Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023

Planification stratégique

Auteurs :

Christel JANSEN, Institut Royal des Tropiques (KIT), Pays-Bas

Ahmadou BALDE, MD, MPH, Guinée

Laurence CODJIA, WHO, Genève

Royal Tropical Institute
KIT Development Policy & Practice

Décembre 2013

Table de matières

Remerciements 3
Abréviations 4
1. Introduction 6
2. Le processus : cadre conceptuel 8
2.1 Planification des ressources humaines en santé 8
2.2 Projection de la couverture des besoins en ressources humaines en santé 8
2.3 Identification des défis liés aux RHSMN : le modèle DAAQ 9
2.4 Les interventions : rôle du marché du travail 9
2.5 Planification selon les scénarios 10
2.6 Analyse de la faisabilité 11
2.7 Le dialogue politique 11
2.8 Le plaidoyer 11
3. Méthodologie : étude de cas et projections 13
3.1 Projections : disponibilité et accessibilité 13
3.2 Étude de cas : acceptabilité et qualité 14
4. Scénario A : Aperçu des défis identifiés 15
4.1 Disponibilité des RHSMN 15
4.2 Accessibilité des RHSMN 19
4.3 Acceptabilité et qualité des RHSMN 23
5. Interventions identifiées et analyse de leur faisabilité 27
5.1 Scénario B1 : Amélioration de la disponibilité 28
5.2 Scénario B2 : Amélioration de l'accessibilité 33
5.3 Scénario C : Amélioration de l'acceptabilité et de la qualité 40
6. Paquet d'interventions sélectionnées 48
6.1 Scénario D : Impact du paquet d'interventions sélectionnées 49
7. Plan de plaidoyer 54
Annexe 1 – Paramètres et hypothèses des projections du Scénario A 55
Annexe 2 – Tableaux des projections du scénario A 61
Annexe 3 – Contributeurs au processus 70

Remerciements

Le présent rapport a été commandité par le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la Guinée. Le Gouvernement de la République française a apporté un appui à son élaboration à travers le Fonds français Muskoka.[1] Dans le cadre de ce volet français de l'initiative de Muskoka, l'Alliance mondiale pour les Personnels de Santé (AMPS) a soutenu une évaluation et une planification des ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée en collaboration avec l'UNFPA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'analyse a été effectuée par une équipe de coordination comprenant :

- La Direction des Ressources humaines du ministère de la Santé ;
- Bureau Health Focus GmbH ;
- M. Ahmadou BALDE, MD, MPH ;
- L'Institut Royal des Tropiques (KIT) ;
- L'Université de Montréal (UdM) ;
- Le bureau de l'OMS en Guinée;
- L'Alliance mondiale de la Santé.

Dès le début du processus en 2012, il y a eu une forte implication des parties prenantes dans le domaine des ressources humaines en santé maternelle et néonatale. Il s'agit notamment du ministère du Travail et de la Fonction publique, des sages-femmes, de l'Institut national de la Santé de l'Enfant et du bureau national de l'OMS en Guinée.

Les auteurs remercient le Secrétaire-Général et la Direction des Ressources humaines en Santé du ministère de la Santé et l'Hygiène publique, le ministère du Travail et de la Fonction publique ; le ministère des Affaires étrangères français, les chercheurs du Bureau Health Focus ; M. Ahmadou Baldé et le bureau de l'OMS, ainsi que toutes les autres organisations et personnes ressources qui ont consacré leur temps et apporté leurs connaissances et expériences pour faire avancer le processus et sans lesquelles la rédaction de ce rapport n'aurait pas été possible.

Conakry / Amsterdam, décembre 2013

[1] Le Gouvernement français a confirmé les engagements pris lors de la réunion du G8 à Muskoka (Canada, 25 et 26 juin 2010) en faveur de l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant et de la promotion des droits de l'homme dans le monde.

Abréviations

AA	Accouchement assisté (par une personne qualifiée)
AMPS	Alliance mondiale pour les personnels de santé
ATS	Assistant technique en santé
BM	Banque mondiale
BND	Budget national de développement
CHI	Chirurgien
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post-natale
CS	Centre de santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
CSU	Centre de santé urbain
DNFPL	Direction nationale de la Fonction publique locale
DRH	Direction des Ressources humaines
EDS	Enquête démographique et de santé
ENS	École nationale de santé
ESSC	École de soins de santé communautaires
FG	Franc guinéen
FOSA	Formations sanitaires
GYN	Gynécologue-obstétricien
IDE	Infirmier d'État
ISF	Indice synthétique de fécondité
KIT	Institut Royal des Tropiques
MATD	Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
MDB	Ministère délégué au Budget
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MG	Médecin généraliste
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
MTFP	Ministère du Travail et de Fonction publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAPNDS	Projet d'Appui au Plan national de Développement sanitaire
PED	Pédiatre
PED/NEO	Pédiatre néonatologue
PF	Planification familiale
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PSDRHS	Plan stratégique pour la Développement des Ressources humaines en santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
RHS	Ressources humaines en santé
RHSMN	Ressources humaines en santé maternelle et néonatale
SAA	Soins après l'avortement

SF	Sage-femme
SMN	Santé maternelle et néonatale
SNNC	Soins aux nouveau-nés présentant des complications
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
UdM	Université de Montréal
WISN	Indicateurs de la charge de travail pour la détermination des besoins en personnel

1. Introduction

Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2012, le taux de mortalité maternelle en Guinée est de l'ordre de 724 décès pour 100 000 naissances vivantes. S'agissant de la santé néonatale, le taux de mortalité néonatale est de 39 pour 1 000 naissances vivantes selon l'EDS de 2005. Pour faire face à cette situation, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2003-2012 en Guinée a opté de classer comme une des priorités du secteur, la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

L'efficacité du système de santé qui permettra de créer les conditions pour l'atteinte de cet objectif repose sur une bonne qualité des prestations dont le facteur le plus déterminant est la qualité, la disponibilité et la performance des ressources humaines, notamment dans un contexte de rareté chronique des professionnels de la santé.

Fort de ce constat et compte tenu des recommandations du PNDS, la Direction des ressources humaines (DRH) s'est engagée dans l'élaboration d'un Plan stratégique pour le développement des ressources humaines en santé (PSDRHS) qui servira d'outil d'aide à la décision. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies susceptibles de garantir une bonne couverture en personnels qualifiés sur toute l'étendue du territoire, plus particulièrement dans les zones dites « difficiles ». À travers une évaluation et une planification des ressources humaines en santé (RHS), notamment pour la santé maternelle et néonatale (SMN), le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) a identifié des interventions acceptables, faisables et à fort impact en rapport aux stratégies RHSMN, qui s'accordent avec le PSDRHS et dans le but de les intégrées dans le nouveau Plan national de développement. Elles feront l'objet d'une validation par l'ensemble des décideurs nationaux impliqués dans la gestion des RHS.

Le présent rapport décrit les interventions stratégiques identifiées pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée. Il vient compléter l'ensemble des travaux réalisés dans le but d'identifier les stratégies à fort impact pour les RHSMN. Les rapports suivants ont été publiés durant ce processus :

- Rapport de l'analyse des parties prenantes. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, mars 2012.
- Rapport de l'analyse documentaire de la pratique de sage-femme dans le cadre de l'Initiative Muskoka en Guinée. Health Focus, décembre 2012.
- Rapport de l'étude de cas de la situation des personnels lies a la pratique de sage-femme en Guinée. Health Focus, décembre 2013.

Les interventions stratégiques ont été identifiées sur la base des informations tirées desdits rapports et à travers deux ateliers :

- Un atelier de développement des projections : l'objectif était d'analyser la situation actuelle sur la base d'une projection des besoins et de l'offre en RHSMN attendus dans les années à venir. Cette analyse a permis de disposer d'informations permettant d'apprécier la disponibilité et l'accessibilité des RHSMN, d'identifier des interventions spécifiques et rigoureuses et d'estimer leur impact potentiel sur la disponibilité et l'accessibilité des RHSMN.

- Un atelier de développement de stratégies et d'analyse de leur faisabilité : lors de cet atelier les interventions à fort impact ont été sélectionnées à l'issue d'échanges techniques entre les parties prenantes et ont fait l'objet d'une analyse en rapport à leur faisabilité économique (coûts, impact, durabilité), politique, sociale et opérationnelle.

Les recommandations mettent l'accent sur les ressources humaines en santé qui sont impliquées dans les services directs de SMN : les infirmiers d'État (IDE), les sages-femmes (SF), les médecins généralistes (MG), les gynécologues (GYN), les pédiatres (PED) et les assistants techniques en santé (ATS).[2]

Le chapitre deux (2) présente le cadre conceptuel du rapport. Le chapitre trois (3) dresse l'état des lieux et les défis identifiés en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des ressources en santé. Le chapitre quatre (4) énumère les interventions stratégiques proposées, accompagnées d'une analyse de leur faisabilité et de leur impact potentiel. Le chapitre cinq (5) présente les conclusions et les prochaines étapes.

Les paramètres utilisés pour les projections sont présentés en Annexe 1. L'Annexe 2 décrit les détails des projections des besoins et de l'offre par région et selon le lieu de résidence (zone urbaine ou rurale) pour les années à venir. L'Annexe trois (3) énumère les contributeurs à ce document. L'Annexe 4 présente la note d'engagement comprenant le paquet d'interventions sélectionnées par le MSHP de la Guinée.

2 Selon l'analyse de la situation des ressources humaines en santé (mai 2012), ces catégories professionnelles constituent environ 70% des professionnels de santé en Guinée.

2. Le processus : cadre conceptuel

2.1 Planification des ressources humaines en santé

Au niveau international, la méthode traditionnellement utilisée pour la planification des RHS est le ratio personnel/population.[3] Au niveau national, la planification s'est fondée sur des normes en ressources humaines en santé (RHS) par type de formation sanitaire. Ces normes sont définies sur la base de la fréquentation des formations sanitaires et des tendances démographiques (méthodologie fondée sur l'utilisation et la demande). Tout en prenant en compte les discussions en cours dans le pays sur la couverture sanitaire universelle (CSU), qui favorise l'accès aux services par un grand nombre de personnes et qui augmenterait la demande et la charge de travail au niveau du personnel, cette fois-ci la planification a été effectuée à travers une méthodologie fondée sur la base des besoins de la population. La planification des besoins a été complétée par une analyse de l'offre en RHS. La planification a été différentiée par région, par zone (urbaine ou rurale) et par catégorie de personnel, vu les grandes différences dans les dynamiques du marché du travail à ces niveaux.[4]

2.2 Projection de la couverture des besoins en ressources humaines en santé

À travers un modèle de calcul[5] adapté au contexte guinéen par un groupe d'experts au cours de la période du 4 au 7 octobre 2013, les besoins et l'offre en RHSMN dans les années à venir ont été calculés à travers les étapes suivantes :

1. calcul du nombre de femmes enceintes par an, au niveau régional et dans les zones urbaines et les zones rurales ;
2. calcul des besoins de la population à travers une définition du paquet de services à fournir et à travers une définition de la population cible par service ;
3. calcul des besoins en RHSMN, en fonction d'un modèle fondé sur la répartition des tâches en Guinée et en fonction de la productivité des RHSMN ;
4. calcul de l'offre des RHSMN, à travers une analyse du marché du travail ;
5. calcul du rapport entre besoin et offre (« la couverture des besoins en RHSMN ») par catégorie de personnel, par région et pour les zones urbaines et rurales.

L'Annexe 1 donne un aperçu de la configuration et des paramètres utilisés pour les projections des besoins et de l'offre en RHSMN en Guinée.

---

[3] La publication « *Models and tools for health workforce planning and projections*», *Human Resources for Health Observer Issue no. 3* (WHO, 2010) décrit les faiblesses de cette approche.

[4] La planification fondée sur les besoins est recommandée dans le contexte d'un engagement à atteindre une couverture sanitaire universelle (http://www.ehfg.org/fileadmin/ehfg/Young_Gastein/Posters_2013/Poster_14_Francesca_SENESE.pdf)

[5] Le modèle a été développé par l'Institut Royal des Tropique (KIT) d'Amsterdam à la demande de l'OMS, en se basant sur la méthodologie développée dans le cadre du « *H4+ High Burden Countries Initiative* ».

2.3 Identification des défis liés aux RHSMN : le modèle DAAQ

Avant l'identification des interventions à fort impact, les défis liés aux RHSMN (identifiés par la revue documentaire, l'étude complémentaire et les projections) ont été classés par catégories selon le modèle DAAQ : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité.[6] L'étude de cas s'est focalisée sur l'identification des défis liés à l'acceptabilité (qualité non-technique) et la qualité (qualité technique). Les projections se sont quant à elles focalisées sur les défis liés à la disponibilité et à la répartition (accessibilité) des RHSMN. Le but final des interventions était d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (couverture) des RHSMN.

2.4 Les interventions : rôle du marché du travail

Il y a deux déterminants pour la couverture : les besoins (la population) et l'offre (le système de santé). Les besoins sont déterminés par les tendances démographiques, épidémiologiques et par le paquet minimum d'activités et sont considérés comme élément fixe. Cependant, il est possible d'influer sur l'offre en intervenant dans les dynamiques du marché du travail. La Figure 1 illustre les dimensions du marché du travail, ainsi que les leviers pour intervenir dans ce marché du travail. Ces leviers ont été utilisés pour l'identification des interventions à fort impact.

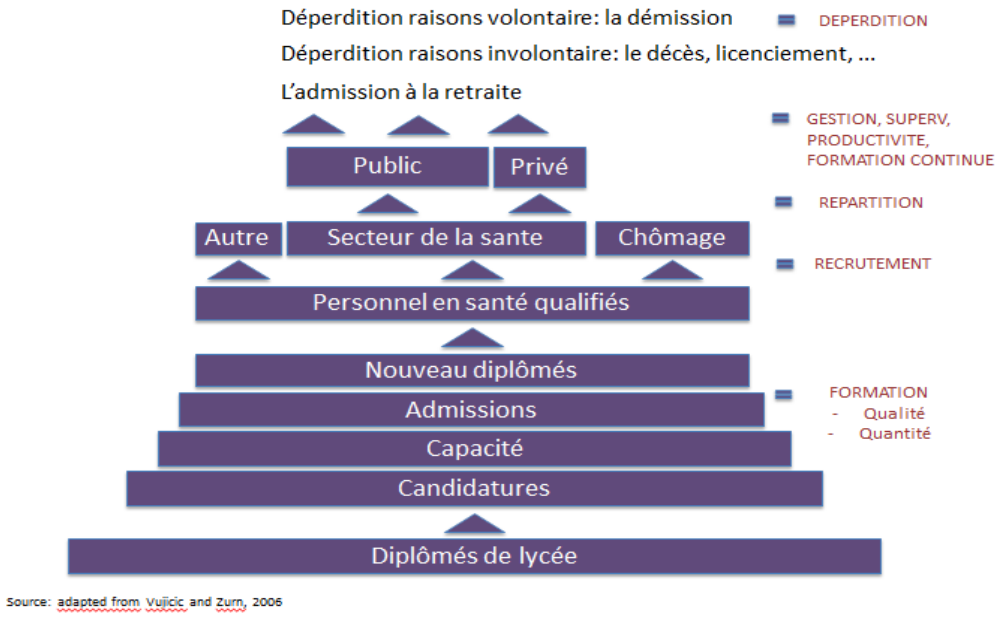


Figure 1 Leviers pour intervenir dans le marché du travail afin d'influer sur l'offre en RHS.

[6] Le concept est inspiré du modèle Tanahashi et est né de la recherche menée par l'OMS sur la performance des systèmes de santé dans les années 60, et ensuite en 1978 dans le cadre de la Santé pour tous.

2.5 Planification selon les scénarios[7]

La projection des besoins et de l'offre en RHSMN dans les années à venir décrite au paragraphe 2.2 désigne le « scénario de base » : le scénario dans lequel les efforts actuels sont maintenus et aucun changement ne s'y opère. Par la suite, les interventions identifiées ont été introduites dans le scénario de base (scénario A), afin de projeter leur impact potentiel sur la couverture des besoins en RHSMN par l'offre. Comme l'illustre la Figure 2 ci-dessous, les scénarios B, C et D représentent les scénarios où une intervention (scénario B et scénario C) ou plusieurs interventions (scénario D) sont introduites dans les projections des besoins et l'offre en RHSMN dans les années à venir, afin d'estimer leur impact.

L'Annexe 2 fournit les détails des projections des besoins et de l'offre par région et selon le lieu de résidence (milieu urbain ou rural) pour les années à venir dans le scénario A.

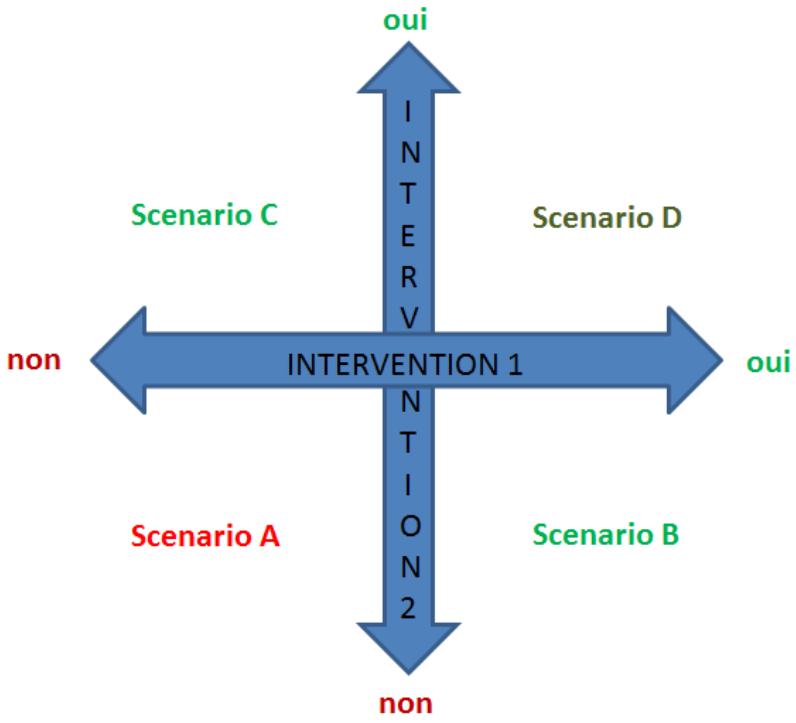


Figure 2 Démontrer l'impact potentiel des interventions à travers une « planification fondée sur des scénarios »

[7] Cette méthodologie est décrite par Batenburg et al. (2013 ; http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-capaciteitsraming-verloskunde-2013.pdf) et par Buchan et Seccombe (2012 ; http://www.human-resources-health.com/content/10/1/16).

2.6 Analyse de la faisabilité

Les interventions formulées et proposées ne sont pas seulement fondées sur des preuves, sur une bonne logique et formulée de façon « SMART », mais elles ont également été soumises à une analyse de faisabilité en suivant les orientations de l'OMS. Cet exercice a permis d'analyser de manière objective et rationnelle les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces concernant les conditions nécessaires pour la mise en œuvre. La faisabilité a été a été analysée à travers quatre (4) dimensions :

- la faisabilité économique : les coûts, les effets et l'impact de l'intervention, ainsi que le rapport avec l'enveloppe financière disponible et une analyse de la pérennité ;
- la faisabilité politique : le rapport entre l'intervention et les politiques et initiatives existantes, ainsi que le rapport entre l'intervention et les intérêts, les motivations et le pouvoir des acteurs impliquées dans la validation politique et la mise en œuvre;
- la faisabilité sociale et culturelle : les perceptions et intérêts des personnes ciblées ou affectées par l'intervention ;
- la faisabilité opérationnelle : les conditions opérationnelles requises pour la mise en œuvre (institutions, capacités et compétences, informations, ressources matérielles, ressources humaines et partenariat).

Cette analyse a été utilisée pour une modification ou une élimination des interventions identifiées afin d'arriver à un paquet final d'interventions faisables et à fort impact. À l'issue de cet exercice, les interventions prioritaires formulées sous forme d'engagements du Gouvernement ont été sélectionnées pour la mise en œuvre durant la période 2014-2017.

2.7 Le dialogue politique

D'un bout à l'autre du processus d'analyse de la situation, de la définition des priorités et de la prise des bonnes décisions, le dialogue politique a constitué un élément clé. Ce dialogue est un instrument stratégique permettant de renforcer le partenariat entre les différents ministères du gouvernement d'une part, et entre les ministères et les parties prenantes non-gouvernementales d'autre part, et les discussions et négociations sur la politique, les programmes et la mise en œuvre, dans le but d'intégrer plusieurs perspectives et de bénéficier d'un soutien pour les interventions, visant la réalisation des changements et l'atteinte des objectifs retenus d'un commun accord.

2.8 Le plaidoyer

Le plaidoyer constitue un facteur clé à prendre en compte dans le cadre du dialogue politique en vue de créer un environnement favorable à la mise en œuvre des interventions sélectionnées.[8] La perception la plus couramment partagée est que les RHS absorbent déjà une grande partie des ressources du secteur de la santé. Pour faciliter le dialogue politique, il faut changer les perceptions des parties prenantes et des décideurs et leur insuffler un sentiment d'urgence, ainsi qu'une vision à long terme. Les projections des besoins et de l'offre dans les années à venir représentent un instrument fort pour traduire l'urgence, à travers un aperçu de la situation dans le futur en cas de statut quo et en cas de mise en œuvre des interventions. En outre, il faudrait préciser les coûts (investissements) liés aux interventions, et fournir une indication réelle de la disponibilité des ressources financières pour la mise en œuvre. Il importe de multiplier la

8 http://www.capacityplus.org/files/resources/creating-an-enabling-environment-for-hrh-program-implementation.pdf

diffusion de messages succincts de plaidoyer, accompagnés de preuves solides, y compris à travers des rencontres bilatérales. Celles-ci servent dans le même temps à d'approfondir l'analyse de faisabilité : comment modifier les interventions pour s'assurer qu'elles sont acceptables pour tour le monde, qu'elles sont faisables et prêtes à être mises en œuvre ?

