**REPUBLIQUE DE GUINEE**

**--------------------------**

****Travail-Justice-Solidarité**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**------------------------------------------------**

**Direction des Ressources Humaines**

**----------------------------------------------------------------------**

**ELABORATION DE LA POLITIQUE**

**DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE**

**analyse de situation des ressources humaines pour la santé**

**Rapport Final**



Dr. Yéro-Boye CAMARA, médecin de santé publique

Dr. Alpha Ahmadou BAH, administrateur des services de santé

M. Aliou Taïbata DIALLO, administrateur des services de santé

Décembre 2018

Contenu

[Liste des abréviations 4](#_Toc534751445)

[Liste des tableaux et figures 7](#_Toc534751446)

[Remerciements 2](#_Toc534751447)

[Résumé 2](#_Toc534751448)

[Introduction 3](#_Toc534751449)

[Objectif général 3](#_Toc534751450)

[Objectifs spécifiques 3](#_Toc534751451)

[1. Méthodologie 3](#_Toc534751452)

[2. Presentation du pays 4](#_Toc534751453)

[2.1. Situation géographique 4](#_Toc534751454)

[2.2. Organisation politico-administrative 5](#_Toc534751455)

[2.3. Aperçu socio-économique et gouvernance 5](#_Toc534751456)

[2.4. Politique de santé et de population 6](#_Toc534751457)

[2.5. Profil épidémiologique 7](#_Toc534751458)

[2.6. Système de santé 9](#_Toc534751459)

[2.6.1. Infrastructures sanitaires 9](#_Toc534751460)

[2.6.2. Ressources financières et financement du secteur 11](#_Toc534751461)

[3. SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 14](#_Toc534751462)

[3.1. Situation des effectifs des RHS 14](#_Toc534751463)

[3.1.1. Vue d’ensemble des RHS 14](#_Toc534751464)

[3.1.2. Situation du personnel professionnel de la santé 16](#_Toc534751465)

[3.1.2.1. Performance 54](#_Toc534751466)

[3.1.2.2. Départ pour la retraite à l’horizon 2024 56](#_Toc534751467)

[3.1.3. Situation du personnel non professionnel de la santé 56](#_Toc534751468)

[3.1.3.1. Effectif 56](#_Toc534751469)

[3.1.3.2. Départ pour la retraite à l’horizon 2024 57](#_Toc534751470)

[3.2. Besoins en Ressources Humaines pour la Santé 58](#_Toc534751471)

[3.2.1. Evolution prévisible des effectifs des professionnels de la santé du secteur public de 2019 à 2024 58](#_Toc534751472)

[4. SITUATION DE LA FORMATION ET DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DES RHS 59](#_Toc534751473)

[4.1. Formation initiale 60](#_Toc534751474)

[4.1.1. Formation universitaire 60](#_Toc534751475)

[4.1.2. Formation professionnelle 63](#_Toc534751476)

[4.2. Formation de spécialisation 65](#_Toc534751477)

[4.3. Formation continue 67](#_Toc534751478)

[5. SITUATION DE LA GESTION DES RHS 68](#_Toc534751479)

[5.1. Cadres légal et réglementaire de la gestion des RHS 69](#_Toc534751480)

[5.2. Cadre institutionnel de gestion des RHS au MS 71](#_Toc534751481)

[5.3. Capacités institutionnelles de gestion des RHS du ministère de la santé 72](#_Toc534751482)

[5.4. Pratique de gestion des RHS 73](#_Toc534751483)

[5.4.1. Planification des RHS 73](#_Toc534751484)

[5.4.2. Recrutement 73](#_Toc534751485)

[5.4.3. Affectation, intégration et utilisation 74](#_Toc534751486)

[5.4.4. Plan de carrière 74](#_Toc534751487)

[5.4.5. Rémunération et mesures incitatives 75](#_Toc534751488)

[5.4.5.1. Rémunération 75](#_Toc534751489)

[5.4.5.2. Motivation et fidélisation 75](#_Toc534751490)

[5.4.6. Fuite de cerveaux, exode et cumul d’emploi des professionnels de la santé 76](#_Toc534751491)

[5.4.7. Système d’information de gestion des RHS 76](#_Toc534751492)

[5.4.8. Situation de la recherche sur les RHS 77](#_Toc534751493)

[6. Parties prenantes DU DEVELOPPEMENT DES RHS 77](#_Toc534751494)

[7. analyse stratgique de la situation des rhs 78](#_Toc534751495)

[7.1. Forces, faiblesses, menaces et opportunités 78](#_Toc534751496)

[7.2. Défis en matière de RHS 81](#_Toc534751497)

[CONCLUSION 81](#_Toc534751498)

[RECOMMANDATIONS 81](#_Toc534751499)

[8. Bibliographie 81](#_Toc534751500)

[ANNEXES 82](#_Toc534751501)

# Liste des abréviations

AS : Assistant social

ATS : Agent technique de santé

BKE: Boké

CEDEAO : Communauté économique des Etats de l’Afrique de l’Ouest

CES : Certificat d’étude spécialisée

CFRSR : Centre de formation et de recherche en santé rurale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CKY: Conakry

CMC : Centre médical de commune

CNSS : Caisse nationale de sécurité sociale

CSA : Centre de santé amélioré

CSR : Centre de santé rural

CSU : Centre de santé urbain

CTPS : Comité technique préfectoral de la santé

CTRS : Comité technique régional de la santé

DEA : Diplôme d’étude approfondie

DES : Diplôme d’étude spécialisée

DNEHS : Direction nationale des établissements hospitaliers et de soins

DPS : Direction préfectorale de la santé

DRH: Division des ressources humaines

DRHS : Division des ressources humaines de la santé

DRS : Direction régionale de la santé

DTC3 : Diphtérie, tétanos et coqueluche 3 (3ème dose du vaccin)

DTP3 : Diphtérie, tétanos et poliomyélite 3

EDS : Enquête démographique et de santé

ENSK : Ecole nationale de santé de Kindia

ESSC : Ecole secondaire de santé communautaire

ESSFK : Ecole supérieure de sages-femmes de Kobaya

F : Féminin

FG : Franc guinéen

FMI : Fonds monétaire international

FMPOS : Faculté de Médecine, pharmacie et odontostomatologie

FNH: Faranah

HN : Hôpital national

HP : Hôpital préfectoral

HR : Hôpital régional

IE : Infirmier d’Etat

IEC : Information, Education et communication

INSE : Institut de nutrition et de santé de l’enfant

INSP : Institut national de santé publique

IPPS : Institut de perfectionnement du personnel de santé

ISFC : Inspecteur des services financiers et comptables

KIND: Kindia

KKN: Kankan

Km : Kilomètre

Km2: Kilomètre carré

M : Masculin

MAM: Mamou

Mm : millimètre

MSHP: Ministère de la Santé et de l’Hygiène publique

NTIC : Nouvelle technologie de l’information et de la communication

NZE : Nzérékoré

OMD : Objectif du Millénaire pour le développement

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

OOAS : Organisation ouest-africaine de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PEV : programme élargi de vaccination

PEV/SSP/ME : Programme élargi de vaccination, soins de santé primaires et médicaments essentiels

PIB : Produit intérieur brut

PNDS : Plan national de développement sanitaire

Prog.: programme

PS : Poste de santé

PSDRH : Plan stratégique de développement des ressources humaines

PTF : Partenaire technique et financier

RGPH : Recensement général de la population et de l’habitat

RH: Ressource humaine

RHS : Ressource humaine pour la santé

SF : Sage-femme

Tech : technicien

TL : Technicien de laboratoire

UGANC : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

VIH/sida : Virus de l’immunodéficience humaine/syndrome de l’immunodéficience acquise

# Liste des tableaux et figures

# Remerciements

# Résumé

# 

# Introduction

Après l’avènement de l’épidémie à virus Ebola, la République de Guinée s’est dotée d’une nouvelle politique nationale de santé qui a retenu, dans son orientation stratégique No 3, le développement des ressources humaines de qualité comme pilier prioritaire. Cette orientation a été déclinée en stratégies d’intervention et actions prioritaires pour augmenter la densité des RHS de qualité, motivées et mieux réparties dans le pays.

A cet effet, le Ministère de la santé a décidé de se doter d’une politique sectorielle de développement des ressources humaines. Pour y arriver une analyse de la situation des RHS s’avère indispensable.

C’est dans ce cadre que se situe l’élaboration du présent rapport, structuré comme suit :

1. Méthodologie
2. Présentation du pays
3. Situation des ressources humaines pour la sante
4. Situation **de la formation et du développement des compétences des RHS**
5. Situation de la gestion des RHS
6. Situation de la recherche sur les RHS
7. Parties prenantes du développement des RHS
8. Analyse stratégique de la situation des RHS
9. Conclusion

## Objectif général

Mettre à la disposition du MS une politique des ressources humaines pour la santé

## Objectifs spécifiques

* Procéder à l’analyse participative de la situation des ressources humaines pour la santé
* Elaborer la politique sectorielle de développement des ressources humaines

# Méthodologie

L’équipe de travail a analysé la situation des RHS en exploitant plusieurs types de documents existants, conformément à l’instruction de la Direction des Ressources humaines du MS. Les discussions au sein du groupe, la revue de nombreux documents portant sur l’analyse et ou la planification du développement des RHS ont permis d’arrêter le plan de rédaction du rapport et d’affiner son contenu.

