?

- Planifier et mettre en œuvre des activités de soins de santé primaires?
- Planifier et mettre en œuvre des activités de santé au niveau de la préfecture?
- Activités de promotion de la santé?
- Effectuer des évaluations des besoins?
- Définir les objectifs?
- Supervision, suivi et évaluation?

Merci beaucoup



GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARTENAIRES

Les questions sont à titre indicatif pour permettre de mieux cadrer la discussion avec les partenaires lors des interviews. Des questions peuvent être utilisées ou non en fonction du contexte, du niveau institutionnel et niveau de responsabilité de la personne interviewée ainsi que du déroulement de l'entretien.

Merci d'avoir bien voulu consacrer du temps pour répondre à nos questions. Il ne s'agit pas la d'un audit ni d'une évaluation de performance. Le questionnaire sera anonyme dans un souci de confidentialité. Votre nom ne sera pas associé aux réponses et les informations discutées lors de cette discussion seront agrégées avec toutes les autres données pour l'analyse. Notre objectif est de discuter avec vous les défis et contraintes de fonctionnement de votre organisation, ainsi que les opportunités d'amélioration pour essayer de vous aider à offrir des prestations de qualité et qui répondent le mieux possible aux attentes de la population desservie.

Questionnaire structures sanitaires: Hôpital, Centre de Santé, Poste de Santé)

Pays: Guinée

Région:

Préfecture:

Hôpital/Centre de Santé/Poste de Santé

Nom du principal enquêteur:

Nom du rapporteur:

Noms des membres de l'équipe:

Date de l'entretien :

1. Gouvernance & leadership

On va commencer par une discussion sur la gouvernance et leadership.

9.2. **Quels sont les structures gestionnaires assurant le fonctionnement de cet établissement ?**

9.2.1. Est-ce que l'établissement a une structure organisationnelle écrite qui indique les relations d'autorité, de responsabilité et de rapports ?

9.3. **Quelles formalités réglementaires sont en force au niveau de cet établissement ?**

9.3.1. L'établissement est-il agréé ou enregistré ? Expliquez-nous ce processus.

9.3.2. A-t-il été inspecté pour licence ou inscription ? Expliquez-nous ce processus.

9.4. **Comment les décisions sur les programmes de santé / la conception de projets [y compris les services, les infrastructures et les plans d'investissement] sont-elles prises et à quel niveau du système ?**

9.5. **Dispose-t-il d'un projet d'établissement ?**

9.5.1. Si oui, à quel niveau a été élaboré ce projet d'établissement ?

9.6. **Comment se fait la gestion du programme SRMNI au niveau de la structure ?**

9.6.1. Y-a-t-il une unité de gestion ? un gestionnaire désigné dans ce domaine ?

9.7. **Veillez décrire le système de supervision régulier pour les équipes cadres et les structures sanitaires.**

9.7.1. Y-a-t-il un système de supervision régulier des structures et institutions relevant de la Région/Préfecture ? Existe-t-il un outil standard de supervision ?

9.7.2. Y a-t-il des évaluations régulières de performance des structures sanitaires ?

9.8. **Quel est votre plan de contingence pour les urgences, catastrophes, épidémies ?**

9.8.1. Est-ce que vous en aviez avant Ebola ? Si oui, comment est-ce que le plan a changé ?

9.8.2. Est-il testé par des exercices de simulation ?

9.9. **Est-ce qu'il y a d'autres aspects de la gestion ou de la gouvernance de santé (défis, ressources, opportunités) que vous voulez soulever ?**

10. Expertise de la gestion

10.1. **Quelles sont les moyens de renforcement des capacités des prestataires dans le cadre de la gestion? Expliquez**

10.1.1. Y'a t-il un programme de renforcement ?

10.1.2. Si oui? Les prestataires sont-ils informés et ont-ils accès aux cours et sessions de formation disponibles?

10.1.3. Existe-t-il des manuels de procédures et de descriptions de tâches ; disponibles pour aider les prestataires de santé à exécuter leurs tâches de manière efficace?

11. Financement de santé

Maintenant, on change de discussion pour parler un peu du financement du système de santé.

11.1. Merci de nous expliquer, comment les décisions de budgétisation et de dépenses sont prises au niveau de la structure sanitaire.

11.1.1. Existe-t-il un budget spécifique alloué par l'Etat à la structure sanitaire ?

11.1.1.1. Si oui, quel montant et à quelle régularité ?

11.2. Quel est le processus de budgétisation ? Est-ce que c'est selon un budget pré-alloué ? ou en fonction des besoins identifiés ? Expliquez.