La faisabilité et l'acceptabilité des interventions techniques ne sont pas toujours un acquis du point de vue économique, politique, social ou opérationnel.

En dépit de la prise de décisions et de la définition d'axes de priorité, certains textes et arrêtés ne sont jamais appliqués. Gunn (1978) a abordé l'incapacité de mettre en œuvre des politiques et décisions et a identifié plusieurs raisons d'échec des politiques :

- la mauvaise exécution : une mauvaise compréhension de la politique et un désaccord autour des objectifs, des problèmes de communication et de coordination, des tâches mal spécifiées et organisées dans le temps ou un manque de temps et de ressources.
- la malchance : les circonstances extérieures à l'agence d'exécution imposent des contraintes.
- la politique à mettre en œuvre était fondée sur des informations insuffisantes, un mauvais raisonnement ou des hypothèses peu réalistes.

Au niveau central il existe souvent l'hypothèse implicite d'une distinction entre l'élaboration d'une politique et les arrêtés d'une part, et la mise en œuvre d'autre part, la dernière étant la responsabilité du niveau opérationnel. Par conséquent, l'échec d'une politique est souvent assimilé à une mauvaise exécution en raison de la malchance (personne n'est responsable) plutôt qu'une absence de politique. En revanche, la probabilité d'un résultat positif (résultat souhaité par les décideurs) est accrue si :

- ✓ les interventions sont fondées sur une bonne analyse de la situation et sur l'effet de l'intervention ;
- ✓ les interventions et les objectifs ou l'impact prévu sont bien décrits d'une façon « SMART » (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et définis dans le temps);
- ✓ au stade de développement d'une politique, il y a une prise en compte des avis des acteurs au niveau de l'exécution, des problèmes potentiels liés à la mise en œuvre, et des ressources requises, et
- ✓ les ressources nécessaires à cette intervention sont disponibles.

Source: Gunn, L. (1978), "Why is implementation so difficult?", Management Services in Government, 33, November, 169-76.

3. Méthodologie : étude de cas et projections

3.1 Projections : disponibilité et accessibilité

Les projections illustrent le rapport entre les besoins et l'offre en ATS, IDE, SF, MG, GYN et PED en Guinée. Les besoins ont été définis par le nombre de prestataires nécessaire pour couvrir les besoins de 85% des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les domaines suivants :

- consultations prénatales (CPN1-4) ;
- soins après l'avortement (SAA) ;
- assistance à l'accouchement (AA) ;
- soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et complets (SONUC) ;
- consultations post-natales (CPoN1-3), et en
- néonatologie/soins aux nouveau-nés présentant des complications (SNNC).

Le nombre des RHSMN requis prend en compte leur temps de travail disponible, la répartition des tâches et de la charge de travail entre les catégories professionnelles, ainsi que la part de leur temps consacrée aux autres prestations (non-SMN) et aux activités indirectes (administration, réunions, gestion, supervision, etc.).

L'offre a été définie en rapport à l'effectif actuel dans le secteur public (fonctionnaires et contractuels), ainsi que l'effectif dans le secteur privé, selon le recensement des RHS de 2009. Le nombre de nouvelles recrues par an a été déterminé sur la base de l'hypothèse selon laquelle la moyenne du recrutement de 2007 (effectué en 2011) et le recrutement prévu pour 2014 sera maintenue et qu'un concours semblable aura lieu tous les 4 ans. Le départ à la retraite a été calculé sur la base des dates de naissance des RHS selon le recensement de 2009. En l'absence de données, la déperdition pour des raisons (in)volontaires a été estimée à 10% par an pour les MG et spécialistes, en raison de la « fuite des cerveaux » massive. Pour les IDE, SF et ATS un taux de déperdition de 2% a été supposé.

Les projections ne prennent pas en compte :

- les services communautaires ;
- le recrutement (supplément annuel) de chirurgiens (CHI), de contractuels, ni de RHSMN dans le secteur privé ; ces catégories sont prises en compte dans les estimations de l'effectif actuel, mais en raison de l'absence de données le supplément annuel de ces catégories n'est pas connu et n'est donc pas pris en compte dans les projections. Ce manque d'informations sur l'offre total en RHSMN dans les années à venir a été corrigé en ciblant 85% des besoins de la population au lieu de 100%. Les 15% restants des besoins sont supposés être pris en compte par les prestataires qui ne sont pas inclus dans la présente offre : les CHI, les RHSMN du secteur privé ou les contractuels.

L'Annexe 1 fournit plus de détails sur les variables, les données et les hypothèses utilisées pour les projections. L'Annexe 2 fournit plus de détails sur les résultats des projections relatives à l'offre et aux besoins en RHSMNI de 2014 jusqu'à 2023 selon le scénario de base.

3.2 Étude de cas : acceptabilité et qualité

L'étude de cas a apprécié la qualité technique et non technique des services SMN dispensés, à savoir les CPN, l'AA et les CPoN.

La qualité globale ou qualité totale se définit comme la somme de la qualité technique et de la qualité non-technique offerte par les agents de santé pendant la prestation de service. La qualité technique désigne l'ensemble du savoir et du savoir-faire du prestataire qui est apprécié à travers la justesse, la compétence et la confidentialité.

La qualité non technique quant à elle, est appréciée à travers la communication que le prestataire engage avec la cliente avant, pendant et après la prestation, de la courtoisie envers la cliente ainsi que la qualité de tenue des outils de gestion.

Les notes attribuées aux différents critères pendant l'observation ont servi de base d'appréciation de la qualité. À cet effet, une note sur échelle de 1 à 3 a été attribuée à chaque critère : justesse, compétence d'exécution et confidentialité.

- Pour la justesse : 1 correspond à « jamais », 2 à « parfois » et 3 à « toujours ».
- Pour la compétence : 1 correspond à « faible », 2 à « moyenne », et 3 à « élevée ».
- Pour la confidentialité : 1 correspond à « manque », 2 à « parfois » et 3 à « totale ».

Le pourcentage de la qualité a été calculé sur la base de la formule score obtenu/score attendu*100. Par la suite, le niveau de qualité technique a été apprécié selon trois degrés :

- le niveau élevé qui correspond à un score de qualité technique supérieure à 95% (excellent) ;
- le niveau moyen pour une qualité technique comprise entre 75 et 95% (satisfaisant), et
- le niveau faible qui est le niveau de qualité technique le plus bas : inférieur à 75 %.[9]

[9] Source: Étude de cas de la situation des personnels compétents dans la pratique de sage-femme en Guinée. Health Focus GMBH, 2013.

4. Scénario A : Aperçu des défis identifiés

4.1 Disponibilité des RHSMN

- **Effectif des RHSMN en baisse.** Comme l'illustre la Figure 3, les grossesses attendues dans les années à venir connaîtront une augmentation. Par conséquence, les besoins en RHSMN augmenteront également (voir la Figure 5). Néanmoins, dans la mesure où la Guinée maintient les efforts actuels en matière de recrutement des RHSMN, l'effectif total en IDE, SF, MG, GYN et PED connaîtra une baisse de 8% entre 2014 et 2017, de 5% entre 2017 et 2020, et de 2% entre 2020 et 2023, comme l'illustre la Figure 6. La Figure 7 présente une baisse de la couverture des besoins par l'offre en RHSMN de 49% en 2014 à 34% en 2023.[10]

- **Insuffisance importante des SF et IDE.**[11] En différenciant le rapport entre l'offre et les besoins par catégorie professionnelle (Figure 8), il apparaît que l'insuffisance des SF est caractérisée par un besoin de 2 263 SF en 2014, contre une offre de 409 SF. C'est-à-dire qu'il existe un écart de 1 854 SF et que la couverture des besoins en SF n'est que de 18%. L'insuffisance des IDE en 2014 est caractérisée par un besoin de 2 674 IDE contre une offre de 1 189, ce qui signifie un écart de 1 485 IDE, soit une couverture de 44%. Selon les conclusions de la revue documentaire et de l'étude de cas, les besoins non-satisfaits sont actuellement couverts par les ATS et les Matrones, qui fournissent « un appui très considérable dans l'accompagnement des femmes au cours de leur grossesse et lors de l'accouchement » ou même assurent les fonctions liées aux accouchements et au suivi de la grossesse. Ainsi que le prévoit le Tableau 1, les insuffisances en SF et IDE augmenteront dans les années à venir.

- **Insuffisance des MG à long terme.** Comme l'illustrent la Figure 6 et le Tableau 1, l'effectif de MG connaîtra une baisse dans les années à venir. À partir de 2017, il y aura une insuffisance des MG par rapport aux besoins de la population. Cette insuffisance sera – de -220 en 2020 et -444 en 2023, ce que signifie une couverture de 80% et de 61% des besoins en MG respectivement.

- **Le goulot d'étranglement relatif à la disponibilité des RHSMN ne réside pas dans la formation, mais dans leur recrutement**, comme l'illustre la Figure 4. Chaque année 671 ATS, 24 IDE, 16 SF et 230 MG sont formés sans être recrutés. En attendant une place dans la fonction publique, ils font « du bénévolat »[12], sont recrutés sur des autres budgets publics, par le secteur privé, par des secteurs non-sanitaires, ou ils sont au chômage. Ces dernières options signifient une perte des investissements de l'État.

- **Effectif d'ATS important**. Comme l'illustre la Figure 8, l'offre en ATS (3939) dépasse de 1,3 fois l'ensemble de l'offre en IDE, SF, MG, GYN et PED (2951). Les ATS sont recrutés par voie de concours parmi les candidats titulaires du Brevet d'études du premier cycle ayant satisfait à l'exigence de trois années de formation professionnelle dans une École de soins de santé communautaires (ESSC). Selon la revue documentaire, cette formation

[10] En guise de comparaison: si on suppose un taux de déperdition de 2% (au lieu de 5 à 7%) toutes catégories professionnelles confondues, la couverture sera de 52% en 2014 et connaîtra une baisse de jusqu'à 48% en 2023.

[11] Ce constat diffère de la conclusion de la planification fondée sur les normes en RHS en Guinée. Selon celles-ci, les effectifs disponibles en ATS, GYN, IDE, MG et PED sont largement supérieurs aux besoins et les déficits existent seulement au niveau des sages-femmes et des matrones.

[12] Selon l'étude de cas « s'agissant du statut d'emploi, 7 prestataires sur les 36 interrogés, soient 19% des prestataires SF, sont des travailleurs non recrutés malgré leur présence permanente dans les structures sanitaires. » Cette situation de fait ne favorise pas l'accessibilité financière aux services, ni l'effectivité de la gratuité des soins SMN et de la césarienne prônées par le Gouvernement guinéen.

laisse à désirer quant à la pratique de sage-femme et les ATS qui occupent des fonctions spécialisées en sage-femme, ont acquis de l'expérience dans la pratique et l'observation (dans la mesure du possible) des anciens. Bien qu'ils aient la possibilité d'être nommés chef de poste de santé ou chef d'unité dans un centre de santé, au plan normatif ils ne sont pas considérés comme des agents qualifiés pour assumer le rôle de responsables principaux des SMN (voir annexe 1). Pour cette raison, les besoins en ATS pour les SMN ont été estimés à 0. Dans un scénario hypothétique où tous les 3 939 ATS auraient les mêmes compétences que les IDE et les SF, l'effectif en ATS suffirait pour compenser les insuffisances en IDE et SF en 2014. Toutefois, après 2014, même tous les ATS ne suffiront pas pour résorber l'écart entre les besoins et l'offre en IDE et SF en Guinée.

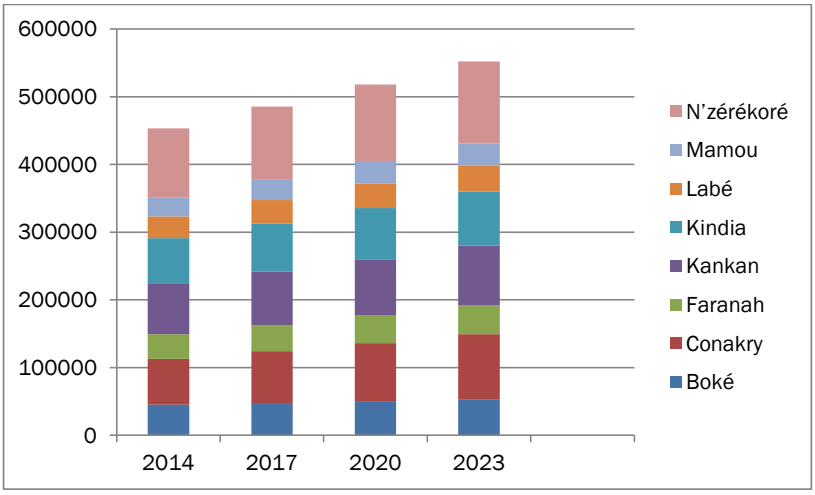
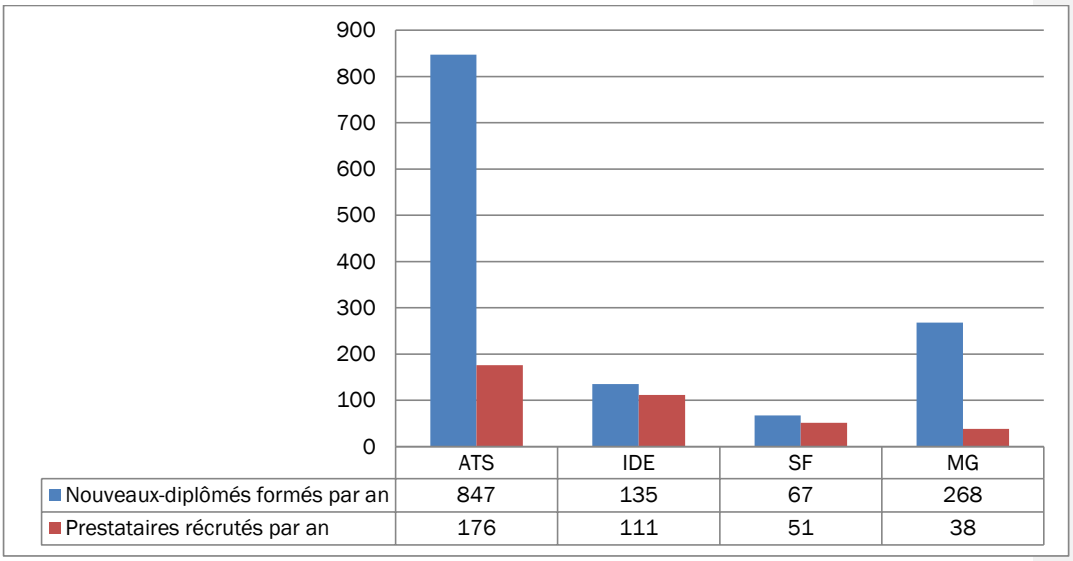


Figure 3 Grossesses attendues en Guinée, par région



	ATS	IDE	SF	MG
Nouveaux-diplômés formés par an	847	135	67	268
Prestataires récrutés par an	176	111	51	38

Figure 4 Rapport entre le nombre moyen de nouveaux-diplômés par an et le nombre moyen de recrues par an.

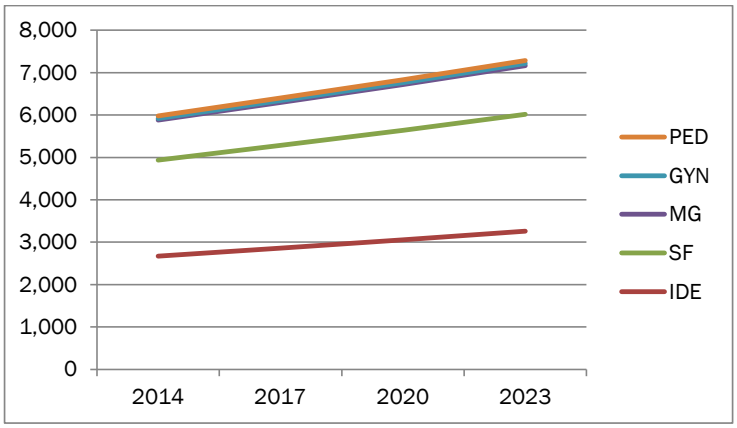


Figure 5 Besoins en RHSMN au niveau national dans les années à venir, par catégories professionnelle (cumul)

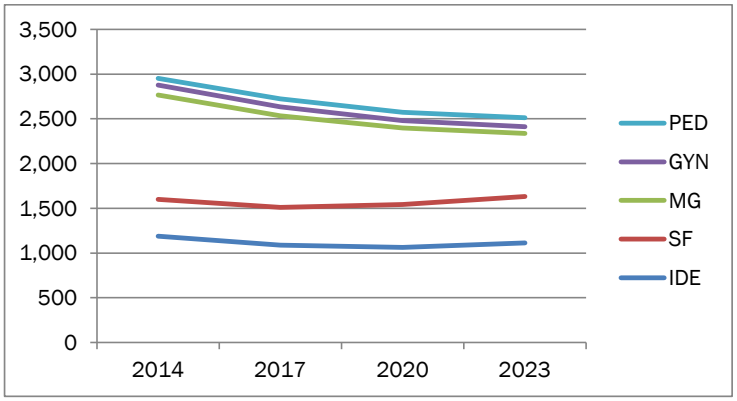


Figure 6 Offre en RHSMN au niveau national dans les années à venir, par catégorie professionnelle (cumul)

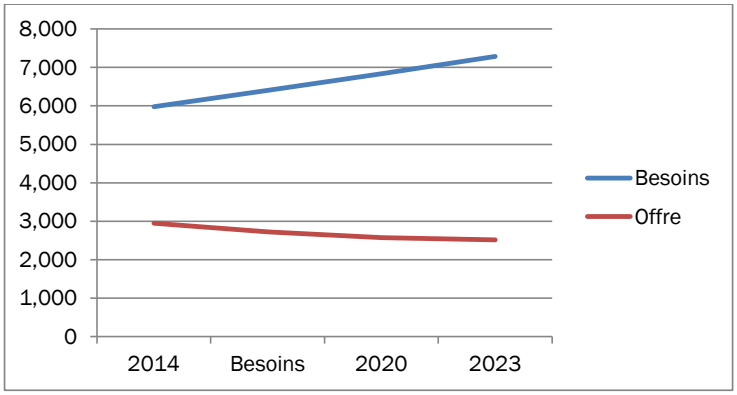


Figure 7 Évolution des besoins et de l'offre en RHSMN (IDE, SF, MG, GYN et PED) en Guinée - scénario A

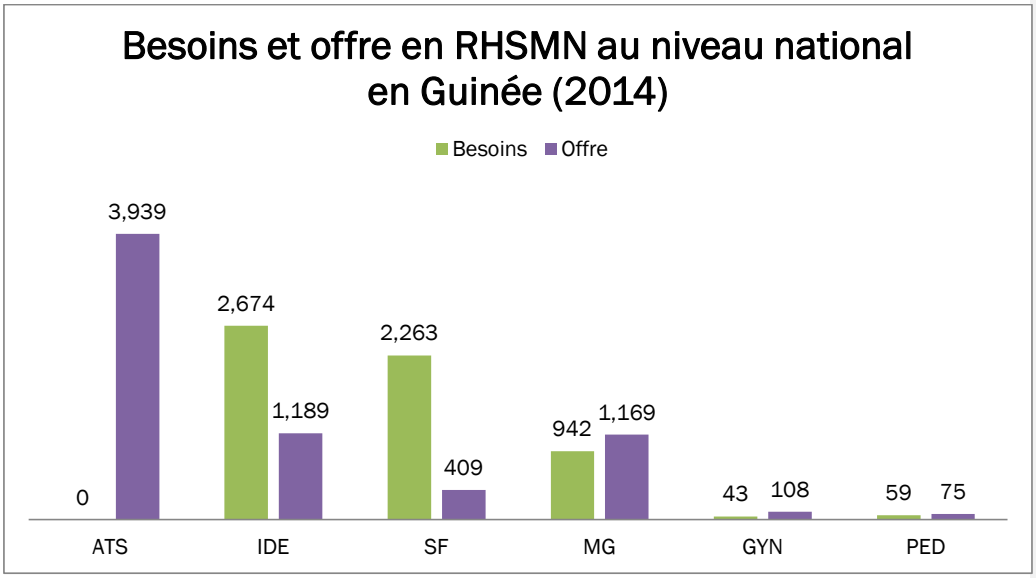


Figure 8 Rapport entre offre et besoins par catégorie professionnelle au niveau national en Guinée (2014)

Tableau 1 Rapport entre besoins et offre en RHSMN dans les années à venir: couverture et écarts au niveau national en Guinée

Couverture *(offre/besoins)*	**2014**	**2017**	**2020**	**2023**
IDE	**44%**	**38%**	**35%**	**34%**
SF	**18%**	**17%**	**18%**	**19%**
MG	124%	101%	**80%**	**61%**
GYN	254%	217%	166%	147%
PED	128%	144%	139%	138%
Ecart *(offre-besoins)*	**2014**	**2017**	**2020**	**2023**
IDE	**-1,485**	**-1,776**	**-1,994**	**-2,143**
SF	**-1,854**	**-2,001**	**-2,108**	**-2,239**
MG	227	15	**-220**	**-444**
GYN	66	54	32	24
PED	17	27	26	28
ATS	3,939	3,513	3,014	2,592

4.2 Accessibilité des RHSMN

La disponibilité des RHSMN au niveau national masque une répartition inégale des RHSMN entre les zones urbaines et les zones rurales. Comme l'illustre la Figure 9, la plupart des grossesses (71% en 2014 et 66% en 2023) se trouvent dans les zones rurales de la Guinée. Cependant, seuls 6 à 7% des RHSMN (IDE, SF, MG, GYN et PED) se trouvent dans ces zones (voir la Figure 10 et le Tableau 2). Les conséquences sont les suivantes :

- **Il existe une répartition inégale des différentes catégories professionnelles entre les zones rurales et les zones urbaines.** Comme l'illustre la Figure 11, en 2014 les caractéristiques du déséquilibre sont :
  - ➔ un excédent de 277 IDE (zone urbaine) contre un déficit de 1 762 IDE (zone rurale) ;
  - ➔ un excédent de 871 MG (zone urbaine) contre un déficit de 644 MG (zone rurale) ;
  - ➔ un excédent de 95 GYN (zone urbaine) contre un déficit de 29 GYN (zone rurale) ;
  - ➔ un excédent de 58 PED (zone urbaine) contre un déficit de 42 PED (zone rurale).