Le fichier des ressources humaines pour la santé existant au Ministère en charge de la Fonction publique, fourni par la Direction des Ressources Humaines (DRH) de la santé, a été exploité pour déterminer les effectifs actuels des RHS, étudier leur répartition, calculer les différents ratios et projeter les départs à la retraite et l’évolution prévisible des effectifs des RHS de **2019 à 2024**. Les effectifs requis ont été déterminés sur la base des normes de l’OMS

La performance du personnel de santé a été analysée en exploitant les annuaires des statistiques sanitaires et les rapports d’enquêtes nationales (réalisées par le Ministère du Plan) disponibles.

La population guinéenne estimée en 2018 a été tiré du « RGPH3, perspectives démographiques ».

L’analyse du système de production des RHS du pays résulte de l’exploitation des rapports de l’étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé, Juillet 2017, le plan de formation continue des personnels de santé, 2018, l’Etat de situation du Secteur, 2015 (METFPET) et autres.

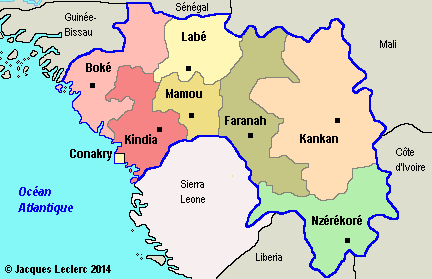
Le cadre institutionnelle a été analysé en étudiant les lois, décrets et autres documents juridiques existants relatifs aux Ressources humaines en général ou aux RHS en particulier.

Les limites de l’étude résident dans l’indisponibilité d’information qui n’a pas permis de faire la situation sur la distribution des RHS selon le genre, le milieu de résidence, le type de service (administratif ou de soins) et dans le sous-secteur privé.

En dépit de ces limites, les résultats de l’étude peuvent être valablement utilisés pour élaborer la politique sectorielle de développement des ressources humaines.

# Presentation du pays

# Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitudes nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par La Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d’Ivoire et le Mali à l’est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l’Océan Atlantique à l’ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s’étend sur 800 km d’est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

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

La basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an. Elle est dominée à l'Est par le [massif de Benna](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Massif_de_Benna&action=edit&redlink=1) (1 214 m), le mont [Kakoulima](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kakoulima&action=edit&redlink=1) (1 011 m) et le [mont Gangan](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mont_Gangan&action=edit&redlink=1) (1 117 m).

La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm. Elle entoure le massif du [Fouta-Djalon](https://fr.wikipedia.org/wiki/Fouta_Djallon) qui occupe environ 80 000 km2 et culmine au [mont Loura](https://fr.wikipedia.org/wiki/Mont_Loura) (1 532 m).

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

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux, qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm. C’est là que se trouve le point culminant de la Guinée, le mont Nimba (1 752 m).

Au plan démographique, selon le RGPH3 2014, la population Guinéenne est estimée en 2018

à 11 883 516 habitants dont 64,1% en zone rurale et 51,5% de femmes. C’est une population jeune, les moins de 15 ans représentant plus de 44,9%.[[1]](#footnote-1) La densité de la population est de 43 hab. /km2.

L’espérance de vie à la naissance est estimée à 59 ans (60 ans pour les femmes et 57 ans pour les hommes) et le taux brut de mortalité est de 11,2‰.[[2]](#footnote-2)

Le taux brut de natalité (TBN) obtenu au RGPH3 est de 39,7‰ avec un indice synthétique de fécondité ISF de 4,8[[3]](#footnote-3), [[4]](#footnote-4) enfants par femme au niveau national. La taille moyenne d’un ménage est de 7,1 personnes[[5]](#footnote-5).

## Organisation politico-administrative

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s’ajoute la ville de Conakry qui jouit d’un statut de collectivité décentralisée. Ces régions se subdivisent en 33 préfectures et 307 sous-préfectures. Ces subdivisions représentent les structures déconcentrées de l’Etat. Dans le cadre de la décentralisation, le pays est organisé en collectivités décentralisées 342: communes urbaines 38 (dont 5 à Conakry) et communes rurales 304. Ces communes se subdivisent respectivement, en 563 quartiers et 3 690 districts et 15 061 secteurs[[6]](#footnote-6), [[7]](#footnote-7).

## Aperçu socio-économique et gouvernance

La population guinéenne présente une grande diversité ethnique. L’islam est la religion dominante dans le pays (85%). Le reste de la population pratique le christianisme (4,3%) et les croyances traditionnelles[[8]](#footnote-8).

Bien qu’ayant connu une légère hausse de son Indice du développement humain, la Guinée reste encore parmi les pays les plus pauvres au monde (183ème sur 188 pays en 2015). Le taux de pauvreté monétaire (55,2%) était très élevé en 2012[[9]](#footnote-9).

Le potentiel économique à moyen terme de la Guinée demeure prometteur. Cependant son contexte socio-économique reste encore marqué par une dégradation de ses indicateurs macro-économiques.

Le taux d’alphabétisation est 32 %. La faiblesse du système éducatif est explicite avec un taux brut de scolarisation au primaire de 78,5% et de 28% au Lycée[[10]](#footnote-10).

Certains indicateurs de santé restent encore élevés : le taux de mortalité maternelle (550‰) naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile (44 ‰)[[11]](#footnote-11).

La Guinée dispose de richesses hydrographiques importantes, d’un riche potentiel minier (bauxite, or, diamant, fer de riche qualité, manganèse, zinc, cobalt, nickel, uranium) encore sous exploitées[[12]](#footnote-12).

Les activités agricoles occupent une importante partie de la population et y sont partout favorables. Les principales cultures sont le riz, le fonio, le sorgho, l’arachide, la pomme de terre, le manioc, l’igname, la banane, le coton, le café, le cacao. Elles restent en très grande majorité peu modernisées[[13]](#footnote-13).

La mauvaise gouvernance, le niveau élevé de l’inflation, le poids de la dette extérieure, la faiblesse des infrastructures dans les domaines de l’électricité, de l’eau, des transports et télécommunications, ainsi que le faible niveau du capital humain sont de lourds handicaps pour l’accélération de la croissance économique en Guinée[[14]](#footnote-14).

## Politique de santé et de population

La politique nationale de santé, revue et adaptée en 2014, avait pris en compte le contexte national. Elle est guidée par les principes directeurs suivants :

* *L’Efficience : L’atteinte d’un maximum des résultats devra correspondre à une utilisation rationnelle des ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et temporelles). Ceci sous-tend la promotion des interventions à haut impact fondées sur des preuves.*
* *Les Soins centrés sur les personnes et les services intégrés : Les soins seront organisés autour des besoins et attentes des personnes et des communautés plutôt que sur les maladies. Les réformes envisagées visant à promouvoir les soins centrés sur la personne permettront une meilleure implication des individus, des familles, des communautés et de la société civile (association des malades, des personnes vivant avec handicaps, des organisations caritatives…),*
* *La Gestion axée sur les résultats : l’option prise de passer de la planification par objectifs à celle axée sur les résultats aura comme conséquence une meilleure articulation entre les ressources mobilisées et les performances à réaliser avec un accent particulier sur la «redevabilité».*
* *La Décentralisation/déconcentration : dans le cadre de la décentralisation les collectivités locales sont dotées de compétences dans le domaine de la santé (Article 29 du Code de Collectivités Locales). Ces dispositions, combinées à l’option du Ministère de la Santé de faire du district le lieu d’opérationnalisation de la PNS et du PNDS, justifient une collaboration normée entre le Ministère de la Santé et les Collectivités Locales. Cette collaboration se fera à travers les mécanismes de planification. L’option implique, pour son efficacité, un transfert concomitant des compétences et des ressources.*
* *Le Partenariat : La dimension multisectorielle de la santé et le nombre de plus en plus important d’acteurs évoluant dans le secteur commandent la mise en place de dispositifs de dialogue politique et d’instruments de formalisation de la collaboration telle que la contractualisation. Ceci se fera dans l’esprit de l’option gouvernementale de privilégier le « faire-faire et la participation » pour responsabiliser davantage l’ensemble des acteurs.*

## Profil épidémiologique

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d’importance.

Le paludisme représente la première cause de morbidité (consultation) dans les formations sanitaires avec une incidence de 84,9 cas pour 1000 habitants en 2017. Les enfants de moins de cinq ans représentent environ 35% des cas de paludisme notifiés. Et 36% des décès hospitaliers sont dus au paludisme grave[[15]](#footnote-15).

Le VIH/SIDA, avec une prévalence stable de 1,7% chez les personnes âgées de 15-49 ans[[16]](#footnote-16), demeure un problème de santé publique. Bien que ce taux soit inférieur à la moyenne des pays francophones de l'Afrique subsaharienne (2%)[[17]](#footnote-17).

En 2017, le VIH/SIDA représentait 8% des consultations dans les formations sanitaires en Guinée[[18]](#footnote-18). . Il place la Guinée dans le groupe de pays à épidémie généralisée.

La prévalence de la Tuberculose, de 178 TPM+ pour 100.000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA.

Parmi les autres maladies transmissibles, 2% des enfants de moins de 5 ans présentent des symptômes d’infection respiratoire aigüe et 15% font un épisode diarrhéique[[19]](#footnote-19).

La Couverture vaccinale complète chez les enfants âgés de 12-23 mois avant leur premier anniversaire (rougeole avant leur deuxième anniversaire) est de 24 %. Par ailleurs, il est à noter un doublement de la proportion d’enfants n’ayant reçu aucun vaccin, passant de 11% en 2012 à 22% en 2018[[20]](#footnote-20).