11.2.1. Qui fait partie de ce processus ?

11.2.2. Les salaires du personnel sont-ils inclus dans ce budget ?

11.3. Existe-t-il un budget spécifique pour le programme SRMNI? Est-il suffisant pour répondre aux besoins de la population servie par la structure ?

11.3.1.1. Si oui, veuillez détailler qu'est-ce qui fait partie de ce budget SRMNI (interventions, activités, autres).

11.4. Y-a-t-il un/des organisme(s) (international, gouvernemental, privé) qui fournit un appui financier ? Si oui, le(s)quel(s) ?

11.5. Expliquez – nous, votre système de recouvrement des coûts s'il en existe ?

11.5.1. Est-ce que votre structure a un compte bancaire ? Si, non, qui dirige les fonds de cette structure ? La préfecture ?

11.6. Quelles sont les mécanismes pour l'accessibilité financière de la population ? Gratuité ? mutuelles communautaires ? assurance maladie/protection sociale ? Expliquez.

11.7. Est-ce qu'il y a d'autres aspects du financement du système de santé (défis, ressources, opportunités) que vous voulez soulever ?

12. Ressources humaines pour la santé

- 12.1. **En général, quelles sont les catégories de ressources humaines existantes dans votre structure ?**
- 12.1.1. Quels sont leurs statuts (fonctionnaires, contractuels, volontaires, stagiaires...)?
- 12.2. **Quelles sont les plus grands défis avec les ressources humaines dans votre structure ?**
- 12.2.1. Par exemple avez-vous des soucis concernant : affectation de personnel ; formation/capacités ; motivation de staff ; salaires ; distribution par structures ; autres ?
- 12.3. **Existe-t-il des attributions de primes de la performance ? Si oui, veuillez les décrire.**
- 12.4. **Comment la formation continue du personnel est-elle planifiée ou organisée ?**
- 12.5. **Quel est le processus pour l'orientation/l'intégration du personnel nouvellement recruté ?**
- 12.6. **Est-ce qu'il y a d'autres aspects des ressources humaines (défis, ressources, opportunités) que vous voulez soulever ?**

13. Prestations de santé

- 13.1. **Quel est le paquet de soins fournis à l'établissement ?**
- 13.1.1. Offre-t-il des soins de SRMNI (incluant vaccinations) ? Si oui, dispose-t-il d'un centre de transfusion ? d'un laboratoire ?
- 13.1.2. Offre-t-il des soins spécifiques pour les adolescents ?
- 13.2. **Quels sont, a votre avis, les besoins sanitaires prioritaires pour la communauté ?**
- 13.2.1. Avez-vous dans le système de santé (et cette structure) les moyens pour répondre à ces besoins ? Sinon, qu'est-ce qui vous manque ?
- 13.2.2. Pour les populations vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants, est-ce qu'il y a une prise en charge spéciale ? Quels sont les éléments de prise en charge et les considérations clés pour ces populations ?
- 13.2.3. En quoi la prestation de services pour les populations vulnérables (femmes enceintes et les enfants) diffère des autres services (ressources dédiés/motivations ? interventions de plusieurs partenaires ?)
- 13.3. **Quels sont les défis principaux dans la réponse aux besoins des populations vulnérables (femmes enceintes et les enfants) ?**
- 13.3.1. Les institutions sont-ils accessibles géographiquement, toute l'année, pour la population desservie (saison des pluies....)?
- 13.3.2. Y a-t-il des défis de financement pour ces services ?

- 13.4. **Quelles sont les stratégies les plus prometteuses pour atténuer ces défis ?**
- 13.5. **Expliquez-nous des changements dans les soins de santé, si existants, que vous avez du faire à cause de l'épidémie d'Ebola.**
- 13.5.1. Est-ce que vous avez instauré des standards pour la prévention et le contrôle de l'infection ?
- 13.5.2. Est-ce que vous continuez avec ces changements ?
- 13.6. **Expliquez-nous comment les coûts des prestations sont décidés?**
- 13.6.1. Est-ce que les clients doivent payer avant de recevoir des services ?
- 13.6.2. Est-ce que les prix sont affichés dans les structures ?
- 13.6.3. A quel niveau les coûts des prestations sont décidés ?
- 13.7. **Comment est-ce que le circuit du patient est défini et signalé pour les patients ? Expliquez.**
- 13.8. **Décrivez-nous le système de référence et contre référence.**
- 13.8.1. Est-ce que c'est documenté ? Si oui, demandez des exemples.
- 13.8.2. Existe-t-il des moyens de transport pour les transferts en cas de besoin (citer) ?
- 13.8.3. Existe-t-il des moyens de communication pour les transferts en cas de besoin ?
- 13.9. **Quelles sont les normes et les standards de la prestation de services ?**
- 13.10. Est-ce que l'établissement a des procédures d'opérations standards (POS) ou des instructions écrites (protocoles, algorithmes, partogrammes, matériel d'éducation/promotion...)
- 13.10.1. A quel niveau les décisions sont prises pour définir ces normes et standards ?
- 13.10.2. Comment la qualité de la prestation de services est-elle contrôlée ?
- 13.10.3. Est-ce qu'il y a des critères ou des indicateurs pour le suivi de la qualité ? Décrivez.
- 13.10.4. A quel niveau les décisions sont prises pour établir ces critères de qualité? La communauté est-elle impliquée ? Si oui, comment ?