- **Dans les zones rurales en Guinée les besoins non-satisfaits en RHSMNN sont de plus de 90% pour toutes les catégories professionnelles.** Comme l'illustre la Figure 12, toutes les régions sont confrontées des déficits dans leurs zones rurales. Ces déficits sont plus criants à N'Zérékoré et Kankan, suivis de la zone rurale de Kindia. Toutes les catégories professionnelles sans exception (voir annexe 2) sont frappées par ces déficits, avec des pourcentages de couverture par catégorie professionnelle bien résumés dans le Tableau 4.

- **Seul le déficit en SF concerne le pays tout entier.** Toutefois, ces déficits sont plus prononcés dans les zones rurales (-1 569, soit une couverture des besoins en SF de 2%) que dans les zones urbaines (-285, soit une couverture de 57%), comme l'illustrent les Tableaux 3 et 4. Les problèmes de déficit de SF s'intensifieront jusqu'à 2027.

- **Les régions les plus démunies sont N'Zérékoré et Kankan, suivies de Kindia (zone rurale).** Comme l'illustre la Figure 12 et les Tableaux en annexe 2, les déséquilibres entre l'offre et les besoins en RHSMN dans les zones urbaines et rurales au niveau régional sont caractérisés par des déficits de toutes les catégories professionnelles sans exception dans les zones rurales. Dans les zones urbaines l'image est plus disparate :
  - ➔ seul le centre urbain de Conakry présente l'excédent le plus important. Comme l'illustre le Tableau 32 en annexe 2 qui classe ces chiffres par catégorie professionnelle, il y existe des excédents en IDE, MG et GYN, mais un déficit en SF ;
  - ➔ dans les zones urbaines de Mamou et de Kindia il existe des excédents mineurs pour l'ensemble des RHSMN, plutôt que des équilibres. Comme l'illustre le Tableau 35 en annexe 2, à Kindia il s'agit d'excédents en GYN et PED tandis que des déficits en SF et IDE sont observés. À Mamou, il s'agit d'excédents mineurs en IDE et MG, tandis que les SF et les MG sont exposés à un déficit relativement mineur à long terme ;
  - ➔ les zones urbaines de Labé, Faranah et Boké présentent des déficits mineurs plutôt que des équilibres. Comme l'illustrent les Tableaux 31, 33 et 36, à Boké et Faranah, il s'agit de déficits en IDE, SF et de MG (à long terme à Faranah et Labé) ;
  - ➔ les zones urbaines de Kankan et de N'Zérékoré présentent les plus grands déficits (respectivement -79 et -134 agents) et toutes les catégories

professionnelles sont touchées: IDE, SF, MG, GYN et PED (sauf les MG à Kankan à court terme et les GYN à N'Zérékoré).

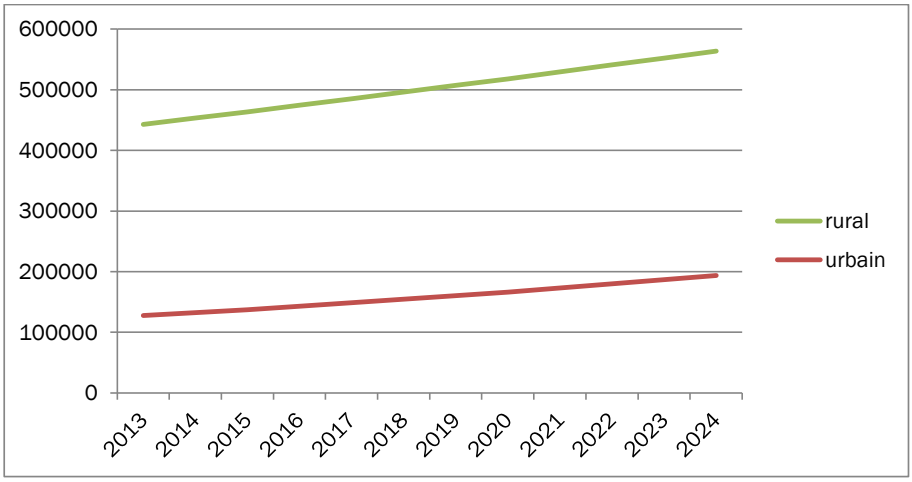


Figure 9 Grossesses attendues en Guinée, par zone de résidence (urbaine/rurale), cumul

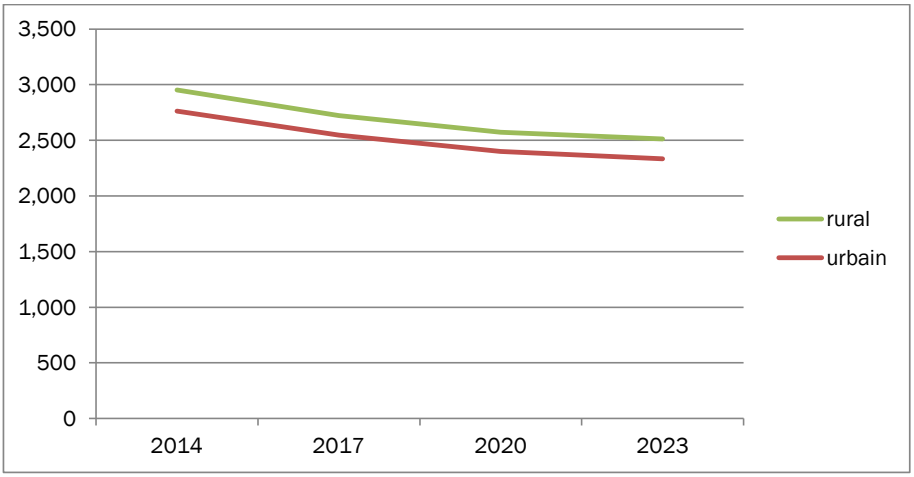


Figure 10 Offre en RHSMN (IDE, SF, MG, GYN et PED) dans les années à venir, par zone de résidence, cumul

Tableau 2 Répartition des catégories professionnelles selon les zones de résidence

Catégorie professionnelle	Zone urbaine	Zone rurale
Matrone	65%	35%
ATS	69%	31%
IDE	89%	11%
SF	92%	8%
MG	98%	2%

GYN	99%	1%
PED	100%	0%

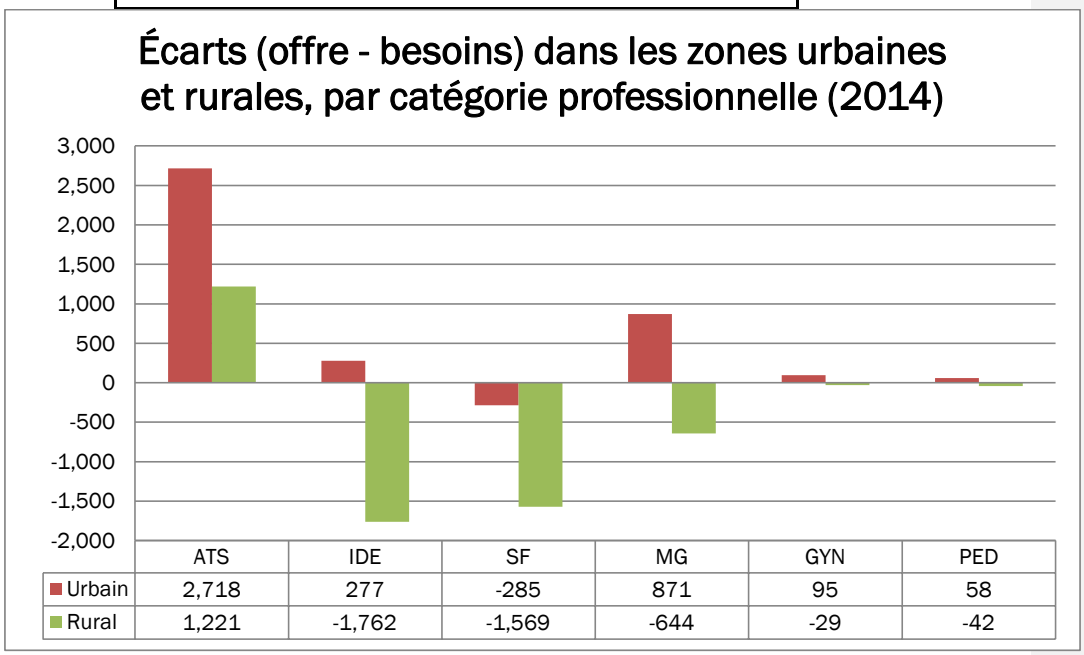


Figure 11 Écarts entre besoins et offre par zone (urbaine/rurale) et par catégorie professionnelle : la valeur 0 signifie un équilibre où l'offre est égale aux besoins ; une valeur positive signifie un excédent tandis qu'une valeur négative signifie un déficit.

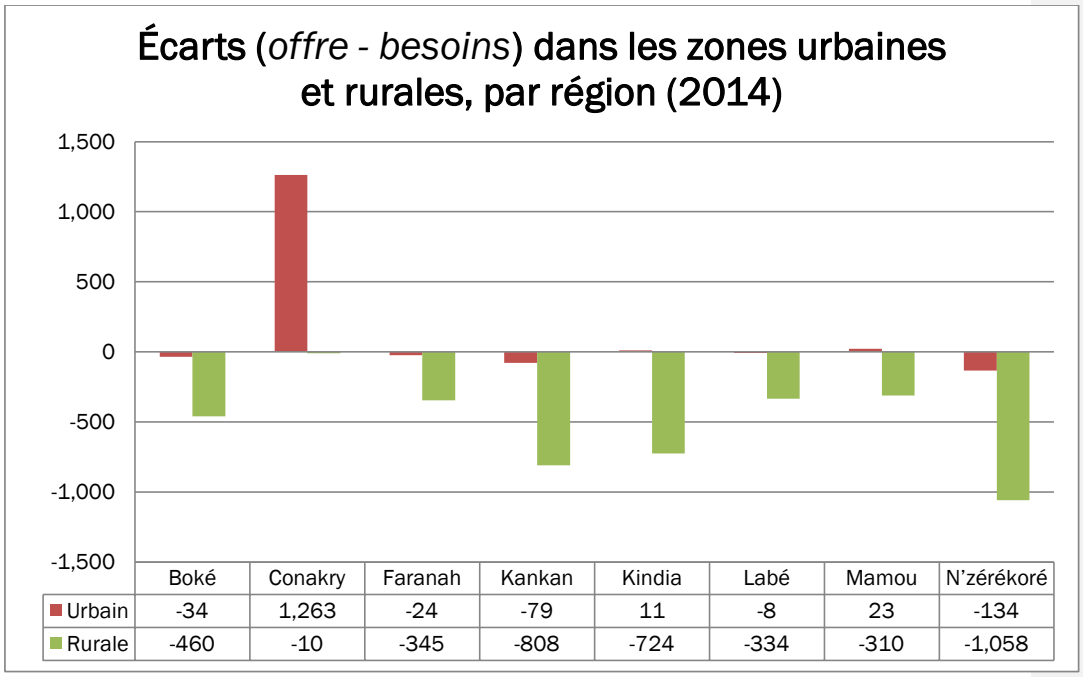


Figure 12 Écart entre besoins et offre en IDE, SF, MG, GYN et PED par zone (urbaine/rurale) et par région : la valeur 0 signifie un équilibre où l'offre est égale aux besoins ; une valeur positive signifie un excédent, tandis qu'une valeur négative signifie une insuffisance.

Tableau 3 Rapport entre besoins et offre en RHSMN dans les années à venir: couverture et écarts dans les zones urbaines en Guinée

Couverture (offre/besoins) dans les zones urbaines	2014	2017	2020	2023
IDE	135%	110%	96%	90%
SF	57%	52%	53%	51%
MG	416%	324%	243%	178%
GYN	862%	702%	512%	431%
PED	439%	469%	432%	410%
Écart (offre-besoins) dans les zones urbaines	**2014**	**2017**	**2020**	**2023**
IDE	277	89	-35	-109
SF	-1,762	-1,866	-1,959	-2,034
MG	871	694	495	302
GYN	95	84	64	58
PED	58	71	72	75

Tableau 4 Rapport entre besoins et offre en RHSMN dans les années à venir: couverture et écarts dans les zones rurales en Guinée

Couverture (offre/besoins) dans les zones rurales	2014	2017	2020	2023
IDE	7%	6%	6%	6%
SF	2%	2%	2%	2%
MG	4%	3%	2%	2%
GYN	4%	3%	2%	2%
PED	0%	0%	0%	0%
Écart (offre-besoins) dans les zones rurales	**2014**	**2017**	**2020**	**2023**
IDE	-1,762	-1,866	-1,959	-2,034
SF	-1,569	-1,646	-1,718	-1,784
MG	-644	-679	-714	-746
GYN	-29	-31	-32	-34
PED	-42	-44	-46	-47

4.3 Acceptabilité et qualité des RHSMN

- **Le personnel est en général bien apprécié par la population en raison de sa disponibilité, de sa compétente et de son accueil.**

- **Les observations de l'étude de cas dans les structures visitées semblent d'indiquer que les prestations de services en CPN ne sont pas de bonne qualité.** Pour la qualité non-technique des CPN, les scores les plus élevés ont été observés chez les IDE (88%), les ATS (86%) et les SF (80%), Comme l'illustre le Tableau 5, les GYN et accoucheuses ont obtenu le score le plus faible (respectivement 69% et 63%) tandis que toutes les catégories professionnelles observées ont un score faible (moins de 75%) pour la qualité technique : 70% pour les GYN, 56% pour les SF, 48% pour les ATS, 40% pour l'accoucheuse et 20% pour les IDE.[13]

- **Les observations de l'étude de cas dans les structures visitées semblent indiquer une très faible qualité d'exécution de l'acte d'accouchement de la part des prestataires.** Le score global pondéré observé varie de 12% (pour les IDE) à 38% (pour les MG). Comme pour les CPN, la qualité non-technique était meilleure par rapport à la qualité technique ; toutefois, le niveau était faible pour toutes les catégories confondues : 67% pour les MG, 28% pour les ATS, 24% pour les SF et 22% pour les IDE (voir le Tableau 6). Quant au niveau de qualité technique, l'ordre des scores obtenus ressemble à celui de la qualité technique de la CPN, mais les scores sont également plus faibles que pour la CPN : 28% pour les MG, 25% pour les SF, 11% pour les ATS et 8% pour les IDE.

- **S'agissant de la CPoN, le constat est une faiblesse de la qualité de ces services dans les structures de santé visitées en post-natal.** Aucun des prestataires observés n'a atteint le niveau satisfaisant (score supérieur ou égal à 75%). Seuls deux MG ont eu un score de 74%. Les sages-femmes ont obtenus un score relativement faible égal à 64% ; les scores les plus faibles ont été observés dans la catégorie des ATS et des IDE, soit 49% et 50% respectivement (voir Tableau 7).

L'étude de cas a identifié quelques facteurs qui pourraient influer sur cette faible compétence du personnel:

- **Une mauvaise qualité de la formation initiale en SMN** des personnels de santé.
  - Le faible score de qualité technique obtenu par les ATS et les IDE pourrait s'expliquer par le fait que lors de leur formation initiale, le volume horaire consacré aux soins de sage-femme s'avère nettement insuffisant, comparativement à la formation initiale des SF. Le score de qualité technique relativement élevé chez les GYN pourrait s'expliquer par la qualité des formations initiale et continue reçues par cette catégorie. Les personnels « non-professionnels » en SMN (ATS, matrones et accoucheuses) qui fournissent les services ne bénéficient pas des formations nécessaires à la pratique desdites activités.
  - Les effectifs accueillis dans les établissements de formation dépassent le nombre de places disponibles. Cette faible capacité d'accueil a été constatée notamment dans le secteur public, y compris sur les sites de stage.
  - La plupart des établissements manquent d'équipements et de matériels pédagogiques et didactiques, d'outils informatiques et de technologies de

[13] Il faut noter qu'il s'agissait d'une étude de cas et que les observations et pourcentages ne sont pas des chiffres généralisables.

l'information et de la communication. Les lieux de stage et les rares laboratoires existant sont exigus ou peu équipés par rapport aux effectifs pléthoriques des apprenants.
- La plupart des établissements manquent d'enseignants qualifiés et en nombre suffisant.

« Dans l'ensemble, toutes les institutions à l'exception des ENSF (Kindia et Nzérékoré), recommandent à leur institution de formation un programme de formation adapté sous la direction du CAMES avec la présence de vidéo projecteur dans les salles de classes, la mise à disposition de support électronique des cours dispensés, l'accès facile aux professeurs sans obstacle, la disponibilité des professeurs, l'organisation des stages pratiques les matins. Cette mesure incitative et fondamentale pourrait contribuer à rehausser la qualité technique de la formation des futurs prestataires. »

- **Des conditions et un environnement de travail inadéquat(e)s**, dû(e)s aux raisons suivantes :
  - une faible rémunération des personnels de santé (malgré les augmentations successives des salaires au cours des cinq dernières années, les traitements demeurent toujours nettement insuffisants par rapport au coût de la vie) ;
  - des travailleurs non recrutés malgré leur présence en permanence dans les structures sanitaires ;
  - certains prestataires interrogés affirment ne percevoir ni salaire, ni primes de motivation depuis plusieurs années ; les gardes et permanences ne sont pas rémunérées et s'effectuent dans des conditions de travail obscures (sans sources d'éclairage adéquates) ;
  - des équipements et matériels SMN insuffisants et vétustes : la plupart de ceux qui sont fonctionnels et de qualité sont la propriété personnelle de leurs utilisateurs (manque de tabliers et de gants avec manchettes dans la quasi-totalité des structures visitées ; la ventouse et le forceps ne sont également pas disponibles dans la quasi-totalité des salles d'accouchement. Par contre, les appareils à aspiration de mucosités pour nouveaux nés sont disponibles presque partout ; les médicaments d'urgences sont disponibles en salle d'accouchement et le contrôle est fait quotidiennement par la sage-femme maîtresse) ;
  - une absence de gestion prévisionnelle des RHS : *« De surcroît, il est constaté que les structures de santé ne disposent pas de description de poste qui renseigne suffisamment sur leur configuration des postes. Enfin, il existe un cadre organique qui ne décrit ni les compétences qui sont nécessaires à la réalisation des activités, ni les résultats attendus de ces activités. Par conséquent, ce document est peu diffusé et il n'est pas utilisé pour le recrutement des agents, leur évaluation ou leur formation. » ;*
  - l'insuffisance de programme de formation continue au MSHP (les formations réalisées à l'heure actuelle qui dépendent fortement des opportunités de financement offertes par les partenaires techniques et financiers ne sont ni coordonnées, ni suivies ou évaluées) : *« en pratique, de nombreuses formations semblent être données dans le cadre de divers projets et programmes nationaux sans qu'on ne puisse clairement les rattacher à des objectifs institutionnels ou en évaluer l'impact, faute de dispositif de suivi-évaluation. En outre, il existe, dans le domaine de la formation continue, une multitude d'acteurs et d'interventions dont la faible coordination favorise les duplications. De même, les mouvements de personnels, sans transfert de leurs dossiers individuels standardisés, participent de ces duplications. » ;*

- une insatisfaction quant aux possibilités d'avancement (26 des 30 prestataires interrogés sont des fonctionnaires parmi lesquels 1 seul était plutôt satisfait des possibilités d'avancement alors que 19 n'étaient pas satisfaits, dont 7 d'ailleurs très insatisfaits) ;
- une charge de travail jugée énorme par les GYN, les MG et les matrones.