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique (10%), la schistosomiase (50%) et les géo helminthiases (50%), l’onchocercose, l’ulcère de Buruli et la lèpre en phase d’élimination (moins de 1‰)[[21]](#footnote-21).

Les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d’HTA, des cancers du col de l’utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p.100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d’Emmel parmi les demandes de routine[[22]](#footnote-22)

L'espérance de vie à la naissance est une bonne mesure de l'état de santé global de la population d'un pays et de la qualité de sa vie. Celle des guinéens (59 ans)[[23]](#footnote-23) est supérieure à la moyenne de l'Afrique au Sud du Sahara (55 ans). 82,1%de la population ont accès à une source d'eau améliorée[[24]](#footnote-24).

La prévalence contraceptive moderne a augmenté de façon significative par rapport à la dernière EDS de 2012. En effet, le pourcentage de femmes qui utilisent une méthode moderne est passé de 5 % en 2012 à 11 % en 2018[[25]](#footnote-25).

Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié a augmenté en passant de 38%[[26]](#footnote-26) en 2005, à 43%[[27]](#footnote-27) en 2012 puis à 55%[[28]](#footnote-28) en 2018 et contraste avec la couverture en CPN (81%).

La Mortalité maternelle a diminué en passant de 724 pour 100 000 naissances vivantes à 550 pour 100 000 naissances vivantes; mais elle reste quand même élevée en Guinée[[29]](#footnote-29),[[30]](#footnote-30).

Il est de même pour la mortalité néonatale en passant de 39‰[[31]](#footnote-31)en 2005, à 33‰[[32]](#footnote-32) en 2012 à 32‰ [[33]](#footnote-33) en 2018et infanto-juvénile de 163‰[[34]](#footnote-34) en 2005 à 111 ‰[[35]](#footnote-35)en 2018.

Le taux brut de mortalité, au niveau global, est passé de 18,1‰ en 1983, à 14,2‰ en 1996 et à 11,2‰ en 2014. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est de 88 ‰[[36]](#footnote-36). La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans, une mesure de l'état nutritionnel global de la population, et sur la base des nouvelles normes de croissance de l’OMS. En Guinée, *la malnutrition demeure élevée*, trois enfants de moins de 5ans sur dix ont *un retard de croissance* en 2018 (30% contre 31% en 2012)**[[37]](#footnote-37)**.

L’état de santé des guinéens, brièvement dépeint ainsi, résulte de la contre-performance du système de santé. Celle-ci, à son tour, est le produit de l’effet combiné de la pauvreté et de la faible gouvernance globale dans lesquelles vit la population guinéenne.

Tous ces facteurs, ensemble ou isolément, contribuent à maintenir élevées la fécondité (4,8 enfants par femme) et la mortalité maternelle (550 pour 100 000) dans le pays.

## Système de santé

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

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

Le sous-secteur privé comprend, d’une part, les structures médicales (de soins et d’aide au diagnostic) et, d’autre part, les structures pharmaceutiques. Dans la typologie de ce sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique.

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

### Infrastructures sanitaires

Les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d’établissements de santé répartis entre les sous- secteurs public et privé.

Les infrastructures dans le sous- secteur public de la santé comprennent :

* Les infrastructures administratives :
* Structures du niveau central ;
* Direction Régionale de la Santé
* Direction Préfectorale de la Santé
* Les infrastructures d’appui
* Dépôt pharmaceutiques ;
* Centres de Transfusion Sanguine ;
* Centres de Recherche ;
* Instituts
* Les Infrastructures de soins
* Hôpital national
* Hôpital régional ;
* Hôpital Préfectoral /Centre médical de Commune
* Centre de santé Amélioré
* Centre de Santé,
* Poste de Santé

Tableau 2.1: **Situation des infrastructures sanitaires publiques**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure** | **Nombre** |
| Hôpital National | 3 |
| Hôpital Régional | 7 |
| Hôpital Préfectoral | 26 |
| Centre Médical de Commune | 9 |
| Centre de Santé Amélioré | 9 |
| Centre de Santé Urbain | 130 |
| Centre de Santé Rural | 314 |
| Poste de Santé | 1 196 |
| **Total** | **1 694** |

***Source : Ministère de la santé, Stratégie de gestion du personnel dans le secteur de la santé, août 2018***

Ces infrastructures sanitaires sont constituées majoritairement de Postes de santé (70%).

Tableau 2.2 : **Répartition de l’offre publique de soins par région**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGION** | **HN** | **HR** | **HP** | **CMC** | **CSA** | **CSU** | **CSR** | **PS** | **Total** | **%** |
| Boké | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 10 | 37 | 112 | 165 | 10% |
| Conakry | 3 | 0 | 0 | 6 | 0 | 35 | 0 | 13 | 57 | 3% |
| Faranah | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 9 | 39 | 134 | 186 | 11% |
| Kankan | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 13 | 56 | 213 | 288 | 17% |
| Kindia | 0 | 1 | 4 | 1 | 3 | 16 | 39 | 181 | 245 | 14% |
| Labé | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 15 | 49 | 154 | 224 | 13% |
| Mamou | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 10 | 35 | 137 | 185 | 11% |
| Nzérékoré | 0 | 1 | 5 | 2 | 3 | 22 | 59 | 252 | 344 | 20% |
| **GUINEE** | **3** | **7** | **26** | **9** | **9** | **130** | **314** | **1196** | **1694** | **100%** |
| Pourcentage | 0,2% | 0,4% | 1,5% | 0,5% | 0,5% | 7,7% | 18,5% | 70,6% | 100% |  |

***Source : Cartographie Infrastructures sanitaires 2017 DNEHHS/MS***

Dans l’ensemble et toutes catégories confondues, les régions de Nzérékoré et de Kankan comptent le plus grand nombre de structures respectivement 20% et 17%.

Selon le niveau de la pyramide, on note une prédominance du niveau primaire : 70,6% de Postes de santé et 26,2% de Centres de santé contre 2,7% pour les hôpitaux.

L’offre nationale de service de transfusion sanguine est de 4%. Elle varie, au niveau régional, de 2% (à Labé) à 8% (dans la région de Conakry)[[38]](#footnote-38).

L’ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et surtout de leur maintenance. Celles qui répondent aux normes sont peu nombreuses[[39]](#footnote-39) :

* hôpitaux régionaux : 3 sur 7 ;
* hôpitaux préfectoraux : 13 sur 26 ;
* Centres de santé : 115 sur 444 ;
* DRS/DPS : 4 sur 46

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

Le sous-secteur privé (formel et informel) se développe rapidement et de façon incontrôlée, à cause du déficit d’emplois et de projets. Bien qu’il contribue, de façon complémentaire, à rendre disponibles les services de santé, l’on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, des normes et de la qualité des services.

Le sous-secteur médical formel, composé de structures sans hospitalisation et avec hospitalisation, est réparti comme suit : 10 polycliniques, 47 cliniques, 3 hôpitaux d’entreprise, 254 cabinets de consultation, 24 cabinets dentaires et 26 cabinets de sage-femme, 163 cabinets de soins infirmiers, 5 centres de santé associatifs ou confessionnels, 3 cabinets d’imagerie et …. Laboratoires d’analyses biomédicales.

Le secteur privé pharmaceutique comprend[[40]](#footnote-40) :

* Le sous-secteur public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La PCG est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Sa mission consiste à assurer l’approvisionnement et la distribution des produits et consommables médicaux. Elle est placée sous tutelle du Ministère de la santé et jouit d’une autonomie de gestion. Elle compte un dépôt central et six dépôts régionaux : Conakry, Boké, Labé, Kankan, Faranah et N’Nzérékoré.
* Le sous-secteur privé est constitué par une Unité de production de médicaments essentiels génériques, deux (02) unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

### Ressources financières et financement du secteur

La Guinée s’est lancée dans la voie de la couverture sanitaire universelle depuis 2012. A cet effet, elle a engagé des réformes afin de renforcer l’offre de soins et services de santé, stimuler la demande de soins et services de santé et renforce la gouvernance du système de santé. Le développement de la santé communautaire est le moyen le plus approprié de mise en œuvre de ces réformes. Le tout doit être soutenu par un système de financement adéquat de la santé.

Aussi, dans ce qui suit, seront successivement examinés les stratégies de financement du système de santé et les dépenses de santé pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

#### Stratégie de financement et mécanismes de protection sociale[[41]](#footnote-41)

Dans le cadre Du dialogue politique en santé, un plaidoyer fort a été conduit auprès des Ministères en charge des Finances et du Budget pour l’augmentation à 15% de la part de la santé dans le Budget National. Ainsi, le Ministère du Budget s’est engagé à augmenter progressivement le budget de la santé pour atteindre 10% en 2024, sous réserve que les fonds alloués soient absorbés et justifiés.

Pour encourager les collectivités locales à prendre en charge le financement des services de santé de base (centres de santé, postes de santé, agents de santé et relais communautaires, le Gouvernement a créé l’Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC) dont le fonds (Fonds National de Développement Local) sera alimenté par 15% des redevances minières qui seront distribuées sur l’ensemble du territoire. Ce fonds contribuera au financement des plans de développement local à l’intérieur desquels le Pipeline Rural occupe une place importante. Ce pipeline est un des moyens de rétention et de fidélisation du personnel de la santé en zone rurale, enclavée et difficile. Cette disposition permettra donc de maintenir sur place le personnel qualifié, pour faciliter l’accès aux paquets de services définis pour la mise en œuvre de la santé communautaire.