13.10.5. L'établissement participe-t-il à un programme externe d'évaluation de la qualité ?

13.11. **Expliquez-nous, s'il en existe, l'appui technique d'un organisme international que vous recevez?**

14. Médicaments et fournitures médicaux

14.1. **Les médicaments sont-ils régulièrement disponibles ?**

14.1.1. Quels sont les défis principaux en approvisionnement des médicaments ?

14.1.2. Comment vous êtes approvisionnés ? Et par quel financement ?

14.1.3. Y-a-t-il, des fois, des ruptures de stocks de médicaments? pour quels types de médicaments ? pour quelle durée moyennement ? pour quelles causes ?

14.2. **Quelles sont les stratégies les plus prometteuses pour atténuer ces défis ?**

14.3. **Expliquez-nous la gestion des stocks de médicaments.**

14.3.1. A quel niveau l'estimation des besoins en médicaments est faite ?

14.3.2. Avec quelles fréquences les commandes sont-elles faites ?

14.4. **Quelles sont les endroits appropriés dont vous disposez, pour stockage des médicaments (avec SOP, zone de quarantaine, gestion déchets)? avec réfrigérateurs ? congélateurs ? générateurs pour prévoir les coupures d'électricité ? avec contrôle de température ?**

14.5. **Quelles sont les moyens de transport appropriés dont vous disposez, pour distribution des médicaments (camions réfrigérés...) ?**

14.6. **Quel est le système de gestion pour les équipements et les matériaux médicaux ?**

15. Gestion de L'Information

15.1. **Expliquez-nous le système d'information ?**

15.1.1. Est-il intégré ou fragmenté ? Est-il informatisé ?

15.1.2. Si c'est sur papier, les registres sont-ils conservés ? Si oui, pour combien de temps ?

15.2. **Comment est-ce que vous utilisez les informations pour la prise de décision par rapport a la gestion et aux soins de sante dans cette structure ?**

15.2.1. À quel niveau les décisions sur les rapports à soumettre sont prises ?

15.2.2. A quel niveau les décisions pour le traitement et l'analyse des données de soins de santé sont prises ?

15.2.3. A quel niveau l'utilisation des données pour la prise de décision est faite ?

15.3. **Quel sont les mécanismes de transfert de l'information ? et selon quel circuit ?**

16. Participation communautaire

16.1. **Quelles sont les mécanismes, s'il en a, de participation communautaire? Expliquez?**

16.1.1. Est-ce que la communautaire aide a... et comment ?

- Planifier et mettre en œuvre des activités de soins de santé primaires?
- Planifier et mettre en œuvre des activités de santé au niveau de la préfecture?
- Activités de promotion de la santé?
- Effectuer des évaluations des besoins?
- Définir les objectifs?
- Supervision, suivi et évaluation?

16.2. **L'établissement assure-t-il l'encadrement/Formation des ASC ? CoSaH ? Si oui comment ?**

Merci beaucoup



GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARTENAIRES

Les questions sont à titre indicatif pour permettre de mieux cadrer la discussion avec les partenaires lors des interviews. Des questions peuvent être utilisées ou non en fonction du contexte, du niveau institutionnel et niveau de responsabilité de la personne interviewée ainsi que du déroulement de l'entretien.

Merci d'avoir bien voulu consacrer du temps pour répondre à nos questions. Il ne s'agit pas la d'un audit ni d'une évaluation de performance. Le questionnaire sera anonyme dans un souci de confidentialité. Votre nom ne sera pas associé aux réponses et les informations discutées lors de cette discussion seront agrégées avec toutes les autres données pour l'analyse. Notre objectif est de discuter avec vous les défis et contraintes de fonctionnement de votre organisation, ainsi que les opportunités d'amélioration pour essayer de vous aider à offrir des prestations de qualité et qui répondent le mieux possible aux attentes de la population desservie.