Tableau 5 Qualité technique et non-technique de la CPN

Formation sanitaire	Profil du prestataire	Réalisation	Score qualité technique			Score qualité technique	Score qualité non technique
			Justesse	Compétence d'exécution	Confidentialité		
HN ID	GYN	100%	100%	100%	100%		75%
	GYN	72%	70%	70%	24%		63%
	GYN	80%	73%	73%	73%		
	GYN	60%	67%	50%	50%		
	GYN	80%	73%	73%	47%		
	Moyen GYN	**90%**	**70%**	**77%**	**61%**	**77% / 70**	**69%**
CSU Dubreka	SF	80%	57%	30%	33%		
	SF	62%	60 %	57%	19%		
	SF	89%	88%	84%	88%		86%
	SF	89%	89%	89%	89%		86%
CSU Mad	SF	61%	50%	30%	26%		63%
	SF	56%	40%	43%	30%		
	Moyen SF	**85%**	**87%**	**64%**	**61%**	**65% / 56**	**80%**
CSR Madina oula	**Accoucheuse**	**59%**	**39%**	**38%**	**43%**	40%	**63%**
CSA Kondeya	**IDE**	**46%**	**26%**	**24%**	**37%**	**29%**	**88%**
	ATS	27%	25%	25%	17 %		
CSR Nongoa	ATS	73%	75%	73%	73%		
	Moyen ATS	**50%**	**49%**	**37%**	**45%**	**48%**	**86%**

Tableau 6 Qualité technique et non-technique de l'accouchement

Catégorie professionnelle	Score global qualité technique	Score qualité non technique	Score global pondéré Qualité
MG	***28%***	***67%***	***38%***
SF	19%	22%	20%
SF	26%	23%	25%
SF	43%	33%	41%
SF	10%	22%	13%
SF	41%	11%	34%
SF	13%	34%	18%
Moyen SF	***25%***	***24%***	***25%***
IDE	***8%***	***22%***	***12%***
ATS	6%	33%	13%
ATS	11%	22%	14%
Moyen ATS	***9%***	***28%***	***14%***

Tableau 7 Qualité technique de la CPoN

Type de FS	Profil du prestataire	Préparation de la CPoN	Examen de la cliente et de son bébé	Traitement et conseil	Score qualité technique
HR Kindia	SF	67%	55%	33%	72%
HR N'Zérékoré	SF	88%	56%	56%	55%
Moyen SF		**78%**	**56%**	**45%**	**64%**
CMC Kondéya	MG	67%	56%	24%	83%
HP Dubréka	MG	86%	44%	50%	64%
	MG	67%	92%	33%	76%
Moyen MG		**73%**	**64%**	**36%**	**74%**
HP Dubréka	**ATS**	**67%**	**92%**	**25%**	**49%**
CSR MadinaOula	IDE	67%	69%	76%	56%
	IDE	26%	56%	55%	43%
Moyen IDE		**47%**	**63%**	**66%**	**50%**

5. Interventions identifiées et analyse de leur faisabilité

À la lumière de l'aperçu des défis précèdent, dix interventions ont été identifiées à l'issue d'échanges techniques entre les parties prenantes lors d'un atelier d'élaboration des stratégies. Le Tableau 8 ci-dessous dresse la liste de ces interventions ainsi que les défis (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité) qu'elles visent à aborder.

Tableau 8 Interventions identifiées et les défis qu'elles ciblent

No.	Intervention	Disponibilité des RHS	Accessibilité des RHS	Acceptabilité des RHS	Qualité des RHS
1	Réorganisation du concours pour le transformer en un concours annuel à partir de 2015 et recruter 111 IDE et 51 SF par an. Déploiement des recrues de 2015-2017 à KK et N'Z (30 SF par an à NZE rurale ; 21 SF par an à KK rurale ; 65 IDE par an à NZE rurale ; 46 à KK rurale)	Recrutement supplémentaire en 2015 et 2016 quant au rythme dans le statut quo.	Déploiement dans les zones le plus défavorisées.		
2	Erection des ESSC N'Z et KANKAN en ENS pour former des SF et des IDE et reconvertir l'effectif ATS en SF et IDE dans ces anciennes ESSC de KK et N'Z (30 ATS en SF par an à KK rurale ; 30 ATS en SF par an à NZE rurale ; 25 ATS en IDE par an à KK rurale ; et 25 ATS en IDE par an à NZE rurale entre 2015 et 2017)				Anciens ATS ou nouveaux IDE et SF plus compétents en SMN
3	Formation de 11 MG et 75 Chefs de centre de santé de KK et de N'Z en compétences néonatologiques (3 MG par an dont 2 à NZE et 1 à KK ; 18 CdP par an dont 10 à NZE et 8 à KK)				MG et CdP plus compétents en SMN
4	Intégration dans le statut des fonctionnaires des collectivités la possibilité de rotation du personnel dans sa région ou entre les régions de recrutement seulement après au moins 3 ans de service en milieu rural		Incitation au déploiement dans les zones rurales.		
5	Décentralisation du paiement des personnels de santé et sécurisation du paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines		Mécanisme pour assurer la présence des RHSMN à leur poste	Mécanisme pour assurer la présence des RHSMN à leur poste	
6	Garantie d'un logement de fonction aux personnels dans les zones rurales et un appui à la scolarisation de leurs enfants		Incitation au déploiement et à la fixation dans les zones rurales.		
7	Formation continue de 174 SF et 152 IDE impliqués dans les SONUC et SONUB dans les régions de KK et N'Zérékoré (174 SF par an dont 104 à NZE et 70 à KK ; et 152 IDE par an dont 91 à NZE et 61 à KK)				IDE et SF plus compétents en SMN
8	Fourniture de matériels/équipements (SONUB/SONUC) à 11 hôpitaux et 152 CS a KK et N'Z				RHSMN peuvent exercer les SMN selon leurs compétences
9	Supervision formative régulière			Incitation à la performance	Incitation à la performance
10	Mise en place du système de motivation des SF/IDE par rapport l'assiduité et au feedback et la satisfaction de la communauté.			Incitation à la performance	

5.1 Scénario B1 : Amélioration de la disponibilité

Comme décrit au paragraphe 4.1, les défis liés à la disponibilité découlent (1) de la diminution de l'effectif des RHSMN, (2) du déficit important de SF et d'IDE et (3) de l'insuffisance de MG à long terme. Dans le même temps, l'effectif d'ATS est important. Au plan normatif ils ne sont pas considérés comme des agents qualifiés pour occuper le poste de responsable principal des SMN ; toutefois, cet effectif pourrait offrir une occasion de satisfaire les besoins en IDE et SF. Afin de relever ces défis, l'intervention suivante a été identifiée :

- ***Réorganiser le concours pour le faire passer à un concours annuel à compter de 2015 et recruter 111 IDE par an et 51 SF par an.***

Faisabilité économique

Impact

Dans le scénario de base, il a été supposé que 111 IDE et 51 SF seront recrutés en moyenne par an, sur la base des recrutements des années précédentes (voir annexe 1). En l'état actuel des choses, le recrutement est irrégulier. L'intervention proposée consiste à poursuivre le recrutement de 111 IDE et 51 SF en moyenne par an, mais à travers un concours annuel pour faire face aux besoins d'une manière plus rapide et plus régulière. En commençant en 2015, cela implique non seulement un recrutement plus régulier, mais aussi un recrutement supplémentaire de trois fois 51 SF (soit 153 SF) et trois fois 111 IDE (soit 333 IDE) par rapport au scénario de base, étant entendu que ce scénario fixe la date du prochain concours à 2018. Dans le nouveau scénario B – avec le recrutement supplémentaire de 51 SF et 111 IDE par an en 2015, 2016 et 2017 – l'offre en RHSMN (IDE, SF, MG, GYN et PED) sera de 2 869 (au lieu de 2 511 dans le scénario de base) en 2023, comme l'illustre la Figure 14. Cela signifie une amélioration de la disponibilité des RHSMN avec 5% par rapport au scénario A, comme l'illustre le Tableau 9.

Il convient cependant de prendre garde aux effets pervers. D'une part, parce que sans mesures d'accompagnement, l'augmentation sera largement en faveur des zones urbaines, ce qui accentue le déséquilibre entre les zones urbaines et rurales en matière de couverture des besoins en RHSMN. D'autre part, parce que l'étude de cas a révélé un niveau technique très faible des IDE en SMN, ce qui pose donc la question de savoir si une amélioration de la disponibilité des IDE va se solder par une amélioration de la santé maternelle et néonatale.

Coûts

La revue documentaire fait ressortir qu'une « étude réalisée en 2009 sur le recensement du personnel établissait le salaire moyen d'une sage-femme à 495 500 FG avec des indemnités de logement et de transport qui s'élevaient respectivement à 58 500 FG et 161 000 FG. Depuis cette date, les salaires ont connu une augmentation significative de l'ordre de 40% sur le salaire indiciaire. Le salaire se situe dans la même fourchette pour les autres catégories (ATS, infirmiers, médecins généralistes, pédiatres) ». Sur la base de ces informations, on peut supposer que les coûts supplémentaires annuels s'élèvent à environ 913 200 FG par SF ou IDE par mois, soit 10 958 400 FG par an. Pour un recrutement de 153 SF et 333 IDE supplémentaires entre 2015 et 2018, les coûts supplémentaires s'élèveront environ 1 775 260 800 FG en 2015, 3 550 521 600 FG en 2016 et 5 325 782 400 FG en 2017 et pour les années suivantes. En 2011, le budget alloué aux traitements et salaires des RHS en Guinée était de 74,772 milliards FG. Cette intervention signifie donc une augmentation de 7% dans la chaîne des dépenses du ministère de

l'Économie et des Finances (MEF) pour les traitements et salaires du MSHP. Ensuite, il y a des coûts liés à l'organisation annuelle d'un concours (au lieu d'un concours tous les 4 ans par exemple).

Durabilité

Avec la mise en œuvre de l'intervention, l'effectif des IDE et SF (catégories professionnelles pour lesquelles le déficit est le plus criant en Guinée) connaîtra une augmentation au cours des années à venir. Et dans ce scénario B, l'effectif total en RHSMN se stabilisera, même si la tendance à la baisse demeure. En outre, le recrutement supplémentaire ne concernera que la période 2015-2017 et après cela, le recrutement « standard » de 51 SF et 111 IDE par an sera restauré. L'impact positif ira donc en diminuant (jusqu'à l'après 2023 où le scénario B égalera le scénario A, du fait de la déperdition des RHS). Enfin, le déficit de MG qui se posera à long terme n'est pas résolu. Pour ces raisons-là, il s'avère adéquat de développer des interventions supplémentaires à moyen terme afin d'assurer au moins l'augmentation de l'effectif total en IDE, SF, MG, PED et GYN, à travers les actions suivantes :

(1) maintenir un recrutement de plus de 51 SF et 111 IDE par an après 2017 ;
(2) prendre des mesures pour palier au déficit de MG qui va survenir en 2017.

Dans la mesure du possible et à long terme, il faudrait naturellement cibler une couverture de 100% pour toutes les catégories professionnelles au niveau national. Selon le MSHP, la durabilité politique de la stratégie peut aller au-delà de 2017. Si la mise en œuvre de cette stratégie s'avère concluante, une stratégie de maintien de ce personnel sera mise en place ; par ailleurs, cela permettra de donner une impulsion à la poursuite de ces recrutements en répliquant l'initiative dans les autres régions.

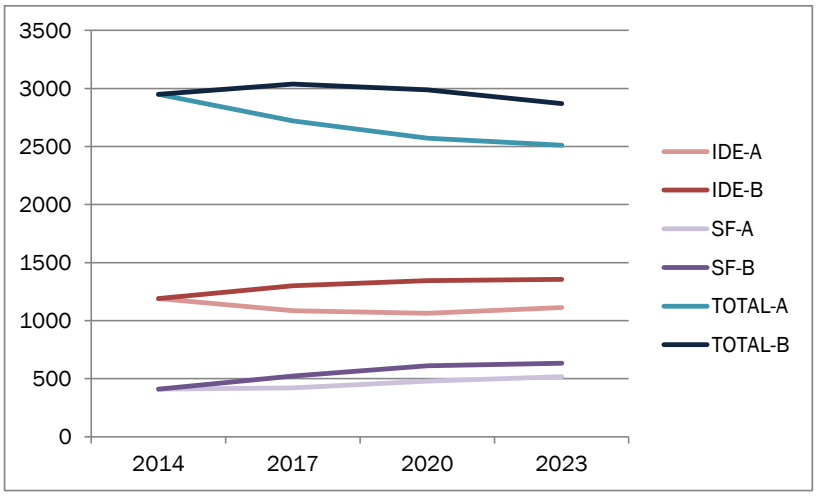


Figure 13 Impact du scénario B : différence de l'offre entre les scénarios A et B

Tableau 9 Impact du scénario B : différence de l'offre, des besoins, le gap et la couverture avec le scénario A

Scénario	A	B	A	B	A	B	A	B
COUVERTURE Niveau national	**2014**		**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	44%	44%	38%	**45%**	35%	**44%**	34%	**42%**
SF	18%	18%	17%	**22%**	18%	**24%**	19%	**23%**
TOTAL	49%	49%	43%	**47%**	38%	**44%**	34%	**39%**
COUVERTURE Zones urbaines	**2014**		**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	135%	135%	110%	**132%**	96%	**122%**	90%	**110%**
SF	57%	57%	52%	**65%**	53%	**68%**	51%	**62%**
TOTAL	158%	158%	130%	**144%**	109%	**126%**	95%	**108%**
COUVERTURE Zones rurales	**2014**		**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	7%	7%	6%	**7%**	6%	**7%**	6%	**7%**
SF	2%	2%	2%	2%	2%	**3%**	2%	**3%**
TOTAL	4%	4%	4%	**5%**	4%	**5%**	4%	**4%**

Faisabilité politique

L'augmentation de 7% de la chaîne des dépenses du MEF pour les traitements et salaires du MSHP doit être examinée et adoptée en juin 2014 avec le MEF (ministère délégué au budget) et le ministère du Travail et de Fonction publique (MTFP). Pour ce faire, une proposition du DRH adressée au Cabinet du MSHP est nécessaire. Après avoir marqué son approbation, le MSHP adresse une correspondance au ministère du Travail et de la Fonction publique (MTPF) dans laquelle des précisions sont apportées sur les coûts (rémunération supplémentaire) impliqués. Dès que le MTFP analyse ces coûts et leurs effets et donne son accord, il transmet la requête au MEF à des fins d'analyse financière avant sa transmission au ministère délégué au Budget (MDB) qui ordonne le déblocage les fonds sollicités. Étant donné que les négociations budgétaires pour l'année 2015 commencent en juin, le Comité intersectoriel « élargi » des RHS et les administrateurs des ministères concernés déjà informés et sensibilisés sauront à leur tour sensibiliser leurs ministres avant les négociations proprement dites. Cette stratégie ne nécessite aucune modification de la législation ou de la réglementation relatives à la gestion des ressources humaines et s'inscrit en droite ligne du PSDRHS.

Faisabilité sociale

En Guinée, le secteur de la santé et celui de l'éducation sont favorisés par rapport aux autres secteurs notamment en ce qui concerne la fréquence des concours et le nombre de recrues ; il s'agit là d'une pratique déjà en cours. La mise en œuvre de cette stratégie pourrait susciter le mécontentement dans les zones non encore desservies par celle-ci. La perception de l'intervention au sein de la population, des prestataires et des gestionnaires n'est pas connue à l'heure actuelle. Cette perception ne sera mesurée qu'à travers des études d'évaluation qui seront réalisées avant, pendant et après la mise en œuvre de la stratégie.

Faisabilité opérationnelle

Le nombre moyen de nouveaux-diplômés par an est d'environ 135 pour les IDE et 67 pour les SF. À travers le recrutement de 111 IDE et de 51 SF par an en 2015, 2016 et 2017 et par la suite, l'effectif sera donc disponible sous la forme de nouveaux-diplômés. L'étude de cas a également indiqué la présence de RHS non-recrutées qui interviennent déjà dans les formations sanitaires. La prise en compte d'une manière ou d'une autre de ces prestataires dans la mise en œuvre du recrutement supplémentaire pourrait s'avérer judicieuse en vue de désamorcer un éventuel mécontentement en leur sein, mais également afin de tirer parti de leurs expériences à ces postes. Il convient d'identifier et de définir la priorité des postes à pourvoir dans les structures sanitaires publiques et les qualifications requises pour chaque poste. Cette requête est transmise au MTFP qui a en charge l'organisation du concours et la publication des résultats ; la liste des agents retenus est ensuite communiquée au MSHP qui procède aux affectations tandis que le MEF et le MDB prennent en charge les coûts financiers correspondants dans le budget national.

La décentralisation des postes et le paiement des salaires au rendement sur le lieu de travail et/ou un paquet incitatif (par exemple des primes d'éloignement, de promotion, des bourses de formation, la formation continue et un plan de carrière, etc.) seront nécessaires pour fixer les prestataires dans les zones et aux postes prévus pendant une période de 2 à 3 ans. Aussi, la formation continue et le plan de carrière doivent-ils être constants et réguliers.

Questions résiduelles pour l'analyse de faisabilité et implications pour le plan de plaidoyer

- Le Comité intersectoriel « élargi », le Cabinet du MSHP, le MTFP, le MEF et le MDB sont-ils d'accord avec cette intervention et serait-il par conséquent faisable d'inclure l'augmentation de 7% dans la chaîne de dépenses du MEF pour les traitements et salaires du MSHP ? À discuter avec le Comité intersectoriel « élargi », le Cabinet du MSHP, le MTFP, le MEF et le MDB.
- Comment prendre en compte les prestataires non-recrutés qui interviennent déjà dans les formations sanitaires dans cette intervention? Pourraient-ils se voir accorder la priorité dans le recrutement, par exemple à travers un recrutement décentralisé, indépendamment du concours national ? À discuter avec les prestataires, les gestionnaires, les directions régionales et le MTFP.
- Pour la qualité des services, serait-il mieux de recruter plus de SF en lieu et place des IDE ? Comment assurer la qualité des services fournis par les SF et les IDE ?
- Comment s'assurer que les prestataires restent dans les zones et aux postes prévus pendant une période de 2 à 3 ans ? À discuter avec les prestataires, les gestionnaires, les directions régionales et le MTFP.
- À combien se chiffrent les coûts liés à l'organisation d'un concours annuel et qui doit allouer et budgétiser ces coûts ? Les ressources financières et les ressources requises pour la logistique (ressources humaines, temps, etc.) seront-elles disponibles ? À discuter avec le MTFP.
- Comment la population, les prestataires, les gestionnaires et les directions régionales perçoivent-ils l'intervention ? À discuter avec la population, les prestataires, les gestionnaires et les directions régionales.

- Comment identifier et définir la priorité concernant les postes à pourvoir au sein des structures sanitaires publiques et quelles sont les qualifications requises pour chaque poste ? À discuter avec les directions régionales et le MTFP.
- Que faire pour assurer qu'à moyen terme le recrutement de plus de 51 SF et 111 IDE par an soit maintenu et que la question du déficit de MG qui se posera en 2017 soit traitée? À discuter avec le Comité intersectoriel « élargi ».
- Que faire pour s'assurer qu'à long terme une couverture de 100% soit ciblée pour toutes les catégories professionnelles au niveau national ? À discuter avec le Comité intersectoriel « élargi ».

5.2 Scénario B2 : Amélioration de l'accessibilité

Comme l'illustre le paragraphe 4.2, les défis liés à l'accessibilité sont dus au fait (1) qu'il existe une répartition inégale entre les zones rurales et les zones urbaines caractérisée par des excédents dans les zones urbaines et des déficits dans les zones rurales ; (2) le déficit de SF, qui concerne l'ensemble du pays, est néanmoins le plus prononcé dans les zones rurales ; (3) les besoins non-satisfaits en RHSMNN dans les zones rurales de Guinée sont de l'ordre de plus de 90% pour toutes les catégories professionnelles, et (4) les régions les plus démunies sont N'Zérékoré et Kankan, suivies de Kindia (zone rurale). Afin de relever ces défis, l'intervention suivante a été identifiée :

- ***Intégrer dans le statut des fonctionnaires des collectivités la possibilité de rotation du personnel dans la (entre les) région(s) de recrutement seulement après au moins 3 ans de service en milieu rural.***
- ***Décentraliser le paiement des personnels de santé et garantir le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines.***
- ***Assurer aux personnels dans les zones rurales un logement de fonction et un appui à la scolarisation de leurs enfants.***

Faisabilité économique

Impact

Les interventions ont pour but d'assurer le déploiement des recrues de 2015 à 2017[14] dans les zones rurales de Kankan et de N'Zérékoré pendant au moins 3 ans:

- 30 SF par an (environ 60%) à N'Zérékoré rurale ;
- 21 SF par an (environ 40%) à Kankan rurale ;
- 65 IDE par an (environ 60%) à N'Zérékoré rurale, et
- 46 IDE par an (environ 40%) à Kankan rurale.

Le Tableau 10 présente l'impact potentiel de ce scénario B2 en termes de couverture des besoins en RHSMN, en supposant que les interventions entrainent de manière effective l'attrait et la fixation des 153 SF et 333 IDE à Kankan et N'Zérékoré. Le Tableau compare les trois scénarios :

- Scénario A : statu quo dans lequel on maintient les efforts actuels (voir chapitre 4).
- Scénario B1 : recrutement de 333 IDE et 153 SF supplémentaires en 2015-2017 et leur déploiement selon la répartition actuelle (voir le paragraphe 5.1).
- Scénario B2 : recrutement de 333 IDE et 153 SF supplémentaires en 2015-2017 et leur déploiement dans les zones rurales de N'Zérékoré et de Kankan, à travers les trois interventions mentionnées ci-dessus, qui entrainent de manière effective l'attrait et la fixation des 153 SF et 333 IDE à Kankan et N'Zérékoré pendant au moins 3 ans.

Le Tableau montre que la couverture au niveau national dans le scénario B2 est égale à celle du scénario B1, parce qu'il s'agit du même recrutement d'un effectif supplémentaire. La différence entre le scénario B1 et le scénario B2 réside dans la répartition cet effectif : dans le dernier, des mesures d'accompagnement permettent de s'assurer que l'effectif supplémentaire sera déployé en milieu rural.

[14] Voir le paragraphe 5.1 sur l'intervention visant à augmenter les recrutements en 2015, 2016 et 2017.