Le Ministère de la santé encourage et entretient le développement du mécénat au profil de la santé à travers la construction et l’équipement d’infrastructures sanitaires dans les localités rurales par les communautés et les ressortissants nantis. Les cas des centres de santé améliorés de Yembering (Mali) et Poukou Bourouwal dans Gongoré (Mamou) en sont des exemples vivants.

Dans le cadre de l’amélioration de l’efficacité et de la qualité de l’offre, le Ministère de la santé a, entre autres, introduit la mise à échelle dans le secteur, après expérimentation dans une région, le financement basé sur les résultats (FBR).

La protection contre le risque financier lié à la maladie se concrétise en Guinée par :

* L’élaboration de la Politique de Protection Sociale
* La mise en place de l’Institut National d’Assurance Maladie (INAMO)
* La mise en place d’un fonds d’indigence
* La gratuité de certains actes et soins médicaux : CPN, accouchement, césarienne, traitement ARV du VIH, traitement de la TB, du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes
* L’encouragement du développement de l’Assurance Maladie Privée Volontaire et des mutuelles de santé.

#### Financement et Dépenses de santé

Au cours des trois années (2015 à 2017) la part du budget de l’Etat alloué à la santé a augmenté passant de 2,4% en 2014 à 4,94% en 2017. D’autres dépenses de santé telles que la santé des armées, la santé scolaire et universitaire, les mines, les affaires sociales ... ne sont pas connues du département de la santé. Si ces dépenses étaient prises en compte, la Guinée se rapprocherait davantage des objectifs d’Abuja (15%).

Tableau 2.3: Evolution des dotations budgétaires des années 2015 à 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Libellé** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Part de la santé | 4,27% | 4,66 | 4,94 % |
| Budget de la santé (en milliers de GNF) | 492 140 067 | 627 785 475 | 761 937 358 |
| Budget Global de l’Etat (en milliers de GNF) | 11 515 306 316 | 13 465 687 036 | 15 417 395 050 |

***Source****:* Rapport de la Revue du Plan de Relance et de Résilience 2015-2017) post Ébola du système de santé guinéen, *décembre 2018*

Le financement du secteur de la santé est assuré à la fois par l’Etat, les ménages, les entreprises, les institutions sans but lucratif (ISBL) et les Partenaires bi et multilatéraux. La figure 4.1 en montre l’évolution de 2010 à 2016 en valeur relative (4.1.a) et en valeur absolue (4.1.b)[[42]](#footnote-42), [[43]](#footnote-43), [[44]](#footnote-44).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Figure 2.1a: Dépenses totales de santé en pourcentage par source de financement de 2010 à 2016 | Figure 2.1b: Dépenses totales de santé en valeur absolue par source de financement de 2010 à 2016 (en millions de GNF) |

Sources : Comptes nationaux de santé de 2010 à 2016

Les ménages sont la principale source de financement des dépenses de santé (figure 4.1a et 4.1b). Leur contribution va de 62,21% des dépenses totales de santé en 2010 à 46,4% en 2016. Les partenaires techniques et financiers occupent la deuxième place, leur part allant de 26,94% en 2010 à 35% en 2016. L’Etat vient seulement en troisième position, avec 8,79% et 12,30% en 2010 et 2016 respectivement[[45]](#footnote-45).

La figure 4.1.a. semble indiquer que la charge des ménages a diminué entre 2013 et 2015 ; mais il n’en est rien. En effet, dans la réalité elle a plutôt augmenté en terme absolu, allant de 1052,63 milliards GNF en 2010 à 2070,28 milliards GNF en 2016.

La baisse apparente (en %) de la contribution des ménages pourrait s’expliquer par l’augmentation de la contribution du Reste du monde pendant cette période.

Cela signifie que les mécanismes alternatifs évoqués ci-haut (fonctionnement de l’INAMO, mise en place à l’échelle du FBR, développement de mutuelles et de l’assurance privée…) devraient être accélérés pour réduire la charge financière des ménages pour leurs soins.

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

Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d’une partie du personnel contractuel. Toutefois, il est attendu que cette part augmente au cours des années à venir, avec le pipeline rural et la santé communautaire.

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

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

# SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

## Situation des effectifs des RHS

### Vue d’ensemble des RHS

Les ressources humaines sont l’ensemble des hommes et des femmes qui travaillent dans une organisation. Elles constituent la plus grande richesse d’une nation, d’une organisation, sans laquelle aucune des autres ressources ne peut être utilisé avec efficacité et efficience.

Dans le secteur de la santé, le personnel se subdivise en personnel professionnel et en personnel d’appui/soutien ou non professionnel. Le personnel professionnel est celui qui a suivi une formation ayant conduit à l’obtention d’un diplôme dans un des domaines de la santé. Le personnel d’appui comprend tous les autres.

D’après le fichier du personnel du Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l’Etat et Modernisation de l’Administration (MFPREMA), fourni par la Direction des ressources humaines du ministère de la santé, l’effectif total des personnels de santé du sous-secteur public s’élève à 11.290 travailleurs. Et, sans surprise, la majorité du personnel public de santé (93,5%) sont des professionnels du domaine, c'est-à-dire qui dispose d'un diplôme livré suite à une formation en la matière. Les âges moyen et médian sont respectivement de 44 ans et 42 ans.

Comme il était prévisible, la majorité du personnel public de santé (93,5%) sont des professionnels de la santé. La répartition géographique privilégie toujours Conakry. Cependant le déséquilibre de distribution s'est significativement amoindri, la proportion de Conakry passant de 55% en 2012 à 31% actuellement. La ville ne possède plus que 28,4% du personnel professionnel de la santé.

La répartition géographique des RHS privilégie toujours Conakry. Cependant le déséquilibre de distribution s'est significativement amoindri, la part de Conakry étant passé de 55% en 2012 à 31% des effectifs totaux actuellement. Cette part baisse encore à 28,4% lorsque l’on ne considère que le personnel professionnel de la santé (tableau 3.1).

**Tableau 3.1** : Répartition des ressources humaines du sous-secteur public de la santé au 15 décembre 2018, selon leur catégorie (professionnel de santé ou non)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Personnel d’appui** | **Professionnel de santé** | | **Effectif Total** | **%** |
| **Effectif** | **%** |
| Boké | 34 | 957 | 9,1% | 991 | 8,8% |
| Conakry | 505 | 3 000 | 28,4% | 3 505 | 31,0% |
| Faranah | 28 | 809 | 7,7% | 837 | 7,4% |
| Kankan | 37 | 1 384 | 13,1% | 1 421 | 12,6% |
| Kindia | 54 | 1 350 | 12,8% | 1 404 | 12,4% |
| Labé | 20 | 909 | 8,6% | 929 | 8,2% |
| Mamou | 23 | 706 | 6,7% | 729 | 6,5% |
| Nzérékoré | 36 | 1 438 | 13,6% | 1 474 | 13,1% |
| **Total** | **737** | **10 553** | **100%** | **11 290** | **100%** |
| **Pourcentage** | **6,5%** | **93,5%** |  | **100%** |  |

Le personnel de la santé est regroupé en corps dont la nomenclature et le contenu varient selon la source. Ainsi, le fichier du Ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration (MFPREMA) reconnait 8 corps de professionnels de la santé tandis que le statut particulier du personnel de la santé compte 16 corps et des catégories (nombre non déterminé). Le corps des  «Labo», existant dans le fichier du MFPREMA, ne figure pas parmi ceux retenus dans le statut particulier. Les listes des corps des deux sources figurent en annexe 1. La coexistence de ces deux listes peut prêter à confusion et générer des problèmes de classification du personnel. Désormais, dans ce document, la nomenclature du fichier du MFPREMA sera utilisée, sauf cas exceptionnel, qui sera alors signalé.

Globalement, Conakry regorge la plus grande part 32,7% suivie de Kankan 12,6% et Kindia 12,4%. Mamou compte la plus faible proportion 6,5%. Selon ce fichier:

* les Professionnels de la santé, comptent sept corps  à savoir : Agents Techniques de Santé (ATS), Biologistes, infirmiers diplômés d’Etat (IDE), Médecins, Pharmaciens, Sages-femmes, Techniciens de labo-pharma et techniciens de santé publique (TSP). Ils se répartissent comme suit : les ATS sont encore les professionnels de la santé les plus nombreux (35,3%), suivis des médecins (25,3%) et des infirmiers d'Etat (20,8%). Les sages-femmes occupent la quatrième place (7,7%). Le reste (4,4%) est constitué des pharmaciens, des techniciens de Labo-pharmacie et des biologistes médicaux. (Tableau 3.3).
* Le personnel d’appui de la santé, compte trente-six (36) corps. Les corps les moins représentés sont les matrones (0,01%), les Statisticien (0,03%) et contrôleurs des services financiers et comptables ou CSFC (0,025%). La grande proportion est observée au niveau Aucun corps 0,69% et professeur de lycée 0,65%. Sur le plan régional

Tableau 3.2 : Distribution de l’ensemble du personnel de santé par corps professionnel et par région administrative