Questionnaire Agents Communautaires et CoSaH

Pays: Guinée

Région:

Préfecture:

Centre de santé:

Nom du principal enquêteur:

Nom du rapporteur :

Noms des membres de l'équipe:

Date de l'entretien :

1. Expliquez-nous les rôles et les responsabilités d'un agent communautaire.
 - 1.1. Comment vous avez été désigné ASC ?
 - 1.2. Quels sont les prestations qu'un ASC offre dans le cadre de la promotion de la sante, la prévention, la prise en charge, l'orientation/référence ?
 - 1.3. Dispose-t-il des moyens nécessaires pour remplir ses rôles et responsabilités ?
 - 1.4. Avez-vous reçu une formation quelconque pour assurer ces responsabilités ?

- 1.5. Etes vous supervisé dans votre travail ? si oui, comment ? par qui ? et a quel rythme ?
2. Expliquez-nous les rôles et les responsabilités de la Comité de Santé et Hygiène (CoSaH).
3. Quelles sont les mécanismes de participation communautaire ? Est-ce qu'il ya des mécanismes POUR
 - Planifier et mettre en œuvre des activités de soins de santé primaires?
 - Planifier et mettre en œuvre des activités de santé au niveau de la préfecture?
 - Activités de promotion de la santé?
 - Effectuer des évaluations des besoins?
 - Définir les objectifs?
 - Supervision, suivi et évaluation?
4. Quels sont les plus grands besoins sanitaires dans la communauté ?
 - Avez-vous dans le système de santé les moyens pour répondre à ces besoins ? Sinon, qu'est-ce qui vous manque ?
 - Pour les populations vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants, est-ce qu'il y a une prise en charge spéciale ? Quels sont les éléments de prise en charge et les considérations clés pour ces populations ?
 - En quoi la prestation de services pour les populations vulnérables (femmes enceintes et les enfants) diffère des autres services (ressources dédiés/motivations ? interventions de plusieurs partenaires ?)
5. Quels sont les principaux défis dans la réponse aux besoins des populations vulnérables (femmes enceintes et les enfants) ?
 - Les institutions sont-ils accessibles géographiquement, toute l'année, pour la population desservie (saison des pluies....)?
 - Est-ce qu'il y a des défis de financement ?
 - Est-ce qu'il y a des défis de qualité ? les quels ?
6. Quelles sont, a votre avis, les stratégies les plus prometteuses pour atténuer ces défis ?

Merci beaucoup



GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARTENAIRES

Les questions sont à titre indicatif pour permettre de mieux cadrer la discussion avec les partenaires lors des interviews. Des questions peuvent être utilisées ou non en fonction du contexte, du niveau institutionnel et niveau de responsabilité de la personne interviewée ainsi que du déroulement de l'entretien.

Merci d'avoir bien voulu consacrer du temps pour répondre à nos questions. Il ne s'agit pas la d'un audit ni d'une évaluation de performance. Le questionnaire sera anonyme dans un souci de confidentialité. Votre nom ne sera pas associé aux réponses et les informations discutées lors de cette discussion seront agrégées avec toutes les autres données pour l'analyse. Notre objectif est de discuter avec vous les défis et contraintes de fonctionnement de votre organisation, ainsi que les opportunités d'amélioration pour essayer de vous aider à offrir des prestations de qualité et qui répondent le mieux possible aux attentes de la population desservie.

Questionnaire mairies

Pays: Guinée

Région:

Préfecture:

Nom du principal enquêteur:

Nom du rapporteur :

Noms des membres de l'équipe:

Date de l'entretien :

Il s'agit d'une check-list des entretiens d'évaluation des perceptions des parties prenantes en matière de décentralisation des services de santé et de son impact sur le système de santé.

1. Quelle a été la politique globale concernant la décentralisation dans le pays au cours des dix dernières années?
2. La Décentralisation a-t-elle été entreprise dans tous les secteurs du pays?
3. Quelle est la forme prédominante / mode de décentralisation dans le pays?