Comme l'illustrent les chiffres verts, l'impact positif du scénario B1 se trouve au niveau national et notamment dans les zones urbaines (augmentation de la couverture d'IDE de 22 à 26% et de SF de 11 à 15%). Dans les zones rurales où les déficits sont plus criants la couverture des besoins en IDE et SF s'améliore de 0 à 1% seulement. En revanche, l'impact positif du scénario B2 se trouve dans les zones rurales et se caractérise par une augmentation de la couverture d'IDE de 11 à 13% et de SF de 6 à 8% dans les zones rurales au niveau national.

Tableau 10 Impact du scénario B2 au niveau national: la différence entre la couverture dans les scénarios A, B1 et B2

Scénario	A	B1	B2	A	B1	B2	A	B1	B2
COUVERTURE Niveau national		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	38%	**45%**	**45%**	35%	**44%**	**44%**	34%	**42%**	**42%**
SF	17%	**22%**	**22%**	18%	**24%**	**24%**	19%	**23%**	**23%**
TOTAL	43%	**47%**	**47%**	38%	**44%**	**44%**	34%	**39%**	**39%**
COUVERTURE Zones urbaines		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	110%	**132%**	110%	96%	**122%**	96%	90%	**110%**	90%
SF	52%	**65%**	52%	53%	**68%**	53%	51%	**62%**	51%
TOTAL	130%	**144%**	130%	109%	**126%**	109%	95%	**108%**	95%
COUVERTURE Zones rurales		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	6%	**7%**	**17%**	6%	**7%**	**19%**	6%	**7%**	**17%**
SF	2%	2%	**8%**	2%	**3%**	**10%**	2%	**3%**	**8%**
TOTAL	4%	**5%**	**11%**	4%	**5%**	**13%**	4%	4%	**11%**

Les Tableaux 11 et 12 représentent l'impact sur les régions de Kankan et de N'Zérékoré. Comme l'illustrent les chiffres verts, l'impact positif du scénario B1 sur les deux régions sera caractérisé par une augmentation de la couverture des RHSMN de 0 à 3%, et notamment dans les zones urbaines (augmentation des besoins en IDE de 7 à 12% et en SF de 2 à 8%). Dans les zones rurales où les déficits sont plus criants, la couverture des besoins en IDE et SF s'améliore de 0 à 1% seulement. En revanche, l'impact positif du scénario B2 se trouve dans les zones les plus démunies et se caractérise par une augmentation de la couverture des RHSMN à N'Zérékoré et Kankan de 11 à 15% en ciblant les zones rurales. Là, le scénario B2 implique un changement de la couverture des besoins en IDE et SF comme suit :

- Kankan : augmentation de 23 à 28% des IDE dans les zones rurales ;
- Kankan : augmentation de 13 à 16% des SF dans les zones rurales ;
- N'Zérékoré : augmentation de 25 à 32% des IDE dans les zones rurales ;
- N'Zérékoré : augmentation de 14 à 18% des SF dans les zones rurales.

Tableau 11 Impact du scénario B2 à Kankan: différence de couverture entre les scénarios A, B1 et B2

Scénario	A	B1	B2	A	B1	B2	A	B1	B2
COUVERTURE Kankan		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	9%	**11%**	**28%**	9%	**11%**	**32%**	9%	**11%**	**27%**
SF	2%	**3%**	**12%**	2%	**3%**	**15%**	2%	**3%**	**13%**
TOTAL	9%	9%	**20%**	8%	8%	**22%**	7%	**8%**	**19%**
COUVERTURE Kankan urbain		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	40%	**47%**	40%	35%	**44%**	35%	32%	**39%**	32%
SF	10%	**13%**	10%	11%	**14%**	11%	10%	**12%**	10%
TOTAL	39%	**44%**	39%	33%	**38%**	33%	28%	**32%**	28%
COUVERTURE Kankan rural		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	3%	**4%**	**26%**	3%	**4%**	**31%**	3%	**4%**	**26%**
SF	0%	**1%**	**13%**	1%	1%	**16%**	1%	1%	**13%**
TOTAL	2%	2%	**16%**	2%	2%	**20%**	2%	2%	**17%**

Tableau 12 Impact du scénario B2 à N'Zérékoré: différence de couverture entre les scénarios A, B1 et B2

Scénario	A	B1	B2	A	B1	B2	A	B1	B2
COUVERTURE N'Zérékoré		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	14%	**16%**	**34%**	13%	**16%**	**38%**	13%	**15%**	**33%**
SF	5%	**7%**	**17%**	6%	**7%**	**20%**	6%	**7%**	**17%**
TOTAL	10%	**12%**	**23%**	9%	**11%**	**26%**	9%	**11%**	**22%**
COUVERTURE N'Zérékoré urbain		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	51%	**61%**	51%	44%	**56%**	44%	42%	**51%**	42%
SF	24%	**30%**	24%	24%	**31%**	24%	23%	**29%**	23%
TOTAL	39%	**46%**	39%	34%	**42%**	34%	31%	**37%**	31%
COUVERTURE N'Zérékoré rural		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	5%	5%	**30%**	4%	**5%**	**36%**	4%	**5%**	**31%**
SF	1%	1%	**15%**	1%	1%	**19%**	1%	1%	**16%**
TOTAL	3%	3%	**19%**	3%	3%	**23%**	2%	**3%**	**20%**

Coûts

La mise en œuvre d'une possibilité de rotation nécessite l'affectation de ressources financières de gestion et d'administration, y compris des contrôles de conformité avec la règlementation et de sanction en cas de non-respect. D'un autre côté, elle permet de réduire les distances à parcourir et les coûts liés au paiement des réquisitions de transport. Ces coûts seront pris en charge dans le budget local des collectivités.

La décentralisation du paiement des RHS implique un coût financier supplémentaire pour un transfert de compétences et de ressources (logiciels, système d'administration et de gestion, gestionnaires etc.) requis pour la décentralisation du paiement des personnels de santé et la sécurisation du paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines. Ainsi, il y aura des coûts de suivi-évaluation de l'impact pour vérifier que l'intervention a l'impact prévu. D'un autre côté, l'impact financier de cette stratégie pourrait être la réduction des dépenses liées aux frais de déplacement des agents vers la capitale à la recherche de recrutement et les coûts illicites de recrutement (corruption par exemple). Ces ressources doivent être disponibles soit dans le budget national, soit dans le budget local de développement.

Durabilité

En supposant que les interventions entraînent de manière effective l'attrait et la fixation des 153 SF et 333 IDE à Kankan et N'Zérékoré pour une période d'au moins 3 ans, l'impact diminue à partir de 2018 au rythme de la déperdition des RHSMN après la période de 3 ans. L'ampleur de la diminution dépend (1) de la fixation et du comportement des IDE et SF sur le marché du travail après les 3 ans (s'ils restent à leur poste, l'impact sera maintenu et même dans les cas où ils vont travailler dans une autre zone ou formation sanitaire présentant un déficit en IDE ou SF, mais dans le cas où les IDE retournent à Conakry par exemple, l'impact positif du recrutement supplémentaire sera perdu), (2) le recrutement après 2017, et (3) l'attrait de nouveaux prestataires à Kankan et N'Zérékoré après 2017.

Pour ces raisons-là, il apparaît opportun d'assurer le suivi de l'impact des mesures de recrutement, d'attrait et de fixation. Dans la mesure où la mise en œuvre des stratégies s'avère concluante, le plaidoyer pour une stratégie de maintien de ce personnel, pour un maintien du niveau de recrutement et d'attrait, et pour une réplication des initiatives dans d'autres régions sera plus facile et convaincant.

Faisabilité politique

La stratégie d'intégration dans le statut des fonctionnaires des collectivités la possibilité de rotation seulement après au moins 3 ans de service en milieu rural ne nécessite aucune révision de la législation et de la réglementation en matière de gestion des ressources humaines : les éléments d'une rotation après 3 ans de service existent déjà dans le statut particulier de la santé. Pour cette raison cette intervention ne devrait pas susciter d'opposition au sein des parties prenantes : les principaux ministères concernés sont le MTFP à travers la Direction nationale de la fonction publique locale (DNFPL), le ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) et le MEF. Ces départements concernés adhèrent à la stratégie. Ces textes existants facilitent la durabilité politique de la stratégie. Il n'existe aucune preuve à l'heure actuelle du respect ou non de cette disposition, et sinon, pourquoi pas.

La stratégie de décentralisation du paiement des personnels de santé et de sécurisation du paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines ne nécessite aucune

révision de la législation et de la réglementation en matière de gestion des ressources humaines. En application de l'article 167 du code des collectivités, le statut des fonctionnaires des collectivités territoriales a été déjà élaboré avec la participation de tous les départements ministériels concernés et a fait l'objet d'une communication conjointe du MATD et du MTFP. Son adoption en conseil de ministres devrait intervenir avant la fin de l'année 2013 avant sa soumission au Chef de l'État pour la signature du décret. Le processus de décentralisation en cours devrait garantir la pérennité de la stratégie étant donné qu'il est basé sur la prise en charge autonome des services par les collectivités elles-mêmes. La subvention de l'Union Européenne consacrée à la déconcentration et au secteur de la santé dont le pays a bénéficié constitue une bonne porte d'entrée pour cette déconcentration.

Faisabilité sociale

La stratégie de rotation après 3 ans de services dans une zone rurale n'impliquant pas de conséquences néfastes au sein de la société ou des prestataires, les décideurs sont enclins à l'appliquer. Pour minimiser le risque d'opposition de la part des prestataires, cette conditionnalité devrait faire partie des critères de recrutement, c'est-à-dire, les contrats de recrutement doivent clairement spécifier cette rotation entre les districts sanitaires de la région concernée ainsi que la durée de séjour de l'agent dans chaque district. La stratégie nécessite un paquet incitatif pour maintenir le personnel dans la zone d'affectation. Le mieux serait qu'un poste dans une zone rurale ou défavorisée ait des implications positives pour la carrière (devient un poste d'opportunité), par exemple si une tel poste donne l'opportunité à l'agent de devenir chef de poste. Le caractère obligatoire étant réglé dans la signature du contrat entre l'employeur et le postulant. Il incombe aux communes d'assurer la redevabilité. Il semble que cette stratégie peut seulement être mise en œuvre pour l'ensemble des RHS, parce qu'il n'est pas acceptable pour d'autres catégories de personnel s'ils ne sont pas traités de la même façon. Il faut en tenir compte dans la budgétisation.

L'État, les collectivités, la société civile, les professionnels de la santé sont directement concernés par la stratégie de décentralisation. L'évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie dans les régions de N'Zérékoré et de Faranah sur financement du Projet d'appui au Plan national de développement sanitaire (APNDS) par la Banque mondiale (BM) a noté un engouement et une parfaite adhésion de tous les acteurs concernés. Cette évaluation n'avait pas perçu d'opposition parmi les bénéficiaires et les prestataires, seuls quelques-uns étaient sceptiques quant à la pérennisation de l'expérience. Le respect des termes contractuels et statutaires par les agents est une obligation pour avoir la garantie du paiement régulier du salaire. Un conséquence pourrait être que les locaux soient plus favorisés que les autres présentant les mêmes compétences si la stratégie n'est pas généralisée assez rapidement.

Faisabilité opérationnelle

Les personnels de santé concernés par la rotation et les gestionnaires au sein des régions et districts sont déjà en poste et les coûts financiers liés aux frais de déplacement sont minimes car s'opérant au sein de la même région. L'information, les outils et les compétences nécessaires à la mise en œuvre des interventions sont disponibles. En effet, les actes administratifs y compris les contrats de recrutement, les arrêtés ministériels et notes de services ainsi que le plan de rotation dans chaque région seront rendus disponibles et les délais nécessaires à la mise en œuvre indiquent un démarrage possible de la rotation en fin de 2017 Toutefois, la principale contrainte pourrait être le non-respect des clauses des contrats par les personnels.

Pour ce qui est de la stratégie de décentralisation, la faible disponibilité des ressources humaines et matérielles, les spécificités liées à la gestion des salaires au niveau local et du flux de recrutement, pourraient constituer la principale contrainte à la mise en œuvre de cette stratégie. Le transfert des compétences et des ressources est subordonnée à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan opérationnel. L'expérience dans les régions de N'Zérékoré et de Faranah avec l'appui des partenaires financiers dont la BM a donné de bons résultats avec la contractualisation des SF pour les postes dans les zones rurales. De même, le recrutement de certains personnels par les structures hospitalières et la prise en charge de leurs salaires sur fonds propres de ces structures en est une autre illustration. L'élaboration du plan opérationnel tiendra compte des besoins en termes d'information, d'outils et de compétences. Il sera ainsi nécessaire de faire recours à une expertise externe dès la signature du décret portant statut des fonctionnaires des collectivités territoriales en vue d'accélérer le processus de mise en œuvre de la stratégie sans oublier bien sûr l'expertise locale avec le recrutement par les hôpitaux et les communautés rurales et urbaines des régions de N'Zérékoré et Faranah. Les délais requis pour la décentralisation de ces recrutements et la sécurisation des salaires permettent leur mise en œuvre au cours des deux premières années du plan triennal (2015 et 2016).

Questions résiduelles pour l'analyse de faisabilité et implications pour le plan de plaidoyer

- Les trois interventions vont-elles effectivement entrainer l'attrait et la fixation des 153 SF et 333 IDE à Kankan et N'Zérékoré pour une période d'au moins 3 ans à partir de 2015? Si non, comment assurer le déploiement de cet effectif à Kankan et N'Zérékoré? À discuter lors de la session du Comité intersectoriel des RHS.
- D'expériences de fixation dans le pays qui peuvent-elles servir de preuves pour étayer les discussions sur un paquet d'interventions pour l'introduction d'un paquet incitatif et une fixation effective, avant la mise en œuvre d'un paquet ? À discuter lors de la session du Comité intersectoriel des RHS.
- Comment assurer un suivi de l'effectif déployé dans les zones rurales pour évaluer l'impact des interventions sur leur comportement sur le marché du travail à court, moyen et long termes ? À discuter lors de la session du Comité intersectoriel des RHS.
- Comment assurer un suivi pour évaluer l'impact de l'amélioration de la couverture des besoins en IDE et SF sur la santé maternelle et néonatale ? À discuter lors de la session du Comité intersectoriel des RHS.
- Quels seront les principes de base du plan de rotation : entre ou au sein des régions, critères pour les prestataires cibles, critères pour les postes, automatiquement ou à la demande, mécanisme et responsable de la sélection du prochain poste, influence du prestataire sur le choix d'un prochain poste, comment assurer la mise en application, etc. ? À discuter lors de la session du Comité intersectoriel des RHS, avec les prestataires, les gestionnaires et le MTFP.
- Les éléments d'une rotation après 3 ans de service existent déjà dans le statut particulier de la santé ; il n'existe pas de preuves quant au respect strict de cette disposition à l'heure actuelle. Si la principale contrainte attendue est le non-respect des clauses des contrats par les personnels, il sera important de savoir comment et pourquoi ce non-respect existe, afin d'assurer cette fois-ci le respect du statut, et que la possibilité de demander une mutation après seulement 3 ans contribuera réellement à l'attraction et à la fixation des IDE et des SF dans les zones démunies. À discuter lors du Comité intersectoriel des RHS.

- L'intervention « Décentraliser le paiement des personnels de santé et sécuriser le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines » est-elle une intervention qui vise à:
    (1) améliorer l'attrait et la fixation (la contractualisation) des prestataires dans des zones démunies au lieu des zones urbaines?
    (2) améliorer la présence des prestataires après leur recrutement ?
- L'intervention « Décentraliser le paiement des personnels de santé et sécuriser le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines » concerne-t-elle les contractuels ou les fonctionnaires ?
- L'intervention « Décentraliser le paiement des personnels de santé et sécuriser le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines » vise-t-elle le paiement des salaires ou également le recrutement décentralisé ?
- Quelles sont les mesures de transfert financier mises en place pour s'assurer que la décentralisation pourrait garantir la pérennité ?
- Quels sont les coûts liés à la décentralisation du paiement des salaires et la possibilité de demander une mutation après au moins 3 ans de service en zone rurale ? À discuter lors d'une session du Comité intersectoriel des RHS.
- Quels ont été les enseignements tirés de l'expérience de décentralisation dans le cadre du PAPNDS de la BM en matière de durabilité, de coûts, de goulots d'étranglement, d'impact sur la DAAQ des RHSMN, d'impact sur la santé maternelle et néonatale, etc. ? À discuter lors d'une session du Comité intersectoriel des RHS, avec le MSHP, le ministère de la Décentralisation, avec les régions de N'Zérékoré et de Faranah ainsi que les autres régions cibles, et avec la BM.
- Une subvention de l'Union Européenne a été consacrée à la déconcentration et au secteur de la santé du pays, ce qui constitue une bonne porte d'entrée pour une telle déconcentration. Ces ressources pourraient-elles être utilisées comme porte d'entrée pour les RHS : un transfert de compétences et de ressources requis pour la décentralisation du paiement des personnels de santé et la sécurisation du paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines ? Dans quel délai une telle décentralisation serait-elle réalisable ? À discuter avec le ministère en charge de cette subvention et l'Union Européenne. Quelle sera la durabilité de la stratégie si elle repose sur le financement de bailleur de fonds ?
- Pour la qualité des services, serait-il mieux que les autorités décentralisées recrutent notamment des nouveaux-diplômés ou les RHS non-recrutés qui interviennent déjà dans les postes ciblés ? À discuter lors d'une session du Comité intersectoriel des RHS et avec les prestataires et les gestionnaires.

5.3 Scénario C : Amélioration de l'acceptabilité et de la qualité

Comme l'illustre le paragraphe 4.3, le défi lié à la qualité des SMN tient du fait que les prestations de services en CPN, l'assistance à l'accouchement et la CPoN ne sont pas de bonne qualité. Les facteurs qui pourraient jouer un rôle dans cette faible qualité, sont identifiés comme étant :

(1) l'implication de prestataires non-qualifiés ;
(2) la faible qualité de la formation initiale en SMN des personnels de santé : le volume horaire accordé aux soins de sage-femme ; le rapport entre le nombre d'étudiants et la capacité d'accueil des institutions de formation et les sites de stage; une manque d'équipements et de matériels pédagogiques et didactiques ainsi qu'un nombre insuffisant d'enseignants qualifiés ;
(3) des conditions et un environnement de travail inadéquat(e)s : une faible rémunération ; des prestataires non recrutés malgré leur présence en permanence dans les structures sanitaires ; la non perception de salaire et de primes de motivation depuis plusieurs années ; des gardes et permanences sans primes qui s'effectuent dans des conditions de travail obscures ; des équipements et matériels SMN insuffisants et vétustes ; une absence de gestion prévisionnelle des RHS ; l'insuffisance de programme de formation continue ; une insatisfaction quant aux possibilités d'avancement et une charge de travail jugée énorme par les GYN, les MG et les matrones.

Afin relever ces défis, l'intervention suivante a été identifiée :

- ***L'érection des ESSC de N'Zérékoré et Kankan en Écoles nationales de santé (ENS) pour former les SF et les IDE et pour reconvertir un effectif de 111 ATS par an en SF et IDE entre 2015 et 2017 :***
  - 30 ATS en SF par an à Kankan rurale ;
  - 30 ATS en SF par an à N'Zérékoré rurale ;
  - 25 ATS en IDE par an à Kankan rurale ; et
  - 25 ATS en IDE par an à N'Zérékoré rurale.
- ***La formation de 11 MG et 75 Chefs de centre de santé aux compétences en néonatologie entre 2015 et 2017 :***
  - 2 MG et 10 chefs par an à N'Zérékoré ; et
  - 1 MG et 8 chefs par an à Kankan.
- ***La formation continue de 174 SF et 152 IDE impliqués dans les SONUC et SONUB entre 2015 et 2017:***
  - 104 SF et 91 IDE par an à N'Zérékoré ; et
  - 70 SF et 61 IDE par an à Kankan.
- ***La fourniture de matériels et équipements (pour les SONUB et SONUC à 11 hôpitaux et 152 centres de santé à N'Zérékoré et Kankan entre 2015 et 2017.***
- ***La supervision formative régulière.***
- ***La mise en place du système de motivation des SF et IDE fondé sur l'assiduité et les commentaires et la satisfaction de la communauté.***

Faisabilité économique

Impact

Les interventions visent à améliorer la qualité technique et non-technique des SMN fournis par :

- les anciens ATS, à travers une formation d'IDE ou de SF et s'ils sont chef du centre de santé, à travers une formation continue en néonatologie ;
- les IDE et SF, à travers une formation continue en SONU, une formation continue néonatologie (s'ils sont chef du centre de santé), des équipements pour les SONU, une amélioration de la supervision et un système de motivation et de redevabilité ;
- les MG, à travers une formation continue en néonatologie, des équipements pour les SONU et une amélioration de la supervision ;
- les GYN et PED, à travers des équipements pour les SONU et une amélioration de la supervision.

Aucune information précise n'est disponible à l'heure actuelle sur l'impact potentiel sur le niveau de la qualité (non-)technique. Une revue des expériences vécues avant la mise en œuvre des interventions, ainsi qu'un suivi de l'impact des interventions pendant et après leur mise en œuvre constituera un point important afin d'assurer et d'évaluer leur effectivité.

La reconversion d'un effectif de 111 ATS par an en SF et IDE entre 2015 et 2017 n'affecte nullement le nombre total des RHS. En effet, l'intervention réduira l'effectif pendant les deux années où les ATS seront à l'ENS (en 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019). Mais l'intervention aura un effet sur la composition de l'effectif des RHS : l'effectif d'ATS sera réduit à 333, tandis que la couverture des besoins en IDE et SF connaitra une augmentation. Le Tableau 13 représente la répartition actuelle de l'effectif d'ATS. Au vu de cette répartition, l'effet négatif de la réduction de l'effectif d'ATS pourrait être moindre à Conakry par exemple.