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professionnel** | **BKE** | | **CKRY** | | | **FRN** | | | **KKN** | | | **KIND** | | | **LAB** | | | **MATAM** | | | **NZE** | | | **TOTAL** | | | **%** | | |
| Biologiste | 4 | | 13 | | | 1 | | | 2 | | | 2 | | |  | | |  | | |  | | | 22 | | | 0,2% | | |
| TSP | 4 | | 25 | | | 3 | | | 6 | | | 8 | | | 4 | | | 7 | | | 5 | | | 62 | | | 0,5% | | |
| Tech. Labo-pharma | 21 | | 26 | | | 17 | | | 16 | | | 19 | | | 13 | | | 19 | | | 28 | | | 159 | | | 1,4% | | |
| Pharmacien | 19 | | 142 | | | 15 | | | 14 | | | 27 | | | 7 | | | 11 | | | 20 | | | 255 | | | 2,3% | | |
| Sage-femme | 78 | | 170 | | | 81 | | | 106 | | | 124 | | | 87 | | | 80 | | | 140 | | | 866 | | | 7,7% | | |
| IDE | 269 | | 553 | | | 190 | | | 248 | | | 316 | | | 248 | | | 184 | | | 336 | | | 2 344 | | | 20,8% | | |
| Médecin | 212 | | 1 411 | | | 166 | | | 231 | | | 317 | | | 160 | | | 138 | | | 225 | | | 2 860 | | | 25,3% | | |
| ATS | 350 | | 660 | | | 336 | | | 761 | | | 537 | | | 390 | | | 267 | | | 684 | | | 3 985 | | | 35,3% | | |
| ***Total*** | ***957*** | | ***3 000*** | | | ***809*** | | | ***1 384*** | | | ***1 350*** | | | ***909*** | | | ***706*** | | | ***1 438*** | | | ***10 553*** | | | ***93,5%*** | | |
| Matrone |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| A.tech. Planif. | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 1 | | | 0,01% | | |
| Assist. D'agricult. |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| Ing. Eaux-forêts |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| ING.ECON.RURALE |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| Inspect. Adjt police |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| Juriste |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| Professeur |  | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 0,01% | | |
| C.T.A. |  | | 1 | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 2 | | | 0,02% | | |
| Ing. De son |  | | 2 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 2 | | | 0,02% | | |
| Ing. Piscicole |  | | 1 | | |  | | |  | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | 2 | | | 0,02% | | |
| Prof. Enseign. Secondaire | | | 2 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 2 | | | 0,02% | | |
| A.T. statistique | 1 | | 2 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 3 | | | 0,03% | | |
| A/I informat. |  | | 2 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 3 | | | 0,03% | | |
| Garde rép. |  | | 2 | | |  | | |  | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | 3 | | | 0,03% | | |
| Magistrat |  | | 3 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 3 | | | 0,03% | | |
| Aide-ing. Const. Civile |  | | 3 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | 4 | | | 0,04% | | |
| Ing. Const. Navale | 1 | | 4 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 5 | | | 0,04% | | |
| Instit. Adjoint |  | |  | | | 1 | | | 1 | | | 2 | | | 1 | | |  | | |  | | | 5 | | | 0,04% | | |
| Prof. Enseign. Techniq. | 1 | | 8 | | |  | | |  | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | 10 | | | 0,09% | | |
| Ing. Agron. |  | | 6 | | | 1 | | |  | | | 1 | | |  | | | 1 | | | 3 | | | 12 | | | 0,11% | | |
| Secrét. D'adm. | 1 | | 20 | | | 1 | | |  | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 26 | | | 0,23% | | |
| Instituteur |  | | 14 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | |  | | | 2 | | | 2 | | | 27 | | | 0,24% | | |
| C.S.F.C. | 2 | | 20 | | | 1 | | | 3 | | | 1 | | | 1 | | |  | | |  | | | 28 | | | 0,25% | | |
| Zootechnicien | 1 | | 27 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | 31 | | | 0,27% | | |
| Réd. Administ. | 1 | | 28 | | |  | | | 2 | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | 32 | | | 0,28% | | |
| Ing. Industrie & mines |  | | 29 | | | 1 | | |  | | | 2 | | | 3 | | | 2 | | |  | | | 37 | | | 0,33% | | |
| Prof. du 4.cycle | 2 | | 29 | | | 1 | | | 2 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 2 | | | 39 | | | 0,35% | | |
| Aide-ing. Ind. & mines | 1 | | 25 | | | 2 | | | 4 | | | 4 | | | 1 | | | 1 | | | 3 | | | 41 | | | 0,36% | | |
| A.T.indust. & mines | 4 | | 22 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 2 | | | 1 | | | 3 | | | 44 | | | 0,39% | | |
| I.S.F.C. | 1 | | 44 | | |  | | |  | | | 2 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 50 | | | 0,44% | | |
| Administrateur |  | | 44 | | |  | | | 4 | | | 2 | | | 2 | | |  | | | 1 | | | 53 | | | 0,47% | | |
| Prof. Du 2/3 cycle | 5 | | 28 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 2 | | | 2 | | | 6 | | | 55 | | | 0,49% | | |
| Ing. Inform. | 6 | | 31 | | | 3 | | | 2 | | | 6 | | | 2 | | | 5 | | | 4 | | | 59 | | | 0,52% | | |
| Professeur de lycée | 3 | | 54 | | | 2 | | | 3 | | | 2 | | | 2 | | | 4 | | | 3 | | | 73 | | | 0,65% | | |
| Indéterminé | 4 | | 47 | | | 3 | | | 4 | | | 13 | | | 1 | | | 2 | | | 4 | | | 78 | | | 0,69% | | |
| ***Total personnel appui*** | ***34*** | | ***505*** | | | ***28*** | | | ***37*** | | | ***54*** | | | ***20*** | | | ***23*** | | | ***36*** | | | ***737*** | | | ***6,5%*** | | |
| **Total général** | **991** | | **3 694** | | | **837** | | | **1 421** | | | **1 404** | | | **929** | | | **729** | | | **1 285** | | | **11 290** | | | **100%** | | |
| **Pourcentage** | **8,8%** | | | **32,7%** | | | **7,4%** | | | | **12,6%** | | | **12,4%** | | | **8,2%** | | | **6,5%** | | | **11,4%** | | | **100%** | | |  |

### Situation du personnel professionnel de la santé

D’après le fichier des effectifs de la santé du MFPREMA, le système de santé guinéen compte, au total, 10 553 professionnels de la santé. Il ressort de cet effectif que les ATS sont encore les professionnels de la santé les plus nombreux (37,8%), suivis des médecins (27,1%) et des infirmiers d'Etat (22,2%). Les sages-femmes occupent la quatrième place (8,2%). Le reste (5,7%) est constitué des pharmaciens, des techniciens de lao-pharmacie et les biologistes médicaux. Comme il était prévisible, Conakry absorbe la plus grande part (30,2%). Conakry est suivie par Kankan (13,1%), Kindia (12,8%) et Nzérékoré (11,8%). Mamou (6,7%) et Faranah (7,7%) sont les régions les moins pourvues. Comparativement à l’analyse de situation de 2012[[46]](#footnote-46), Conakry regroupait 55% des professionnels de la santé du sous-secteur public. Il y a donc une forte amélioration de la distribution entre cette région et les autres (tableau 3.3).

Tableau 3.3 : Distribution du personnel de santé par Corps professionnel et région administrative

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps Professionnel** | **BKE** | **CKRY** | **FRN** | **KKN** | **KIND** | **LAB** | **MAM** | **NZE** | **TOTAL** | **%** |
| Labo | 4 | 13 | 1 | 2 | 2 |  |  |  | 22 | **0,2%** |
| Tech. santé pub | 4 | 25 | 3 | 6 | 8 | 4 | 7 | 5 | 62 | **0,6%** |
| Tech. labo-pharma | 21 | 26 | 17 | 16 | 19 | 13 | 19 | 28 | 159 | **1,5%** |
| Pharmacien | 19 | 142 | 15 | 14 | 27 | 7 | 11 | 20 | 255 | **2,4%** |
| Sage-femme | 78 | 170 | 81 | 106 | 124 | 87 | 80 | 140 | 866 | **8,2%** |
| IDE | 269 | 553 | 190 | 248 | 316 | 248 | 184 | 336 | 2 344 | **22,2%** |
| Médecin | 212 | 1 411 | 166 | 231 | 317 | 160 | 138 | 225 | 2 860 | **27,1%** |
| ATS | 350 | 660 | 336 | 761 | 537 | 390 | 267 | 684 | 3 985 | **37,8%** |
| **Total** | **957** | **3 000** | **809** | **1 384** | **1 350** | **909** | **706** | **1 438** | **10 553** | **100%** |
| **Pourcentage** | **9,1%** | **28,4%** | **7,7%** | **13,1%** | **12,8%** | **8,6%** | **6,7%** | **13,6%** | **100%** |  |

Un tiers (32,3%) du personnel est âgé de 50 ans ou plus, preuve de son caractère vieillissant. Cette proportion varie d’une région à une autre, allant de 48,2% à Conakry à 21,0% à Mamou. Mais partout plus d'une personne sur 5 a au moins 50 ans (Tableau 3.4).