- **Déconcentration ou décentralisation territoriale** (la plus fréquente et la moins poussée): Redistribution du pouvoir administratif, Délégation restreinte du pouvoir décisionnel, exclusivement en rapport avec l'exécution des tâches et pas de personnalité juridique
 - **Délégation ou décentralisation fonctionnelle**: transfert des responsabilités gestionnaires qui consiste à confier l'exercice de certaines missions spécialisées à des organismes autonomes ayant une personnalité juridique distincte de l'administration centrale. Il n'existe pas de lien hiérarchique mais une tutelle administrative (contrôles explicitement prévus par la loi que budget, et règlements).
 - **Dévolution ou décentralisation politique**: Il s'agit de la création ou du renforcement de niveaux administratifs infranationaux, visant l'indépendance des fonctions par rapport au central : habilité de faire des recettes, d'engager des dépenses et/ou transférer des ressources. Elle est multisectorielle et son champ d'intervention est local, sous national ou national : cas des collectivités territoriales.
 - **Privatisation**: Il s'agit du transfert du pouvoir de gouverner à des organismes bénévoles ou à des entreprises privées.
4. Existe-t-il un soutien politique, administratif et législatif pour la décentralisation des services de santé dans le pays? Expliquez.
 5. Quels sont les principaux acteurs dans le processus de décentralisation et quels ont été leurs positions (soutien ou opposition) sur cette question?
 6. Quel est le niveau de décentralisation des services de santé dans le pays – central vers le régional, préfectoral, ou même à un niveau plus bas?
 7. Expliquez-nous la situation actuelle de la décentralisation.
 - Est ce que les pouvoirs et les responsabilités adéquats ont été transférés au niveau inférieur pour un fonctionnement efficace?
 - Est ce que les fonctionnaires des niveaux régionaux/préfectoraux/locaux ont reçus une formation appropriée et orientée vers l'utilisation de leurs nouvelles acquisitions en matière de pouvoirs et de responsabilités?
 - Est ce que les règles du travail du système décentralisé sont clairement mises au point sous forme de manuel ou de document de référence?
 - Est-ce que les fonctionnaires de niveau régional/préfectoral ou local utilisent leurs pouvoirs et responsabilités nouvellement acquis de manière efficace?

- Est-ce que les fonctionnaires du gouvernement au niveau central résistent à la redistribution du pouvoir et responsabilité ? Si oui, comment arrivent-ils le faire?
8. Quel a été l'expérience globale de la décentralisation des services de santé dans votre pays à ce jour?
- Y a-t-il eu une amélioration sensible de la prestation de services de santé suite à la décentralisation?
 - Qu'est-ce qui pourrait être fait pour que la décentralisation en matière de santé soit plus efficace?
9. Expliquez-nous la situation actuelle de l'engagement de la société civile et les communautés suite à la décentralisation ?
10. Quelles sont les mécanismes de participation communautaire ? Est-ce qu'il ya des mécanismes POUR
- Planifier et mettre en œuvre des activités de soins de santé primaires?
 - Planifier et mettre en œuvre des activités de santé au niveau de la préfecture?
 - Activités de promotion de la santé?
 - Effectuer des évaluations des besoins?
 - Définir les objectifs?
 - Supervision, suivi et évaluation?
11. Quels sont les mécanismes mis en place pour faciliter la coordination entre les secteurs POUR:
- la surveillance, le suivi et l'évaluation?
 - Amélioration de la santé environnementale?
 - Amélioration de l'accès à l'eau potable ?
 - Réduction et atténuation de la pauvreté?
 - L'amélioration de l'état nutritionnel?
12. Comment l'expérience de la décentralisation de la prise de décision a renforcé la coordination intersectorielle ?

Merci beaucoup

Annexe V. Organisation de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé

Niveau	Structures administratives	Structure des soins	Organes de coordination
National (Central)	- Direction Nationales (DN) - Services d'appui(SA) - Services rattaches (SR) - Etablissements publics administratifs (EPA)	Hôpitaux Nationaux (HN)	Comité technique de coordination (CTC) Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS)
Régional (Intermédiaire)	Directions Régionales de la Sante (DRS)/DSVCo	Hôpitaux Régionaux (HR)	Comité technique régional de la Santé (CTRS)
Préfectoral (Périphérique)	Directions Préfectorale de la Sante (DPS)/ Directions communale de la Santé (DCS)	Hôpitaux préfectoraux (HP) Centres médico-communaux (CMC) Centres de Sante Améliore (CSA)	Comité technique préfectoral de la Santé (CTPS)
Communautaire (Périphérique)		Centres de Santé (CS) Poste de Santé (PS)	Comité de gestion des centres de Santé (CoSaH)

Source : Données adaptées du *Profil de Systèmes de Santé des Pays : République de Guinée, 2005* (Ministère de la Sante Publique et OMS)