Tableau 13 Répartition actuelle de l'effectif d'ATS

Région	Zone urbaine	Zone rurale
Boké	111	162
Conakry	1 365	0
Faranah	224	166
Kankan	212	178
Kindia	238	191
Labé	179	211
Mamou	125	109
N'Zérékoré	264	204
Guinée	**2 718**	**1 221**

Après la formation des ATS en trois cohortes (2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018), l'impact de l'intervention sera :

- 25 IDE supplémentaires par an à Kankan en 2017, 2018 et 2019 ;
- 30 SF supplémentaires par an à Kankan rural en 2017, 2018 et 2019 ;
- 25 IDE supplémentaires par an à N'Zérékoré rural en 2017, 2018 et 2019 ; et
- 30 SF supplémentaires par an à N'Zérékoré rural en 2017, 2018 et 2019.

Les Tableaux 14 à 16 démontrent l'impact potentiel de ce scénario C au niveau national et dans les régions de Kankan et N'Zérékoré, en comparaison avec le scénario A (statu quo ; voir le chapitre 4) et l'impact du scénario B2 (recrutement d'un effectif supplémentaire d'IDE et de SF en 2015-2017 et leur déploiement dans les zones rurales de Kankan et N'Zérékoré ; voir le paragraphe 5.2).

L'ampleur de l'effet de la conversion des ATS en IDE et SF entre 2015 et 2019 sera le plus important à 2019/2020, lorsque tous les ATS convertis seront à leurs postes. Le Tableau 14 montre que, au niveau national en 2020, l'impact de la stratégie de reconversion sur la couverture sera:

- pour les IDE : plus de 5% par rapport au scénario de base, mais moins de 4% par rapport à la stratégie de recrutement supplémentaire;
- pour les SF : 6% par rapport au scénario de base et égale à la stratégie de recrutement supplémentaire.

Les mêmes tendances sont visibles pour les zones rurales au niveau du pays.

Tableau 14 Impact du scénario C au niveau national: différence de couverture entre les scénarios A, B2 et C

Scénario	A	B2	C	A	B2	C	A	B2	C
COUVERTURE Niveau national	**2017**			**2020**			**2023**		
IDE	38%	**45%**	**42%**	35%	**44%**	**40%**	34%	**42%**	**38%**
SF	17%	**22%**	**22%**	18%	**24%**	**24%**	19%	**23%**	**23%**
TOTAL	43%	**47%**	**46%**	38%	**44%**	**42%**	34%	**39%**	**38%**
COUVERTURE Zones urbaines	**2017**			**2020**			**2023**		
IDE	110%	*Pas de changement*		96%	*Pas de changement*		90%	*Pas de changement*	
SF	52%			53%			51%		
TOTAL	130%			109%			95%		
COUVERTURE Zones rurales	**2017**			**2020**			**2023**		
IDE	6%	**17%**	**9%**	6%	**19%**	**13%**	6%	**17%**	**13%**
SF	2%	**8%**	**6%**	2%	**10%**	**12%**	2%	**8%**	**12%**
TOTAL	4%	**11%**	**6%**	4%	**13%**	**11%**	4%	**11%**	**11%**

Le Tableau 15 montre que, pour la région de Kankan en 2020, l'impact de la stratégie de reconversion sur la couverture sera de 15% de plus pour les IDE par rapport au scénario de base, mais de 8% de moins par rapport à la stratégie de recrutement supplémentaire. Pour les SF, l'impact sera de 22% de plus par rapport au scénario de base et de 9% de plus par rapport à

la stratégie de recrutement supplémentaire. Les mêmes tendances sont visibles pour les zones rurales de Kankan et pour la région de N'Zérékoré.

En conclusion, la stratégie de reconversion de 330 ATS en IDE et SF (scénario C) a de manière général un impact moindre que la stratégie de recrutement de 333 IDE et 153 SF supplémentaires (scénario B2) ; toutefois pour la couverture des besoins en SF selon ce scénario C aura plus d'impact.

Tableau 15 Impact du scénario C à Kankan: différence de couverture entre les scénarios A, B2 et C

Scénario	A	B2	C	A	B2	C	A	B2	C
COUVERTURE Kankan		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	9%	**28%**	**15%**	9%	**32%**	**24%**	9%	**27%**	**23%**
SF	2%	**12%**	**10%**	2%	**15%**	**24%**	2%	**13%**	**23%**
TOTAL	9%	**20%**	**13%**	8%	**22%**	**22%**	7%	**19%**	**21%**
COUVERTURE Kankan urbain		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	40%	*Pas de changement*		35%	*Pas de changement*		32%	*Pas de changement*	
SF	10%			11%			10%		
TOTAL	39%			33%			28%		
COUVERTURE Kankan rurale		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	3%	**26%**	**10%**	3%	**31%**	**22%**	3%	**26%**	**21%**
SF	0%	**13%**	**10%**	1%	**16%**	**27%**	1%	**13%**	**26%**
TOTAL	2%	**16%**	**8%**	2%	**20%**	**20%**	2%	**17%**	**19%**

Tableau 16 Impact du scénario C à N'Zérékoré: différence de couverture entre les scénarios A, B2 et C

Scénario	A	B2	C	A	B2	C	A	B2	C
COUVERTURE N'Zérékoré		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	14%	**34%**	**18%**	13%	**38%**	**24%**	13%	**33%**	**23%**
SF	5%	**17%**	**11%**	6%	**20%**	**22%**	6%	**17%**	**21%**
TOTAL	10%	**23%**	**14%**	9%	**26%**	**20%**	9%	**22%**	**19%**
COUVERTURE N'Zérékoré urbain		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	51%	*Pas de changement*		44%	*Pas de changement*		42%	*Pas de changement*	
SF	24%			24%			23%		
TOTAL	39%			34%			31%		
COUVERTURE N'Zérékoré rurale		**2017**			**2020**			**2023**	
IDE	5%	**30%**	**9%**	4%	**36%**	**18%**	4%	**31%**	**18%**
SF	1%	**15%**	**8%**	1%	**19%**	**21%**	1%	**16%**	**20%**
TOTAL	3%	**19%**	**7%**	3%	**23%**	**16%**	2%	**20%**	**16%**

Coûts

Pour l'instant, il n'est pas prévu de fermer les écoles d'ATS. Cela implique qu'il n'est pas certain que l'érection des écoles pour la formation des SF pourrait être financée avec les budgets disponibles pour la formation des ATS. Même si les budgets actuellement utilités pour la formation des ATS pourraient être utilisés, il y a des éléments de coûts liés à la conversion de l'ESSC en une ENS à Kankan : il s'agit d'équipements et matériels supplémentaires requis, de la différence entre le salaire des enseignants d'une ESSC et d'une ENS ainsi que la différence entre les coûts des bourses pour les ATS et les SF ou IDE. Les coûts sont plus élevés s'il s'agit de l'érection de l'ESSC en ENS sans clôture. Dans ce scénario il s'agit des coûts de l'infrastructure, de tous les équipements et matériels, des salaires des enseignants, des salaires du personnel de gestion et d'administration, des salaires du personnel d'appui, des sites de stages, des bourses pour tous les étudiants supplémentaires, etc. Sur la base de l'estimation selon laquelle chaque année 671 ATS sont formés sans être recrutés, il semble plus efficace d'accompagner l'érection de l'ESSC en une ENS avec clôture à Kankan. En revanche, si les ATS formés dans d'autres régions sont moins enclins à travailler à Kankan, les effets pervers (encore plus de difficulté de trouver des ATS pour la région de Kankan) pourraient servir d'argument pour ces coûts élevés.

Après deux années de formation, les anciens ATS on droit à un salaire du niveau d'une SF ou d'un IDE. Les coûts liés à cette promotion sont (salaire moyen IDE/SF – salaire moyen ATS) * 333 par an à partir de 2019. Selon le statut particulier de la santé, les ATS ont le droit de poursuivre une formation en SF ou IDE après 10 ans d'ancienneté. Ils sont déjà sous le statut particulier et leurs rémunérations après la formation en SF est disponible dans le Budget national de Développement (BND).

Les éléments de coûts liés à la formation continue sont :

- Coûts de formation d'un MG en néonatologie * 11
- Coûts de formation d'un chef de centre de santé en néonatologie * 75
- Coûts de formation continue d'une SF ou IDE en SONUC et SONUB * 326
- Les coûts de gestion, administration et suivi-évaluation.

Les éléments de coûts liés à la fourniture de matériels et d'équipements (pour les SONUB et SONUC sont :

- Coûts des matériels et équipements SONUB et SONUC dans un hôpital * 11
- Coûts des matériels et équipements SONUB et SONUC dans un centre de santé* 152
- Les coûts de gestion, administration et suivi-évaluation.

Les deux dernières stratégies concernant la supervision du système de motivation et de commentaires nécessitent plus de précision afin de faire une estimation de leurs coûts. Actuellement les responsables de la supervision ne sont pas toujours compétents en SMN. Des ateliers de formation à l'intention des responsables et la confection de fiche standard de supervision amélioreront la qualité des prestations. Le projet de la Banque Mondiale à N'Zérékoré comprend un test pilote de financement basé sur les résultats. On peut faire le lien pour suivre le développement du modèle et analyser la faisabilité d'une généralisation, en utilisant l'étude de Health Focus sur les éléments de motivation et de fixation pour les RHS (2010).

Durabilité

Aucune information précise n'est disponible à l'heure actuelle sur l'impact potentiel sur le niveau de qualité (non-)technique. Une revue des expériences vécues avant la mise en œuvre des interventions, ainsi qu'un suivi de l'impact des interventions pendant et après leur mise en œuvre constituera un point important afin d'assurer et d'évaluer leurs coûts, effets et durabilité.

Les données des Tableaux 14 à 16 supposent qu'après leur formation en IDE ou SF et leur déploiement dans les zones rurales de Kankan et de N'Zérékoré, les anciens ATS restent dans leurs postes jusqu'à 2023. Il s'agit là d'une hypothèse probablement trop optimiste ; il est plus probable que l'impact connaisse une diminution à partir de 2020 au rythme de déperdition des nouveaux IDE et SF, mais cette déperdition est imprévisible. L'ampleur de la diminution dépend (1) de la fixation et du comportement des nouveaux IDE et SF sur le marché du travail après leurs postes (s'ils restent au même poste, l'impact sera maintenu et même s'ils vont travailler dans une autre zone ou formation sanitaire présentant un déficit en IDE ou SF ; toutefois, si les IDE retournent à Conakry par exemple, l'impact positif du recrutement supplémentaire sera perdu) ; (2) la reconversion des ATS et leur attrait vers Kankan et N'Zérékoré après 2017.

Pour ces raisons, il apparaît opportun d'assurer un suivi de l'impact des mesures de reconversion, d'attrait et de fixation. Dans la mesure où la mise en œuvre des stratégies s'avère concluante, le plaidoyer pour une stratégie de maintien de ce personnel, pour un maintien du niveau de reconversion et d'attrait, et pour une réplication des initiatives dans d'autres régions sera plus facile et convaincant. Mais à long terme, il pourrait s'avérer plus judicieux ou efficace de former et de recruter directement des IDE ou des SF, au lieu de former et de recruter des ATS et de les reconvertir.

Faisabilité politique

La reconversion des ESSC en ENS est déjà effectuée à Conakry et est en train d'être lancée à N'Zérékoré. Il est par conséquent attendu des décideurs une opinion favorable quant à la mise en œuvre de cette stratégie à Kankan. Le caractère acceptable du recrutement des ATS travaillant à Conakry par exemple, pour la reconversion et de les déployer à Kankan et N'Zérékoré après leur formation n'est pas connu. Toutefois, pour l'instant la fermeture des écoles d'ATS n'est pas à l'ordre du jour. Cela implique une incertitude autour du financement de l'érection des ESSC en ENS pour les SF par les budgets disponibles pour la formation des ATS. Selon le statut particulier de la santé, les ATS ont le droit de poursuivre une formation en SF après 10 ans d'ancienneté. Ils sont déjà sous le statut particulier et leur rémunération à l'issue de la formation en SF est disponible dans le Budget national de Développement (BND).

Faisabilité sociale

La sélection des ATS qui peuvent suivre une formation en SF doit être faite sur la base de critères clairs et précis, comme (1) justifier de 10 ans d'ancienneté pour se conformer au statut particulier de la santé et (2) de bonnes performances selon les rapports de supervision périodiques. Cela pourrait constituer une bonne incitation pour les ATS travaillant dans les zones rurales d'avoir une chance de poursuivre leur carrière à travers une reconversion. En revanche, les zones rurales connaissent déjà des déficits criants en RHSMN qui pourraient s'aggraver si les ATS partent à l'ENS ; notamment s'il n'existe aucune certitude concernant leur retour à leurs postes dans les zones rurales !

Faisabilité opérationnelle

L'effectif de 4 000 ATS compte à l'heure actuelle en son sein bon nombre d'agents justifiant d'au moins 10 ans d'ancienneté ou d'exercice dans la fonction publique ou dans le secteur privé. Cependant, la formation des SF nécessite plus d'enseignants au niveau SF/MG/GYN et il est actuellement difficile d'en trouver (vacataires, mais notamment les fonctionnaires).

Questions résiduelles pour l'analyse de faisabilité et implications pour le plan de plaidoyer

- Y a-t-il d'expériences de reconversion, de formation continue, d'amélioration des équipements et matériels, de supervision formative régulière, et de mise en place d'un système de motivation eu égard à l'assiduité et aux commentaires et à la satisfaction de la communauté, afin d'améliorer l'acceptabilité et la qualité des SMN ? Quelle est la preuve de l'effectivité et de l'efficacité de ces interventions et quels sont les enseignements tirés? À discuter lors d'une session du Comité intersectoriel des RHS.
- Comment assurer un suivi des interventions pour évaluer leur impact sur l'acceptabilité et la qualité des prestations fournies par les RHSMN, et sur la santé maternelle et néonatale à court, moyen et long terme ? À discuter lors d'une session du Comité intersectoriel des RHS.
- S'agit-il d'une reconversion des ESSC ou de l'érection d'une ENS ?
- Quel délai faut-il aux ESSC pour reconvertir les ATS ?
- Les écoles (ESSC ou ENS) de N'Zérékoré et de Kankan disposent-elles d'une capacité d'accueil suffisante pour reconvertir 330 ATS entre 2015 et 2019 ?
- Combien d'enseignants seront requis et où pourrait-on les trouver ?
- Combien de places par an seront disponibles pour la reconversion des ATS et combien pour d'autres étudiants ?
- Quelle est la source du budget pour une ESSC ? Pour une ENS ? Que faire pour assurer la disponibilité de ce budget ?
- L'analyse de la faisabilité approfondie doit identifier les ressources financières supplémentaires disponibles pour l'érection d'une école pour les SF à Kankan et le quota et le budget disponible pour la reconversion des ATS en SF.
- Comment sélectionner les ATS pour une reconversion ?
- Quels ATS va-t-on reconvertir (en provenance de quelles zones) ? Le caractère acceptable du recrutement d'ATS travaillant à Conakry par exemple, pour la reconversion et le déploiement à Kankan et N'Zérékoré après leur formation n'est pas connu. D'autre part, les autres régions et zones rurales connaissent déjà des déficits criants en RHSMN qui pourraient s'aggraver si les ATS partent à l'ENS, notamment en cas d'incertitude sur le retour à leurs postes en zones rurales.
- Comment s'assurer que les ATS vont travailler à N'Zérékoré et à Kankan ?
- Les ATS comptent-ils suffisamment de fonctionnaires en leur sein? Leur reconversion aura-t-elle des implications négatives pour la disponibilité et l'accessibilité aux services en général en Guinée ? Quel sort réserve-t-on aux ATS contractuels pour lesquels les dispositions du statut particulier ne sont pas applicables ?
- Pour la qualité des services, serait-il mieux de reconvertir plus d'IDE ou plus de SF ?
- Quels sont les coûts de la formation d'un MG en néonatologie ?
- Quels sont les coûts de la formation d'un chef de centre de santé en néonatologie ?
- Quels sont les coûts de la formation continue d'une SF ou IDE en SONUC et SONUB ?
- Quels sont les coûts de la gestion, de l'administration et du suivi-évaluation ?

- Quelle est la source du budget pour ces formations continues? Que faire pour assurer la disponibilité de ce budget ?
- Quels sont les coûts des matériels et équipements SONUB et SONUC d'un hôpital ?
- Quels sont les coûts des matériels et équipements SONUB et SONUC d'un centre de santé ?
- Quels sont les coûts de gestion, d'administration et de suivi-évaluation ?
- Quelle est la source du budget pour ces matériels et équipements? Que faire pour assurer la disponibilité de ce budget ?
- Quel sort réserve-t-on aux contractuels ?
- Comment assurer le suivi de l'impact des mesures de reconversion, d'attrait et de fixation ?
- À long terme, serait-il plus judicieux ou efficace de former et de recruter directement des IDE ou des SF, au lieu de former et recruter des ATS dans un premier temps, puis les reconvertir par la suite?
- Les stratégies de supervision formative régulière et d'un système de motivation des SF et des IDE eu égard à l'assiduité et aux commentaires et à la satisfaction de la communauté nécessitent de la précision à avant de parvenir à une estimation de leur faisabilité.
- Quel sera le coût d'une généralisation de l'approche FBR comme piloté par le BM ?

6. Paquet d'interventions sélectionnées

Réorganiser le concours de recrutement pour le faire passer à un concours annuel et recruter un effectif supplémentaire, puis assurer leur déploiement dans les zones les plus reculées (KANKAN et N'ZÉRÉKORÉ)

À courte terme, le Gouvernement de la Guinée s'engage à recruter chaque année un effectif supplémentaire de 51 SF et 111 IDE en 2015, 2016 et 2017 et leur déploiement dans les zones les plus reculées (Kankan et N'Zérékoré) pour fournir le paquet de soins maternels et néonataux et réduire la répartition inégale des RHSMN qui est actuellement plus perceptible dans ces deux régions. Il s'agit de 30 SF et 21 SF par an respectivement dans les zones rurales de N'Zérékoré et de Kankan, ainsi que 65 IDE et 46 IDE par an respectivement dans les zones rurales de N'Zérékoré et de Kankan. Les ministères de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), du Travail et de la Fonction publique (MTFP), délégué au Budget (MDB) sous la conduite du MTFP vont conjointement coordonner les activités permettant d'atteindre cet objectif.

Procéder à la conversion en SF au cours de la période 2015-2017dans les écoles secondaires de santé communautaire (ESSC) de Kankan et N'Zérékoré, 330 ATS travaillant dans les zones rurales de ces deux localités pour compléter les effectifs de SF préalablement recrutés.

Le Gouvernement de la Guinée s'engage à convertir en SF durant la période 2015-2017 dans les écoles secondaires de santé communautaire (ESSC) de Kankan et de N'Zérékoré, 330 ATS travaillant dans les zones rurales de ces deux localités pour compléter les effectifs de SF préalablement recrutés. Il s'agit de 60 ATS et 50 ATS pour servir respectivement comme SF et IDE dans les zones rurales de Kankan et de N'Zérékoré. Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), le ministère de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (METFP), le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD), le ministère délégué auprès du ministère de l'Économie et des Finances chargé du Budget (MEF-MDB) sous la direction du METFP sont responsables de l'atteinte de cet objectif.

Décentraliser le recrutement des personnels de santé et sécuriser le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines

Le Gouvernement de la Guinée s'engage à décentraliser d'ici fin 2017 le recrutement des personnels de santé et à sécuriser le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines. En fin 2017, 129 communes urbaines et rurales des régions de Kankan et de N'Zérékoré prendront en charge les salaires des personnels de santé mis à leur disposition. Les MATD, le MSHP, l'Assemblée nationale, le MEF, le MDB sous la direction du MATD assureront conjointement la coordination des activités permettant d'atteindre cet objectif.

Intégrer dans le statut des fonctionnaires des collectivités la possibilité de rotation du personnel dans la région de recrutement après seulement au moins trois ans de service

Le Gouvernement de la Guinée s'engage à partir de 2016, à intégrer dans le statut des fonctionnaires des collectivités et à mettre en œuvre dans les régions de Kankan et de N'Zérékoré la rotation du personnel sanitaire dans la région de recrutement après seulement 3 ans au moins de service en milieu rural. En fin 2014, le statut des fonctionnaires des collectivités qui tient en compte de la rotation des personnels sanitaires après 3 ans d'exercice dans les zones rurales aura été adopté. En fin 2017, la rotation des personnels sera effective dans les régions de Kankan et de N'Zérékoré.

6.1 Scénario D : Impact du paquet d'interventions sélectionnées

Dans les chapitres précédents, l'impact de cinq scénarios a été modelé :

- Scénario A : le statu quo dans lequel on maintient les efforts actuels (voir chapitre 4).
- Scénario B1 : le recrutement de 333 IDE et de 153 SF supplémentaires en 2015-2017 et leur déploiement selon la répartition actuelle (voir le paragraphe 5.1).
- Scénario B2 : le recrutement de 333 IDE et de 153 SF supplémentaires en 2015-2017 et leur déploiement dans les zones rurales de N'Zérékoré et de Kankan, à travers les trois interventions mentionnées ci-dessus qui attireront de manière effective 153 SF et 333 IDE à Kankan et N'Zérékoré et les fixeront pour une minimum de 3 ans.
- Scénario C : la reconversion de 330 ATS en IDE et SF entre 2015 et 2019 et leur déploiement dans les zones rurales de N'Zérékoré et Kankan.