Tableau 3.4 : Répartition du personnel de santé du secteur public par âge et par région administrative

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Age** | **BKE** | **CKRY** | **FRN** | **KKN** | **KIND** | **LAB** | **MAM** | **NZE** | **TOTAL** | **%** |
| 19-24 | 0 | 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 20 | 0,2% |
| 25-29 | 58 | 45 | 51 | 78 | 55 | 69 | 50 | 74 | 480 | 4,5% |
| 30-34 | 264 | 258 | 198 | 356 | 262 | 261 | 208 | 315 | 2 122 | 20,1% |
| 35-39 | 215 | 372 | 176 | 331 | 264 | 205 | 167 | 279 | 2 009 | 19,0% |
| 40-44 | 119 | 436 | 117 | 177 | 180 | 110 | 75 | 208 | 1 422 | 13,5% |
| 45-49 | 72 | 437 | 74 | 109 | 144 | 59 | 55 | 137 | 1 087 | 10,3% |
| 50-54 | 101 | 422 | 65 | 90 | 133 | 61 | 51 | 133 | 1 056 | 10,0% |
| 55-59 | 84 | 514 | 77 | 156 | 198 | 97 | 52 | 175 | 1 353 | 12,8% |
| 60-64 | 41 | 427 | 42 | 78 | 106 | 43 | 42 | 104 | 883 | 8,4% |
| 65+ | 3 | 84 | 6 | 7 | 7 | 2 | 3 | 9 | 121 | 1,1% |
| **Total** | **957** | **3 000** | **809** | **1 384** | **1 350** | **909** | **706** | **1 438** | **10 553** | **100%** |
| **% 5O+** | **23,9%** | **48,2%** | **23,5%** | **23,9%** | **32,9%** | **22,3%** | **21,0%** | **29,3%** | **32,3%** |  |

La proportion de quinquagénaires varie, également, selon le corps professionnel: 58,1% des techniciens de santé publique, 39,8% des médecins, 32,9% des pharmaciens, 32,6% des ATS. Les sages-femmes (12,8%) sont les moins âgées, suivies de techniciens de Labo-Pharma (19,5%) (Tableau 3.5).

Tableau 3.5 : Répartition du personnel du secteur public de la santé par âge et par corps professionnel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Age** | **ATS** | **IDE** | **LABO** | **Mdcin** | **Phcien** | **Sage-femme** | **Tech labo-pharm** | **Tech santé publ** | **Total** | **%** |
| 19-24 | 8 | 3 | 0 | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 20 | 0,2% |
| 25-29 | 155 | 158 | 1 | 45 | 5 | 98 | 13 | 5 | 480 | 4,5% |
| 30-34 | 617 | 597 | 9 | 534 | 28 | 278 | 45 | 14 | 2122 | 20,1% |
| 35-39 | 753 | 459 | 2 | 463 | 41 | 237 | 51 | 3 | 2009 | 19,0% |
| 40-44 | 636 | 238 | 3 | 376 | 51 | 100 | 14 | 4 | 1422 | 13,5% |
| 45-49 | 515 | 181 | 2 | 300 | 44 | 40 | 5 | 0 | 1087 | 10,3% |
| 50-54 | 438 | 240 | 1 | 267 | 39 | 50 | 18 | 3 | 1056 | 10,0% |
| 55-59 | 625 | 338 | 0 | 288 | 21 | 52 | 9 | 20 | 1353 | 12,8% |
| 60-64 | 238 | 130 | 4 | 463 | 22 | 9 | 4 | 13 | 883 | 8,4% |
| 65+ | 0 | 0 | 0 | 119 | 2 | 0 | 0 | 0 | 121 | 1,1% |
| **Total** | **3 985** | **2 344** | **22** | **2 860** | **255** | **866** | **159** | **62** | **10 553** | **100%** |
| **% 5O et Plus** | **32,6%** | **30,2%** | **22,7%** | **39,8%** | **32,9%** | **12,8%** | **19,5%** | **58,1%** | **32,3%** |  |

La présente section analysera également la distribution, la performance, l’évolution, les effectifs requis selon les normes de ressources humaines en vigueur et les écarts entre les effectifs requis et disponibles du personnel professionnel de la santé, et les départs pour la retraite dans six ans (horizon 2024). Selon l’OMS, pour fournir les services de santé fondamentaux définis par les objectifs pour le développement durable, la disponibilité du personnel de santé est mesurée par la densité des principaux professionnels de santé (médecins, sages-femmes/ maïeuticiens et Infirmiers) pour 10000 habitants. La norme, dans ce cadre est de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants[[47]](#footnote-47).

En Guinée, cet indicateur est de 9 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Il est très faible et varie d’une région à une autre passant de 6 à Kankan à 16 à Conakry. Ces chiffres montrent clairement l'insuffisance numérique de personnel de santé au vue de la taille de la population (Graphique 3.1).

**Graphique 3.1:** Densité de personnel de santé pour 10 000 habitants par région administrative\_Guinée 2018

Il faut relever un déséquilibre qualitatif du personnel professionnel de santé. En effet, il existe 2,6 paramédicaux, toutes catégories confondues, pour 1 médecin. Pris individuellement le ratio paramédical/médecin est faible et variable (de 0,02 à 1,4), celui des ATS/médecin étant le plus élevé (Graphique 3.2).

Graphique 3.2: Ratio différents corps professionnels par Médecin

Toujours selon les normes de l’OMS, il faut 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 sage-femme pour 3.000 habitants et 1 infirmier d’état pour 5.000 habitants[[48]](#footnote-48). L’examen des effectifs des professionnels de santé selon les différents corps professionnels montre toujours que la situation du déficit est presque la même, le ratio varie de 0,0‰ pour les Pharmaciens à 1,6‰ pour les sages-femmes. Sur le plan régional on observe également des variations très disparates allant, à Kankan de 0,0‰ pour les Pharmaciens à 1,1‰ pour les sages-femmes et à Conakry de 0,1‰ pour les Pharmaciens à 2‰ pour les sages-femmes.

La combinaison infirmiers d'Etat, sages-femmes et médecins devrait être de 2,3 pour 1000 habitants. En Guinée, ce ratio est de 0,5, avec des variations régionales allant de 0,3 à Kankan et Nzérékoré, à 1,2 à Conakry. Il représente 22,2% de la norme de l'OMS, avec des variations régionales allant de 13,2% à Kankan et Nzérékoré, à 52,2% à Conakry (Graphique 3.3).

Graphique 3.3: Densité de personnel de santé(médecin, infirmier et sage femme ) pour 1000 habitants ou 1000 femmes en âge de procréation ou enceintes par région sanitaire en 2018, Guinée

**Graphique 3.4:** Densité de personnel de santé par corps professionnels pour 1 000 habitants par région sanitaire en 2018\_Guinée

**Graphique 3.5:** Densité de personnel de santé par corps professionnels pour 10 000 femmes par région sanitaire en 2018\_Guinée

### Performance

Le personnel professionnel des structures publiques présenté ci-dessus offre des prestations de soins, des services d’appui ou soutien et des activités additionnelles, telles que définies ci-dessous.

Les activités de soins sont celles qui touchent directement les patients et permettent de poser un diagnostic et ou appliquer un traitement. Ce sont, entre autres, les consultations, les soins ambulatoires, les examens complémentaires, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les vaccinations. En général, elles font l’objet de rapports statistiques.

Les activités de soutien sont toutes les activités qui permettent, facilitent l’exécution des activités de soins. Ce sont, entre autres, les approvisionnements, les réunions, la supervision, le monitorage, les activités d’IEC, les Comités techniques de santé, les stratégies avancées, les activités de formation au sein de la structure, les activités de recherche, les autres activités administratives, etc. Ces activités, en général, font l’objet de rapport d’activités.

Les activités additionnelles sont des activités utiles qui ne contribuent pas directement à l’exécution des activités de soins, mais consomment du temps de travail au personnel de santé. On peut citer, par exemple, l’enseignement hors de la structure (école de santé, université, etc.). Elles ne font l’objet de rapport statistique en général.

L’analyse des ressources humaines de 2012 avait montré que toutes les catégories de professionnels de santé participent aux activités de soins. Certaines réalisent même des activités pour lesquelles elles ne sont pas formées. Ainsi, à cause de l’insuffisance de personnel à l’intérieur du pays, les infirmiers diplômés d’Etat et les ATS assument des fonctions qui reviennent normalement aux médecins, aux sages-femmes ou aux techniciens de laboratoire.

Les données de routine, fournies par les annuaires des statistiques sanitaires, les rapports de monitorage des établissements de soins, les enquêtes... sont les principales sources d’information disponibles sur l’évaluation des soins et des prestations de service. Aussi, la performance du personnel est mesurée ici par leur rendement et la qualité des prestations que fournissent ces sources.

Le rendement est analysé à travers quelques indicateurs de santé liés à l’utilisation des services, les taux de couverture et la continuité des soins entre autres.

Les données disponibles[[49]](#footnote-49), [[50]](#footnote-50), [[51]](#footnote-51), [[52]](#footnote-52), [[53]](#footnote-53), [[54]](#footnote-54) montrent que les indicateurs ont globalement régressé ou stagné, à l’exception de la PF et de l’accouchement assisté par un personnel qualifié de 2014 à 2017 (tableau 3.6).