Le paquet d'interventions sélectionnées est une combinaison des scénarios B2 et C. L'impact potentiel de ce paquet a été modelé dans un scénario D et est présenté dans les Tableaux ci-dessous.

Le Tableau 17 montre qu'entre 2015 et 2020, au niveau national le paquet d'interventions a le potentiel de :

- améliorer de 11 à 16% la couverture des besoins en IDE pour atteindre 51% de satisfaction des besoins en IDE;
- améliorer de 11 à 18% la couverture des besoins en SF pour atteindre 36% de satisfaction des besoins en SF;
- améliorer de 9 à 14% la couverture des besoins en RHSMN pour atteindre 52% de satisfaction des besoins.

Les zones rurales du pays bénéficieront de ces interventions dans la mesure où le paquet peut entre 2015 et 2020:

- améliorer de 13 à 20% la couverture des besoins en IDE pour atteindre 26% de satisfaction des besoins en IDE;
- améliorer de 10 à 18% la couverture des besoins en SF pour atteindre 20% de satisfaction des besoins en SF;
- améliorer de 10 à 16% la couverture des besoins en RHSMN pour atteindre 20% de satisfaction des besoins.

Tableau 17 Impact du scénario D au niveau national: différence de couverture entre les scénarios A et D

Scénario	A	D	A	D	A	D
COUVERTURE Niveau national	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	38%	**49%**	35%	**51%**	34%	**48%**
SF	17%	**28%**	18%	**36%**	19%	**33%**
TOTAL	43%	**52%**	38%	**52%**	34%	**46%**
COUVERTURE Zones urbaines	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	110%	*Pas de changement*	96%	*Pas de changement*	90%	*Pas de changement*
SF	52%		53%		51%	
TOTAL	130%		109%		95%	

COUVERTURE Zones rurales	2017		2020		2023	
IDE	6%	**19%**	6%	**26%**	6%	**24%**
SF	2%	**12%**	2%	**20%**	2%	**18%**
TOTAL	4%	**14%**	4%	**20%**	4%	**18%**

Le Tableau 18 montre qu'entre 2015 et 2020, à Kankan le paquet d'interventions a le potentiel de :

- améliorer de 38% la couverture des besoins en IDE pour atteindre 47% de satisfaction des besoins en IDE ;
- améliorer de 35% la couverture des besoins en SF pour atteindre 37% de satisfaction des besoins en SF ;
- améliorer de 29% la couverture des besoins en RHSMN pour atteindre 37% de satisfaction des besoins.

Les zones rurales de Kankan bénéficieront de ces interventions dans la mesure où le paquet peut entre 2015 et 2020 :

- améliorer de 47% la couverture des besoins en IDE pour atteindre 50% de satisfaction des besoins en IDE ;
- améliorer de 41% la couverture des besoins en SF pour atteindre 42% de satisfaction des besoins en SF ;
- améliorer de 36% la couverture des besoins en RHSMN pour atteindre 38% de satisfaction des besoins.

Tableau 18 Impact du scénario D à Kankan: différence de couverture entre les scénarios A et D

Scénario	A	D	A	D	A	D
COUVERTURE Kankan	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	9%	**33%**	9%	**47%**	9%	**42%**
SF	2%	**20%**	2%	**37%**	2%	**33%**
TOTAL	9%	**26%**	8%	**37%**	7%	**33%**
COUVERTURE Kankan urbain	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	40%	*Pas de changement*	35%	*Pas de changement*	32%	*Pas de changement*
SF	10%		11%		10%	
TOTAL	39%		33%		28%	
COUVERTURE Kankan rurale	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	3%	**32%**	3%	**50%**	3%	**44%**
SF	0%	**22%**	1%	**42%**	1%	**39%**
TOTAL	2%	**23%**	2%	**38%**	2%	**34%**

Et, comme l'illustre le Tableau 19, entre 2015 et 2020, à N'Zérékoré le paquet d'interventions a le potentiel de :

- améliorer de 36% la couverture des besoins en IDE pour atteindre 49% de satisfaction des besoins en IDE;
- améliorer de 30% la couverture des besoins en SF pour atteindre 36% de satisfaction des besoins en SF;
- améliorer de 28% la couverture des besoins en RHSMN pour atteindre 37% de satisfaction des besoins.

Les zones rurales de N'Zérékoré bénéficieront de ces interventions dans la mesure où le paquet peut entre 2015 et 2020:

- améliorer de 46% la couverture des besoins en IDE pour atteindre 50% de satisfaction des besoins en IDE ;
- améliorer la couverture des besoins en SF avec 38%, pour atteindre 39% de satisfaction des besoins en SF ;
- améliorer la couverture des besoins en RHSMN avec 34%, pour atteindre 37% de satisfaction des besoins.

Tableau 19 Impact du scénario D à N'Zérékoré: différence de couverture entre les scénarios A et D

Scénario	A	D	A	D	A	D
COUVERTURE N'Zérékoré	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	14%	**38%**	13%	**49%**	13%	**43%**
SF	5%	**22%**	6%	**36%**	6%	**32%**
TOTAL	10%	**27%**	9%	**37%**	9%	**33%**
COUVERTURE N'Zérékoré urbain	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	51%	*Pas de changement*	44%	*Pas de changement*	42%	*Pas de changement*
SF	24%		24%		23%	
TOTAL	39%		34%		31%	
COUVERTURE N'Zérékoré rurale	**2017**		**2020**		**2023**	
IDE	5%	**35%**	4%	**50%**	4%	**44%**
SF	1%	**22%**	1%	**39%**	1%	**35%**
TOTAL	3%	**24%**	3%	**37%**	2%	**33%**

Les Figures 15 à 20 résument l'évolution de l'offre en IDE et SF, ainsi que le rapport entre celle-ci et les besoins en IDE et SF dans les régions de Kankan et de N'Zérékoré (différenciés pour les zones urbaines et rurales).

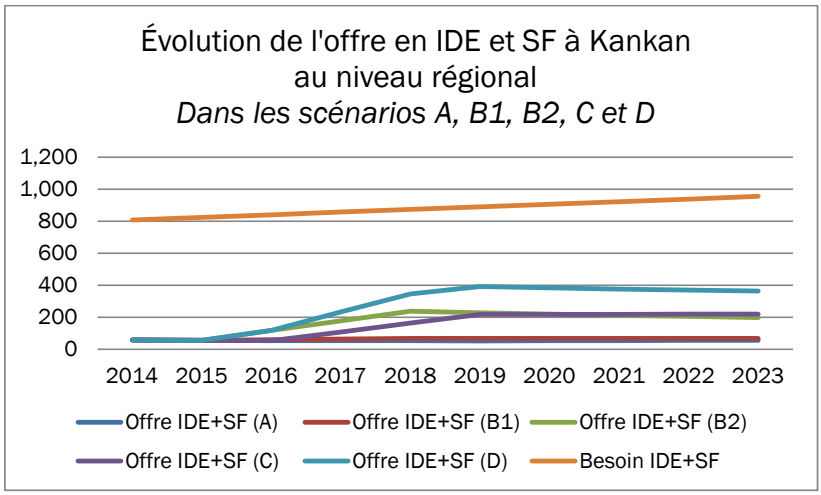


Figure 14 Évolution de l'offre en IDE et SF à Kankan au niveau régional

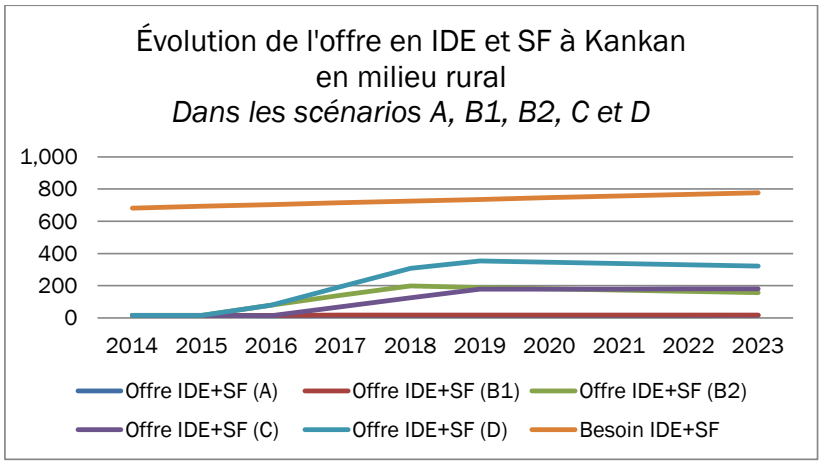


Figure 15 Évolution de l'offre en IDE et SF à Kankan en milieu rural

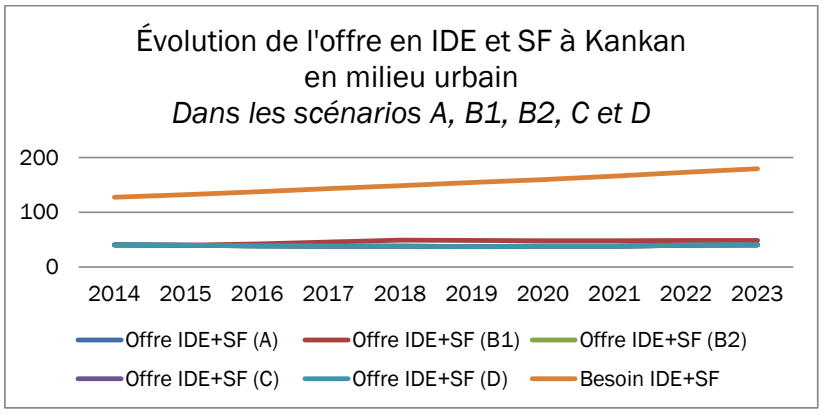


Figure 16 Évolution de l'offre en IDE et SF à Kankan en milieu urbain

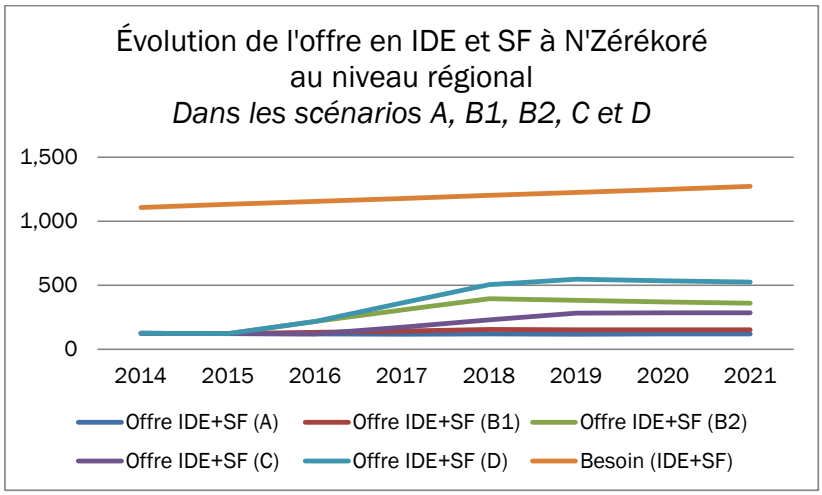


Figure 17 Évolution de l'offre en IDE et SF à N'Zérékoré au niveau régional

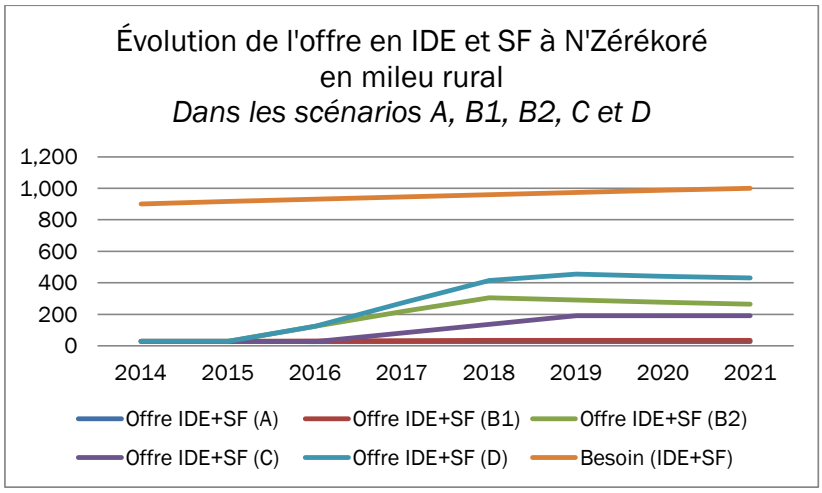


Figure 18 Évolution de l'offre en IDE et SF à N'Zérékoré en milieu rural

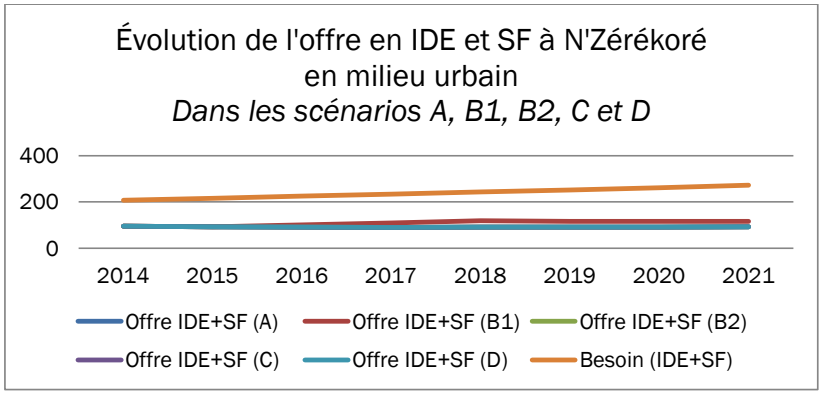


Figure 19 Évolution de l'offre en IDE et SF à N'Zérékoré en milieu urbain

7. Plan de plaidoyer

Ce plan d'action vise l'adhésion de toutes les parties prenantes en vue d'une meilleure mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des engagements pris par le Gouvernement de la Guinée lors du 3ème Forum mondial sur les RHS qui se tiendra à Recife, Brésil, du 10 au 13 novembre. Pour ce faire, l'atteinte de la couverture universelle en matière de santé sera une réalité à travers la résolution des problèmes de pénurie et de disparité ainsi que l'inadéquation entre l'offre et la demande en personnels de santé compétents et motivés dans les zones rurales et urbaines.

Plusieurs parties prenantes sont concernées par ce plaidoyer. Il s'agit notamment:

- du Gouvernement et de ses services techniques
- des institutions républicaines, et
- des partenaires techniques et financiers.

Pour le Gouvernement, ce sont principalement le Comité intersectoriel, le MSHP, le MTFP, le METFP, le MATD, le MEF, MDB, le Conseil interministériel ainsi que leurs services techniques. Les membres du Comité interministériel et les services techniques des départements joueront le rôle d'information et de sensibilisation de leurs ministres respectifs, de plaidoyer auprès des institutions républicaines et des partenaires financiers, la validation des interventions, l'expression des besoins et l'analyse des coûts, etc. Enfin, le Gouvernement se chargera de l'approbation des textes juridiques et statuts, l'organisation d'une table ronde des partenaires pour le financement des interventions, et la mise en œuvre pratique de l'ensemble des interventions retenues à savoir, l'organisation des concours de recrutements, la transformation des ESSC en écoles de formation de SF et d'IDE, l'intégration dans le statut des fonctionnaires des collectivités de la rotation du personnel et la décentralisation du recrutement des personnels de santé et la sécurisation du paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines.

En ce qui concerne les institutions républicaines, ce sont le Conseil national de la communication (CNC, média), l'Assemblée nationale et la société civile. Le CNC invitera ses différents organes telles que l'Union des radios et télévisions guinéennes (URTELGUI), l'Association des journalistes de la presse écrite et en ligne, les radios et télévisions publiques et privées à diffuser les messages élaborés à cet effet. Quant à l'Assemblée nationale, les groupes parlementaires ayant déjà bénéficié de l'information et de la sensibilisation, se chargeront de l'élaboration et de la validation des projets de lois sur la santé maternelle et infantile et voteront le budget lié à la mise en œuvre des différentes interventions. La société civile y compris les associations interprofessionnelles, les syndicats et les ONG nationales participeront à l'information et la sensibilisation des parties prenantes, la formation et l'encadrement des agents sur le terrain.

Quant aux partenaires techniques et financiers, il s'agit notamment de l'OMS/AMPS, l'UNFPA, l'ONU-FEMME, l'UNICEF, le Fonds français Muskoka, l'USAID et ses ONG d'exécution (JHPIEGO, MCHIP). Ces Institutions auront la charge de mobiliser les ressources matérielles et financières et de fournir l'assistance technique pour la formation des agents de santé.

Comment [CJ1]: Question à l'équipe (M. Baldé) :

(1)Pourriez-vous intégrer dans le plan de plaidoyer des rencontres pour trouver des réponses aux questions de la faisabilité résiduelles et indiquer par rencontre les questions à poser/répondre ?

(2)Pourriez-vous aussi intégrer dans le plan de plaidoyer les recommandations suivantes qui ont été formulées :
- organiser une table ronde de mobilisation des ressources financières sous la direction du MEF et du MDB
- étendre dans les meilleurs délais les recrutements des SF et IDE à toutes les structures sanitaires présentant un déficit en RHSMN sous la direction du MSHP
- accélérer l'application du code des collectivités par le MATD
- identifier les besoins requis en RHS et transmettre à temps les demandes de recrutement au MTFP

(3)Pourriez-vous intégrer le tableau adapté dans ce paragraphe ?

(4) Quelles sont les questions de faisabilité résiduelles qui ne peuvent pas être répondues à travers le processus de plaidoyer (qui est en même temps un processus de dialogue et d'approfondissement de l'analyse de la faisabilité). Comment répondre à ces questions ?

(5)Pourriez-vous indiquer qui sera responsable du processus de plaidoyer/approfondissement de l'analyse de la faisabilité ? Comment il/elle va rapporter les résultats des rencontres et à qui ? Lorsque ce processus sera finalisé, quel résultat doit être atteint ?

Commentaire Laurence dans le rapport de l'atelier : Dans le plan final il faut indiquer les dates et un but clair, comme par exemple l'insertion des stratégies finales dans le plan stratégique de financement de la santé.

Annexe 1 – Paramètres et hypothèses des projections du Scénario A

Le rapport de l'atelier de projections et de sélection des stratégies faisables (Conakry, octobre 2013) donne plus de détails sur les discussions entre experts qui ont eu lieu avant d'aboutir aux hypothèses présentées ici.

- Les trois années à venir (2014 – 2016) ainsi que les deux périodes triennales suivantes constituent la période de planification. Les résultats des projections sont présentés pour les années 2014, 2017, 2020 et 2023.
- Le scénario de base cible une couverture de 85% des besoins de la population en RHSMN avec les RHS du secteur public.
- Pour le calcul du nombre des femmes enceintes dans les années à venir, les données suivantes ont été utilisées :
    - Données de l'Institut national de la Statistique de la Guinée (2009) concernant la population, par groupe d'âge et par sexe ;
    - La méthodologie du projet AfriPop (http://www.afripop.org/), basée sur des images du satellite Landsat et un système d'information géographique avec les frontières des 38 préfectures de la Guinée (résolution spatiale : 81m), a été utilisée pour l'élaboration d'une cartographie avec la répartition exacte de la population selon l'Institut national de la Statistique de la Guinée.
    - La population dans cette base de données dans le système d'information géographique a été divisée en « urbaine » et « rurale » selon la densité de la population, en utilisant la définition de l'Université de Columbia (« Global Rural Urban Mapping Project », GRUMP).
    - Pour arriver aux projections de la population (par région et zone, par groupe d'âge et par sexe) en 2015, 2020, 2025 et 2030, les estimations des Nations Unies sur le taux de croissance quinquennale par zone (urbaine and rurale) ont été appliquées sur la base de données. Une correction a été appliquée pour assurer concordance avec les estimations de la population de l'ONU au niveau national.
    - Pour arriver aux projections des naissances, par région et par zone en 2015, 2020, 2025 et 2030, l'indice de fécondité (ISF, selon l'EDS 2005) a été appliqué aux données. Il n'y avait pas de sources autres que l'EDS 2005 pour alimenter les calculs nécessaires pour arriver aux grossesses attendues (les données non-traitées de l'EDS 2012 quant à l'ISF ne sont pas encore analysées pour mettre à jour les estimations sur les grossesses attendues par région et par zone de résidence).[15] Les données ont été adaptées pour assurer une concordance avec les estimations des Nations Unies concernant les « naissances vivantes » au niveau national.
    - Enfin, le nombre de femmes enceintes par région et par zone a été calculé par une déduction de la mortinatalité et des avortements.

15 Au niveau national, l'ISF était de 5,7 (4,4 dans les zones urbaines et 6,6 dans les zones rurales) selon l'EDS 2005, tandis que l'EDS 2012 estime l'IFS à 5,1 (3,8 dans les zones urbaines et 5,8 dans les zones rurales). C'est-à-dire que les grossesses attendues pourraient être surestimées.

- Le paquet de services pour lequel les projections ont été faites comprend :
    - la première consultation prénatale (CPN1) dont 100% des femmes enceintes ont besoin ;
    - les deuxième, troisième et quatrième consultations prénatales (CPN2-4) dont 90% des femmes enceintes ont besoin ;
    - les soins après l'avortement (SAA), y compris la planification familiale (PF) dont 10% des femmes enceintes ont besoin ;
    - les accouchements eutociques assistés (AA), y compris les soins post-partum et la PF dont 90% des femmes enceintes ont besoin en Guinée ;
    - les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), y compris la PF, dont 15% des femmes qui accouchent ont besoin ;
    - les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) dont 5% des femmes qui accouchent (1/3 des femmes qui ont besoin de SONUB) ont besoin ;
    - les trois consultations post-natales (CPoN1-3), y compris la PF dont 100% des femmes qui accouchent ont besoin ;
    - les soins aux nouveau-nés présentant des complications (SNNC) dont 10% des accouchements ont besoin.
- Les pédiatres (PED), les gynécologues (GYN), les médecins généralistes (MG), les sages-femmes (SF) et les infirmiers d'État (IDE) ont été identifiés comme les ressources humaines supposées assumer la responsabilité principale en matière de fourniture de ces services.
- La répartition des tâches (charge de travail) dans le paquet de services entre ces catégories de personnel a été définie comme suit :

	CPN	AA + SPP	SAA	SONUB	SONUC	CPoN	SNNC
PED/NEO							100%
GYN			10%		60%		
MG		10%	10%	10%	40%		
SF	75%	70%	60%	70%		75%	
IDE	25%	20%	20%	20%		25%	
ATS							

Tableau 20 Répartition normative de la charge de travail entre les catégories de personnel

- Une partie de la méthodologie « Indicateurs de la charge de travail pour la détermination des besoins en personnel » (WISN) a été utilisée afin de déterminer la productivité (nombre de femmes qu'un prestataire qualifié peut prendre en charge par an). Concernant le temps de travail disponible par catégorie de personnel, les hypothèses suivantes ont été utilisées pour les projections pour toutes les catégories confondues :

COMPOSANTE	VALEUR
Heures de travail par jour à temps plein	7,8 (39 heures par semaine)
Jours de travail par semaine	5
Semaines par an	52
Heures de travail possibles par an	**2 028 (260 jours)**
- Jours de congés fériés	13
- Jours de congés annuels	22
- Jours de congés maladies	5
- Jours d'autres congés (formation, congés personnels, etc.)	10
Heures d'absence totales	**390 (50 jours)**
Heures de travail disponibles par an	**1 638 (210 jours)**

Tableau 21 Temps de travail disponible (toutes catégories professionnelles confondues)

- Sur la base de l'étude de cas réalisée par le Bureau Health Focus et les discussions entre les experts, les standards d'activités (minutes par femme) ont été déterminés pour chaque catégorie de personnel qui fournit ce service comme suit:

Activité	Standard d'activité (minutes par femme)
CPN 1	45
CPN 2	30
CPN 3	30
CPN 4	45
SAA	45
AA	480
AA et SONUB	560
CPoN1	30
CPoN2	45
CPoN3	20
CPoN4	25

Tableau 22 Standards d'activité par service

- Le nombre de césariennes effectuées par un GYN (à temps plein, y compris le temps indirect) était estimé à 3 par jour de 7,8 heures, c'est-à-dire 630 par an.

- Les différentes catégories professionnelles sont supposées consacrer un pourcentage du temps de travail aux activités indirectes (activités de soutien, par exemple pour la gestion, l'administration, les réunions, la préparation de la salle, etc.) comme suit :

	Pourcentage du temps consacré aux activités indirectes ou activités de soutien
ATS	30%
IDE	30%
SF	20%
MG	30%
GYN	30%
PED	30%

Tableau 23 Pourcentage du temps consacré aux activités indirectes ou activités de soutien

- Sur la base des résultats de l'étude de cas réalisée par le Bureau Health Focus, le pourcentage du temps consacré aux activités directes liées à la pratique de sage-femme est estimé comme suit :

	Pourcentage du temps consacré aux autres activités directes (activités non-liées à la pratique de sage-femme)
ATS	57%
IDE	71%
SF	0%
MG	71%
GYN	57%
PED	71%

Tableau 24 Pourcentage du temps consacré aux autres activités directes

- Pour l'effectif actuel et sa répartition selon les différents budgets (contractuels, fonctionnaires et secteur privé), les données non-traitées du recensement des RHS de 2009 ont été utilisées.

Effectif	MA	ATS	IDE	SF	MG	GYN	PED	CHI
Dans les fosa publiques : *fonctionnaires*	314	3 218	1 175	418	947	85	58	88
Dans les fosa publiques : *contractuels*	23	588	75	38	66	11	3	0
Dans les fosa privées	24	300	177	30	216	13	5	18
Effectif Total	**361**	**4 106**	**1 427**	**486**	**1 229**	**109**	**66**	**106**

Tableau 25 Effectif actuel et sa répartition selon les différents budgets (contractuels, fonctionnaires et secteur privé)

- Il a été supposé qu'un concours similaire à celui de 2007 (organisé en 2011) et le concours planifié pour 2014 sera lancé tous les 4 ans, comme l'illustre le Tableau ci-dessous.

Recrus a travers le concours	MA	ATS	IDE	SF	MG	GYN	PED	CHI
2005								
2011 (1296)	0	808	139	110	105			
2014 (2000)	0	600	750	300	200			
Supposition Scenario A:	Concours tous les 4 ans, recrus égalent le moyen 2011/2014)							
Moyenne attendu pour les années a venir	**0**	**704**	**445**	**205**	**153**	**6**	**11**	**?**

Tableau 26 Hypothèses concernant le recrutement dans les années à venir dans le scénario A (maintien du statut quo)

- Il y avait une absence de données sur l'absorption (recrutement) des spécialistes, sur les RHSMN sur les autres budgets par an : les contractuels ou les agents recrutés par le secteur privé par an. Pour cette raison, l'absorption à travers ces budgets n'est pas prise en compte dans les projections. Néanmoins, ces spécialistes sont pris en compte dans l'effectif actuel utilisé pour les projections.

- Le départ à la retraite a été calculé sur la base des dates de naissance des RHS selon le recensement des RHS de 2009 :

Déperdition à la retraite	≤2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Matrone	80	9	10	13	7	13	6	21	4	12	19	10
ATS	177	101	120	162	154	223	149	203	104	213	135	135
IDE	266	81	99	82	60	75	60	53	23	42	27	26
SF	108	34	28	18	12	15	6	15	9	17	12	13
MG	12	6	11	8	28	29	22	31	34	34	35	33
GYN	1	0	0	5	7	3	7	2	2	2	4	3
PED	3	1	0	0	3	4	4	3	1	3	0	0
CHI	1	0	2	2	5	6	6	1	5	3	6	1
TOTAL	**755**	**266**	**298**	**303**	**281**	**380**	**259**	**342**	**189**	**341**	**246**	**231**

Tableau 27 Déperdition pour cause de départ à la retraite prévu

- En l'absence de données, la déperdition pour raisons volontaires et involontaires a été estimée à 7% par an pour les MG et spécialistes, en raison d'une « fuite des cerveaux » massive. Pour les IDE, les SF et les ATS le taux de déperdition a été évalué à 5%.

- Les données non-traitées du recensement des RHS de 2009 ont été utilisées pour déterminer la répartition des RHSMN dans le pays en 2009 et dans les années à venir (dans le scénario A où le statut quo est maintenu).

Région	Zone	Matrone	ATS	IDE	SF	MG	GYN	PED	CHI
Boké	Urbaine	46%	41%	68%	67%	77%	100%	100%	100%
	Rurale	54%	59%	32%	33%	23%	0%	0%	0%
Conakry	Urbaine	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Rurale	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Faranah	Urbaine	91%	57%	73%	78%	93%	100%	100%	100%
	Rurale	9%	43%	27%	22%	7%	0%	0%	0%
Kankan	Urbaine	0%	54%	70%	82%	97%	0%	100%	100%
	Rurale	0%	46%	30%	18%	3%	0%	0%	0%
Kindia	Urbaine	61%	55%	62%	80%	90%	100%	100%	100%
	Rurale	39%	45%	38%	20%	10%	0%	0%	0%
Labé	Urbaine	12%	46%	62%	75%	86%	0%	100%	75%
	Rurale	88%	54%	38%	25%	14%	0%	0%	25%
Mamou	Urbaine	49%	53%	75%	73%	100%	0%	100%	100%
	Rurale	51%	47%	25%	27%	0%	0%	0%	0%
N'Zérékoré	Urbaine	0%	56%	73%	88%	81%	0%	100%	100%
	Rurale	0%	44%	27%	12%	19%	0%	0%	0%
Guinée	**Urbaine**	**65%**	**69%**	**89%**	**92%**	**98%**	**100%**	**100%**	**99%**
	Rurale	**35%**	**31%**	**11%**	**8%**	**2%**	**0%**	**0%**	**1%**

Tableau 28 Répartition de l'effectif selon la région et la zone de résidence

- L'analyse de l'offre en ressources humaines en santé (2011) ainsi que les informations fournies par les experts nationaux ont permis d'aboutir à des hypothèses sur les moyennes annuelles des nouveaux diplômés.

Année	Matrone	ATS	IDE	SF	MG	GYN	PED
2006		847	53	37	255	??	??
2007		847	158	68	280	??	??
2008		847	224	72	113	??	??
2009		847	103	70	397	??	??
2010		847	135	90	296	??	??
Moyenne attendue pour les années à venir	**847**	**135**	**67**	**268**	**6**	**11**	

Tableau 29 Moyennes annuelles des nouveaux diplômés en Guinée

Annexe 2 – Tableaux des projections du scénario A

Tableau 30 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir en Guinée, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Guinée	National							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	99	0	75	0	45	0	27
Matrone	0	260	0	193	0	141	0	86
ATS	0	3 939	0	3 513	0	3 014	0	2 592
IDE	2 674	1 189	2 863	1 087	3 056	1 062	3 257	1 115
SF	2 263	409	2 423	422	2 586	478	2757	518
MG	942	1 169	1 009	1 024	1 077	857	1 148	704
GYN	43	102	46	77	49	46	52	31
PED	59	54	63	43	67	24	72	13
Guinée	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	99	0	75	0	45	0	27
Matrone	0	169	0	125	0	92	0	56
ATS	0	2 718	0	2 424	0	2 080	0	1 788
IDE	781	1 058	878	967	981	946	1 101	992
SF	661	376	743	388	830	440	932	477
MG	275	1 146	309	1 003	346	840	388	690
GYN	12	101	14	76	16	46	18	31
PED	17	54	19	43	22	24	24	13
Guinée	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	91	0	68	0	49	0	30
ATS	0	1 221	0	1 089	0	934	0	803
IDE	1 893	131	1 985	120	2 075	117	2 157	123
SF	1 602	33	1 680	34	1 757	38	1 825	41
MG	667	23	700	20	731	17	760	14
GYN	30	1	32	1	33	0	34	0
PED	42	0	44	0	46	0	47	0

Tableau 31 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Boké, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Boké	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	4	0	3	0	2	0	1
Matrone	0	26	0	19	0	14	0	9
ATS	0	273	0	243	0	209	0	180
IDE	266	48	282	44	299	43	315	45
SF	225	20	239	21	253	24	267	26
MG	94	23	99	20	105	17	111	14
GYN	4	6	4	5	5	3	5	2
PED	6	2	6	1	7	1	7	0
Boké	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	4	0	3	0	2	0	1
Matrone	0	12	0	9	0	7	0	4
ATS	0	111	0	99	0	85	0	73
IDE	48	33	54	30	60	29	67	31
SF	40	13	45	14	51	16	57	17
MG	17	18	19	16	21	13	24	11
GYN	1	6	1	5	1	3	1	2
PED	1	2	1	1	1	1	1	0
Boké	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	14	0	11	0	8	0	5
ATS	0	162	0	145	0	124	0	107
IDE	218	15	229	14	239	14	248	14
SF	185	7	194	7	202	8	210	9
MG	77	5	81	5	84	4	88	3
GYN	3	0	4	0	4	0	4	0
PED	5	0	5	0	5	0	5	0

Tableau 32 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Conakry, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Conakry	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	70	0	54	0	32	0	19
Matrone	0	97	0	72	0	53	0	32
ATS	0	1 365	0	1 217	0	1 045	0	898
IDE	401	757	451	692	503	676	564	709
SF	340	263	381	272	426	308	478	334
MG	141	994	159	870	177	729	199	598
GYN	6	70	7	53	8	32	9	21
PED	9	44	10	35	11	20	12	10
Conakry	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	70	0	54	0	32	0	19
Matrone	0	97	0	72	0	53	0	32
ATS	0	1 365	0	1 217	0	1 045	0	898
IDE	397	757	446	692	498	676	559	709
SF	336	263	377	272	421	308	473	334
MG	140	994	157	870	175	729	197	598
GYN	6	70	7	53	8	32	9	21
PED	9	44	10	35	11	20	12	10
Conakry	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	5	0	5	0	5	0	5	0
SF	4	0	4	0	4	0	4	0
MG	2	0	2	0	2	0	2	0
GYN	0	0	0	0	0	0	0	0
PED	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 33 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Faranah, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Faranah	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	4	0	3	0	2	0	1
Matrone	0	16	0	12	0	9	0	5
ATS	0	390	0	348	0	298	0	257
IDE	213	60	227	55	241	54	256	56
SF	180	28	192	29	204	33	216	36
MG	75	12	80	10	85	9	90	7
GYN	3	5	4	4	4	2	4	2
PED	5	2	5	1	5	1	6	0
Faranah	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	4	0	3	0	2	0	1
Matrone	0	14	0	11	0	8	0	5
ATS	0	224	0	200	0	171	0	147
IDE	48	44	54	40	61	39	68	41
SF	41	22	46	23	51	26	58	28
MG	17	11	19	10	21	8	24	7
GYN	1	5	1	4	1	2	1	2
PED	1	2	1	1	1	1	1	0
Faranah	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	1	0	1	0	1	0	0
ATS	0	166	0	148	0	127	0	109
IDE	165	16	173	15	181	15	188	15
SF	139	6	146	6	153	7	159	8
MG	58	1	61	1	64	1	66	1
GYN	3	0	3	0	3	0	3	0
PED	4	0	4	0	4	0	4	0

Tableau 34 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Kankan, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Kankan	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	2	0	1	0	1	0	1
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	390	0	348	0	298	0	257
IDE	438	48	464	44	491	43	517	45
SF	371	8	393	8	415	9	438	10
MG	154	35	164	31	173	26	182	21
GYN	7	1	7	1	8	0	8	0
PED	10	0	10	0	11	0	11	0
Kankan	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	2	0	1	0	1	0	1
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	212	0	189	0	162	0	139
IDE	69	34	77	31	87	30	97	32
SF	58	7	66	7	73	8	82	8
MG	24	34	27	30	30	25	34	21
GYN	1	1	1	1	1	0	2	0
PED	2	0	2	0	2	0	2	0
Kankan	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	178	0	159	0	136	0	117
IDE	369	14	387	13	404	13	420	14
SF	312	1	327	2	342	2	356	2
MG	130	1	136	1	143	1	148	1
GYN	6	0	6	0	6	0	7	0
PED	8	0	9	0	9	0	9	0

Tableau 35 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Kindia, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Kindia	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	8	0	6	0	4	0	2
Matrone	0	39	0	29	0	21	0	13
ATS	0	429	0	383	0	328	0	282
IDE	399	84	423	77	446	75	470	79
SF	338	40	358	42	378	47	397	51
MG	141	35	149	31	157	26	165	21
GYN	6	10	7	8	7	5	7	3
PED	9	6	9	5	10	3	10	2
Kindia	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	8	0	6	0	4	0	2
Matrone	0	24	0	18	0	13	0	8
ATS	0	238	0	212	0	182	0	156
IDE	56	52	63	47	70	46	79	49
SF	47	32	53	33	59	38	67	41
MG	20	32	22	28	25	23	28	19
GYN	1	10	1	8	1	5	1	3
PED	1	6	1	5	2	3	2	2
Kindia	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	15	0	11	0	8	0	5
ATS	0	191	0	171	0	146	0	126
IDE	343	32	360	29	376	29	391	30
SF	290	8	305	9	318	10	331	10
MG	121	3	127	3	133	2	138	2
GYN	5	0	6	0	6	0	6	0
PED	8	0	8	0	8	0	9	0

Tableau 36 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Labé, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Labé	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	2	0	1	0	1	0	1
Matrone	0	55	0	41	0	30	0	18
ATS	0	390	0	348	0	298	0	257
IDE	190	48	202	44	213	43	225	45
SF	161	8	171	8	181	9	190	10
MG	67	23	71	20	75	17	79	14
GYN	3	4	3	3	3	2	4	1
PED	4	0	4	0	5	0	5	0
Labé	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	2	0	1	0	1	0	1
Matrone	0	7	0	5	0	4	0	2
ATS	0	179	0	160	0	137	0	118
IDE	30	30	34	27	38	27	42	28
SF	25	6	28	6	32	7	36	8
MG	11	20	12	18	13	15	15	12
GYN	0	3	1	2	1	1	1	1
PED	1	0	1	0	1	0	1	0
Labé	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	49	0	36	0	26	0	16
ATS	0	211	0	188	0	161	0	139
IDE	160	18	168	17	176	16	183	17
SF	136	2	142	2	149	2	155	3
MG	57	3	59	3	62	2	64	2
GYN	3	1	3	1	3	0	3	0
PED	4	0	4	0	4	0	4	0

Tableau 37 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à Mamou, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

Mamou	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	2	0	1	0	1	0	1
Matrone	0	26	0	19	0	14	0	9
ATS	0	234	0	209	0	179	0	154
IDE	167	48	176	44	186	43	195	45
SF	141	12	149	13	157	14	165	15
MG	59	23	62	20	66	17	69	14
GYN	3	2	3	2	3	1	3	1
PED	4	0	4	0	4	0	4	0
Mamou	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	2	0	1	0	1	0	1
Matrone	0	13	0	9	0	7	0	4
ATS	0	125	0	112	0	96	0	82
IDE	21	36	24	33	26	32	30	34
SF	18	9	20	9	22	10	25	11
MG	7	23	8	20	9	17	10	14
GYN	0	2	0	2	0	1	0	1
PED	0	0	1	0	1	0	1	0
Mamou	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	14	0	10	0	7	0	4
ATS	0	109	0	97	0	83	0	72
IDE	146	12	153	11	160	11	166	11
SF	123	3	129	3	135	4	140	4
MG	51	0	54	0	56	0	58	0
GYN	2	0	2	0	3	0	3	0
PED	3	0	3	0	4	0	4	0

Tableau 38 Besoins et offre en RHSMN dans les années à venir à N'Zérékoré, par catégorie professionnelle et par zone de résidence

N'Zérékoré	Régional							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	7	0	5	0	3	0	2
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	468	0	417	0	358	0	308
IDE	601	96	638	88	676	86	715	90
SF	508	28	540	29	572	33	605	36
MG	212	23	225	20	238	17	252	14
GYN	10	4	10	3	11	2	11	1
PED	13	0	14	0	15	0	16	0
N'Zérékoré	**Zone urbaine**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	7	0	5	0	3	0	2
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	264	0	235	0	202	0	173
IDE	113	70	127	64	142	63	159	66
SF	95	25	107	26	120	29	135	32
MG	40	19	45	17	50	14	56	11
GYN	2	4	2	3	2	2	3	1
PED	2	0	3	0	3	0	3	0
N'Zérékoré	**Zone rurale**							
Catégorie professionnelle	2014		2017		2020		2023	
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre	Besoins	Offre
CHI	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	0	0	0	0	0	0	0
ATS	0	204	0	182	0	156	0	134
IDE	488	26	512	23	535	23	556	24
SF	413	3	433	4	453	4	470	4
MG	172	4	180	4	188	3	196	3
GYN	8	0	8	0	9	0	9	0
PED	11	0	11	0	12	0	12	0

Annexe 3 – Contributeurs au processus

Nom et Prénoms	Fonction/Provenance
Dr Younoussa BALLO	Conakry/Secrétaire-Général/MSHP
M. Mbemba TRAORE	Conakry/DRH/MSHP
M. Sékou SIDIBE	Conakry/DNFP/T/MEET/FP
Mme Aïssatou BARRY	Conakry/DNFPT/MEET/FP
M. Toumany KEITA	Conakry/Chef Div.GCE/MTFP
M. Sekou TALL	Conakry/DNFonction Publique Locale
M. Victor Alya SYLLA	Conakry/NTIC/DRH/MSHP
Dr Mohamed Faza DIALLO	Conakry/Chef Serv.FP/DRH/MSHP
Mme Sira TOURE	Conakry/Secrétaire Adm.MSHP
Mme Mayorè SAMOURA	Conakry/Sage-femme/CHU I Deen
Mme Salematou BARRY	Conakry/Sagefemme/CHU DONKA
Dr Mamadou Saliou BAH	Conakry/Université
Dr Mohamed Lamine YANSANE	Conakry/MSHP
Dr Yero-Boye CAMARA	Président du Comité multisectoriel de coordination et de facilitation de la mise œuvre du PDGRHS
Dr Amadou BALDE	Consultant National/OMS
Dr René ZITSAMELE-CODDY	Représentant Permanent/ OMS Guinée

Dr Saliou Dian DIALLO	OMS Guinée
Dr Cécé VIEUX KOLIE	OMS Guinée
Dr MARA	OMS Guinée
Mamadou Lamine BARRY	Conakry/ Consultant Health Focus
Dr Abdoulaye BAH	Conakry/ Consultant Health Focus
Thierno Ahmadou SOW	Conakry/ Consultant Health Focus
Dr Aïssatou DIENG	Conakry/Consultante Health Focus
Dr Facinet YATTARA	Conakry/Consultant Health Focus
Marjolein DIELEMAN	Amsterdam/ Institut Royal des Tropiques (KIT)
Christel JANSEN	Amsterdam/ Institut Royal des Tropiques (KIT)