Tableau 3.6 : Tendance évolutive de quelques indicateurs de soins au niveau primaire

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Nombre de contacts soins curatifs par habitant\* | 0.29 | 0.21 | 0.24 | 0.24 |
| CPN4+ (%)\*\* | 57 |  | 50,6 | 35,3 |
| Accouchement assisté (%)\*\* | 45 |  | 62,7 | 55.3 |
| PF (%)\*\* | 6 |  | 8,7 | 10.9 |
| Enfants complètement vaccinés (%)\*\* | 37 |  | 26.3 | 23.9 |
| Source : (\*) Annuaires statistiques du MS, (\*\*) EDS 2012 ou MICS 2016 | | | |  |

Si l’utilisation initiale des services reste relativement bonne, la continuité des soins, quant à elle, connait quelques difficultés liées à la forte déperdition :

* La proportion des femmes qui bénéficient de la première CPN est 80,9%, mais seules 35,3% bénéficient de CPN4[[55]](#footnote-55) ;
* Le taux d’allaitement précoce est de 78%, mais seulement 35,2% des enfants bénéficient de l’allaitement exclusif au sein pendant six (6) mois[[56]](#footnote-56).
* La couverture vaccinale au BCG est 70% des enfants à la naissance et de 49,5% pour le VAR, soit une déperdition de 20,5 points de pourcentage[[57]](#footnote-57).
* Il en est de même pour la distribution des MILDA qui a une déperdition de 2,3%[[58]](#footnote-58).

Au niveau secondaire des soins, le taux de césarienne est passé de 2,16% en 2015 à 2,78% en 2017 (norme de 5%) ; le taux d’occupation des lits a baissé passant de 90,9% à 63,59% (cible 80%). Quant à la durée moyenne de séjour elle passe de 7,53 jours en 2015 à 3,12 jours en 2017 ce qui dénote une baisse significative (plus de la moitié) de la DMS. Le taux de référence a également baissé entre 2015 et 2017, passant de 1.41% à 1.25% et le taux de mortalité hospitalière s’est accru passant de 4,58% en 2015, à 5,49% en 2017[[59]](#footnote-59).

Tableau 3.7 : Tendance évolutive des indicateurs de soins hospitaliers (2015 – 2017) en Guinée

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Césarienne (%)\* | 2,16 | 2,3 | 2,78 |
| Taux d’occupation des lits\*\* | 70,98 | 65,63 | 72,28 |
| Durée moyenne de séjour\*\* | 7,53 | 7,37 | 7,12 |
| Taux de référence des CS et PS vers les HP/CMC\*\* | 1,41 | 1,24 | 1,25 |
| Taux de mortalité hospitalière\*\* | 4,58 | 3,77 | 5,49 |
| Source : (\*) Annuaires statistiques du MS, (\*\*) Annuaires des hôpitaux | | |  |

### Départ pour la retraite à l’horizon 2024

Conformément aux textes du code de travail en vigueur, à l’horizon 2024, au total 19,6% des effectifs actuels de professionnels de santé du secteur public, toutes catégories confondues, seront partis à la retraite. Les techniciens de santé publique (46,8%), les médecins (21,4%), les ATS (21,4%), les infirmiers d'Etat (19,5%) seront les plus touchés par la retraite. Le groupe de sage-femme semble plus jeune car seulement 7,6% de l'effectif actuel seront retraités. Cela veut dire que les processus de la formation et du recrutement devraient permettre, d'ici à la fin de 2024, de remplacer 2068 agents de santé (dont 854 ATS, 457 IDE, 66 SF, 613 médecins).

Tableau  3.8 : Départ à la retraite du personnel de santé du secteur public à l'horizon 2024

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professoral** | **Départ à la retraite** | | | | | | | **Effectif 2018** | **Pourcentage des retraités** | | | | | | |
| **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2O22** | **2023** | **2024** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **203** | **2024** |
| ATS | 139 | 160 | 87 | 150 | 118 | 110 | 90 | 3 985 | 3,5% | 4,0% | 2,2% | 3,8% | 2,3% | 100,0% | 0,0% |
| IDE | 77 | 78 | 53 | 82 | 60 | 65 | 42 | 2 344 | 3,3% | 3,3% | 2,3% | 3,5% | 2,6% | 2,8% | 1,8% |
| SF | 7 | 9 | 14 | 12 | 5 | 12 | 7 | 866 | 0,8% | 1,0% | 1,6% | 1,4% | 0,6% | 1,4% | 0,8% |
| Médecin | 66 | 78 | 98 | 87 | 109 | 91 | 84 | 2 860 | 2,3% | 2,7% | 3,4% | 3,0% | 3,8% | 3,2% | 2,9% |
| Pharmacien | 1 | 4 | 5 | 4 | 3 | 6 | 5 | 255 | 0,4% | 1,6% | 2,0% | 1,6% | 1,2% | 2,4% | 2,0% |
| Biologiste | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 22 | 0,0% | 4,5% | 4,5% | 4,5% | 0,0% | 4,5% | 0,0% |
| Tech labo-pharma | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 159 | 1,9% | 1,9% | 0,6% | 1,3% | 1,3% | 0,6% | 3,1% |
| TSP | 7 | 8 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 62 | 11,3% | 12,9% | 3,2% | 4,8% | 4,8% | 8,1% | 1,6% |
| TOTAL | 300 | 341 | 261 | 341 | 300 | 291 | 234 | 10553 | 2,8% | 3,2% | 2,5% | 3,2% | 2,8% | 2,8% | 2,2% |

### Situation du personnel non professionnel de la santé

### Effectif

Le personnel non professionnel de la santé compte 737 agents, soit 16% des effectifs totaux de la santé. Parmi ce personnel de soutien, les enseignants (28,8%), les ingénieurs (16,1%), les secrétaires (7,9%), les administrateurs (7,2%) et les ISFC (6,8%) sont les plus nombreux. Par contre la proportion des matrones 0,1% est relativement faible ; or le système en a énormément besoin.

Tableau 3.9 : Distribution du personnel non professionnel de la santé par région (synthèse)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professionnel** | **BKE** | **CKRY** | **FRN** | **KKN** | **KIND** | **LAB** | **MAM** | **NZE** | **TOTAL** | **%** |
| Agent tech | 5 | 24 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 4 | 48 | 6,5% |
| Enseignant | 11 | 136 | 10 | 13 | 14 | 6 | 9 | 13 | 212 | 28,8% |
| Aide-ingen. | 1 | 30 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 48 | 6,5% |
| C.T.A. |  | 1 | 1 |  |  |  |  |  | 2 | 0,3% |
| Assist. d'agricult. |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 | 0,1% |
| Ingénieur | 7 | 75 | 5 | 2 | 10 | 5 | 8 | 7 | 119 | 16,1% |
| Administrateur |  | 44 |  | 4 | 2 | 2 |  | 1 | 53 | 7,2% |
| C.S.F.C. | 2 | 20 | 1 | 3 | 1 | 1 |  |  | 28 | 3,8% |
| I.S.F.C. | 1 | 44 |  |  | 2 | 1 | 1 | 1 | 50 | 6,8% |
| Garde républic. |  | 2 |  |  | 1 |  |  |  | 3 | 0,4% |
| Policier/magistrat | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0,7% |
| Matrone |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 | 0,1% |
| Secrét. | 2 | 48 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 58 | 7,9% |
| Zootechnicien | 1 | 27 | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 31 | 4,2% |
| Indéterminé | 4 | 47 | 3 | 4 | 13 | 1 | 2 | 4 | 78 | 10,6% |
| **Total** | **34** | **505** | **28** | **37** | **54** | **20** | **23** | **36** | **737** | **100%** |
| **Pourcentage** | **4,6%** | **68,5%** | **3,8%** | **5,0%** | **7,3%** | **2,7%** | **3,1%** | **4,9%** | **100,0%** |  |

Sur le plan régional, ils sont essentiellement à Conakry (68,5%), à Kindia (7,3%), Kankan (5,0%) et Nzérékoré (4,9%). Cette distribution géographique pourrait être due, au moins en partie, à la concentration des grandes administrations et des grands établissements de soins dans ces régions, qui absorbent une bonne partie du personnel de soutien.

Graphique 3.6 : Distribution du personnel non professionnel de la santé par région

L’examen de la distribution de cet effectif sur la base du critère d’âge montre que près de 2 personnes sur 5 (39,3%) du personnel de soutien ont, au moins, 50 ans, tandis que la moitié (49,7%) ont, au moins, 45 ans.

Graphique 3.7 : Distribution (en %) du personnel de soutien par âge

### Départ pour la retraite à l’horizon 2024

Conformément à la législation en vigueur, il est attendu qu’un total 21,7% de certains corps professionnels partent à la retraite en 2024. Seront particulièrement touchés les ingénieurs agronomes (58,3%), les professeurs du 4ème cycle (43,6%), les ingénieurs de construction navale (40%), les instituteurs (31,2%), les I.S.C.F (28%), les professeurs du 2/3 cycles (25,5%), les secrétaires (24,1%), les ingénieurs d'industrie et de mines (21,6%), les administrateurs (20,8%). Des mesures de remplacement doivent être prises maintenant.

Tableau 3.8 : Départ à la retraite (en %) du personnel de soutien du Ministère de la santé (secteur public)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professionnel** | **Effectif actuel 2018** | **Départ à la retraite** | |  | **%** |
| **2018** | **2021** | **2024** |
| Aide-ing. Ind & mines | 41 | 2 | 3 | 3 | 7,3% |
| Assist. D'agricult. | 1 | 1 | 1 | 1 | 100% |
| Institutteur | 32 | 3 | 5 | 10 | 31,3% |
| Secrétaire | 58 | 1 | 7 | 14 | 24,1% |
| C.T.A. | 2 | - | 1 | 1 | 50,0% |
| A.T. ind. & mines | 44 | - | - | 1 | 2,3% |
| C.S.F.C. | 28 | - | - | 7 | 25,0% |
| I.S.F.C. | 50 | 1 | 6 | 14 | 28,0% |
| Ing. agron. | 12 | 1 | 6 | 7 | 58,3% |
| Prof. du 2/3 cycle | 55 | 3 | 9 | 14 | 25,5% |
| Professeur de lycée | 73 | - | 1 | 6 | 8,2% |
| Prof. du 4.cycle | 39 | 2 | 14 | 17 | 43,6% |
| Zootechnicien | 31 | 1 | 2 | 4 | 12,9% |
| Administrateur | 53 | - | 9 | 11 | 20,8% |
| Garde Rép. | 3 | - | 1 | 1 | 33,3% |
| Ing. Const. Navale | 5 | - | 2 | 2 | 40,0% |
| Ing. Industrie & mines | 37 | - | 5 | 8 | 21,6% |
| Ing. Piscicole | 2 | - | 1 | 2 | 100% |
| Idéterminé | 78 | 16 | 33 | 45 | 57,7% |
| **TOTAL** | **566** | **15** | **73** | **123** | **21,7%** |

### Besoins en Ressources Humaines pour la Santé

### Evolution prévisible des effectifs des professionnels de la santé du secteur public de 2019 à 2024

Dans cette section, le secteur privé ne sera pas abordé, faute d’informations.

L’analyse a porté, donc, sur l’évolution prévisible des effectifs du secteur public, à l’horizon 2024. Pour ce faire, en l’absence de normes nationales de personnel et des nouveaux services à mettre en fonction, les besoins en ressources humaines pour la santé sont estimés sur la base des départs à la retraite et des normes de l’OMS et de la population guinéenne. Les tableaux 3.11 et 3.12 résument les résultats de la démarche.

Tableau 3.9 : Besoin de remplacement des départs à la retraite ;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professoral** |  | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2O22** | **2023** | **2024** | **Total** |
| ATS | | 139 | 160 | 87 | 150 | 118 | 110 | 90 | 854 |
| IDE | | 77 | 78 | 53 | 82 | 60 | 65 | 42 | 457 |
| SF | | 7 | 9 | 14 | 12 | 5 | 12 | 7 | 66 |
| Médecin | | 66 | 78 | 98 | 87 | 109 | 91 | 84 | 613 |
| Pharmacien | | 1 | 4 | 5 | 4 | 3 | 6 | 5 | 28 |
| Biologiste | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| Tech labo-pharma | | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 17 |
| TSP | | 7 | 8 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 29 |
| TOTAL | | 300 | 341 | 261 | 341 | 300 | 291 | 234 | 2068 |

Tableau 3.10 : Effectifs requis en médecins, infirmiers d’Etat et sages-femmes selon les normes de l’OMS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professoral** | **2 019** | **2 020** | **2 021** | **2O22** | **2 023** | **2 024** | **Total** |
| Population | 12 218 357 | 12 559 623 | 12 907 395 | 13 261 638 | 13 622 399 | 13 989 796 | 78 559 208 |
| Médecin | 1 222 | 1 256 | 1 291 | 1 326 | 1 362 | 1 399 | 7 856 |
| SF | 4 073 | 4 187 | 4 302 | 4 421 | 4 541 | 4 663 | 26 186 |
| IDE | 2 444 | 2 512 | 2 581 | 2 652 | 2 724 | 2 798 | 15 712 |
| TOTAL | 7 738 | 7 954 | 8 175 | 8 399 | 8 628 | 8 860 | 49 754 |

La situation des RHS se résumerait comme indiqué dans le tableau 3.11 si les retraités n’étaient pas remplacés. La comparaison de cette situation aux effectifs requis en Infirmiers, sages-femmes et médecins, selon l’OMS, on obtient les besoins pour ces trois corps de 2019 à 2024, présentés dans le tableau 3.12.

Tableau 3.11 : Situation prévisible des effectifs des principaux corps (sages-femmes, infirmiers d'Etat et médecins) si les retraités ne sont pas remplacés, à l'horizon 2024

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professionnel** | **Effectif disponible suite aux retraites** | | | | | |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** |
| Médecin | 2716 | 2618 | 2531 | 2422 | 2331 | 2247 |
| Sage-femme | 865 | 864 | 863 | 863 | 862 | 862 |
| IDE | 2189 | 2136 | 2054 | 1994 | 1929 | 1887 |
| **Total** | **5770** | **5618** | **5448** | **5279** | **5122** | **4996** |

Tableau 3.12 : Ecart entre disponible et requis (selon l'OMS) des principaux corps (sages-femmes, infirmiers d'Etat et médecins)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corps professionnel** | **Ecart entre effectifs requis et effectif disponibles** | | | | | |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** |
| Médecin | 1 494 | 1 362 | 1 240 | 1 096 | 969 | 848 |
| Sage-femme | -3 208 | -3 323 | -3 439 | -3 558 | -3 679 | -3 801 |
| IDE | -255 | -376 | -527 | -658 | -795 | -911 |

En résumé, l’analyse de la situation des RHS montre :

* une faible densité générale des personnels de santé,
* un déséquilibre dans la distribution
* un déséquilibre qualitatif
* d’importants besoins en RHS non couverts
* d’importants départs à la retraite au cours des 6 prochaines années

# SITUATION DE LA FORMATION ET DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DES RHS

Il sera abordé dans ce chapitre, la formation initiale, la formation de spécialisation et la formation continue des ressources humaines pour la santé ainsi que les parties prenantes de la formation des RHS.

## Formation initiale

Le système de formation initiale des RHS comprend la formation universitaire et la formation professionnelle.

## Formation universitaire

La formation universitaire a pour but de préparer les étudiants aux professions médicales à travers diverses filières en vue de répondre aux besoins du marché de l’emploi.

La formation médicale est assurée par un ensemble d’institutions de formation publiques et privées constitué de : la Faculté des sciences et techniques de la santé (FSTS) de l’Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (UGANC), les facultés de médecine et pharmacie des Universités privées Koffi ANAN, la Source et l’Université pour le développement communautaire (UDECOM) et, enfin, les institutions partenaires de formation à l’étranger.

Pour que les « produits » livrés par le système de formation répondent réellement aux besoins du marché en termes d’attitudes, de connaissances et d’habiletés, dans les quantités requises, il faut remplir plusieurs conditions :

* Un système d’évaluation continue des besoins évolutifs du marché,
* Des programmes de formation régulièrement revus et ajustés à l’évolution des besoins et répondant aux normes et standards reconnus,
* Des capacités pédagogiques et didactiques capables de prendre en charge correctement les programmes de formation,
* Des capacités d’accueil adaptées, y compris pour les stages,
* Et des ressources budgétaires adéquates permettant de rendre opérationnel les dispositifs de formation.

#### Capacités des institutions de formation universitaire

Pour que les institutions de formation puissent jouer efficacement leur rôle sur une base pérenne, tous les aspects essentiels des programmes de formation doivent être révisés, adaptés et mis à jour périodiquement (curricula, matériels pédagogiques et didactiques, infrastructures, pool de formateurs). Egalement, la gestion des admissions dans les facultés doit être alignée sur les programmes de formation ainsi tenus à jour et, autant que possible, sur les perspectives du marché de l’emploi en lien avec les politiques de développement du pays.

Cette section passe en revue les réalités de la formation médicale en Guinée.

Selon les données disponibles, la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé (FSTS) de l’UGANC disposait, en 2017, de 247 enseignants à temps plein, répartis entre Professeurs titulaires (19), maitres de conférences (49), maitres assistants (55) et assistants (126). Globalement le nombre d’enseignant a augmenté de 64% sur la période 2011 à 2017. Cependant, le nombre de professeurs titulaires est resté pratiquement stationnaire, avec une légère augmentation (27%) en 2017. Au même moment, l’effectif des autres catégories d’enseignants a augmenté entre 49% (maitres assistants) et 145% (maitres de conférences)[[60]](#footnote-60). Ces variations au fil des années mises en relief dans le graphique 4.1.

Tableau 4.1 :Evolution du corps enseignants de la FSTS(UGANC)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNEES** | Enseignant à temps plein | | | | |
| **PT** | **MC** | **MA** | **Assis** | **Total** |
| 2010-2011 | 15 | 20 | 37 | 79 | **151** |
| 2011-2012 | 15 | 22 | 41 | 77 | **155** |
| 2012-2013 | 15 | 21 | 38 | 82 | **156** |
| 2013-2014 | 15 | 37 | 51 | 131 | **234** |
| 2014-2015 | 15 | 40 | 51 | 93 | **199** |
| 2015-2016 | 15 | 44 | 61 | 91 | **211** |
| 2016-2017 | 19 | 49 | 55 | 126 | **247** |
| **Moyenne annuelle** | **16** | **33** | **48** | **79** | **193** |

Source : étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017

Graphique 4.1 : Evolution du corps enseignants de la FSTS(UGANC)

Source : étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017

Dans le secteur privé, il est remarquable qu’il n’existe aucun enseignant permanent quelle que soit la catégorie considérée. Ils sont tous des vacataires.

Tableau 4.2 : Effectifs des enseignants des Universités privées11

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE** | **Enseignants permanents** | | | | **Enseignants vacataires** | | | | | **Total** |
| **PT** | **MC** | **MA** | **Assis** | **PT** | **MCA** | **MC** | **MA** | **Assis** |
| 2013 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 19 | 11 | 20 | 49 | 106 |
| 2014 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 20 | 11 | 22 | 70 | 133 |
| 2015 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 20 | 11 | 22 | 73 | 137 |
| 2016 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 17 | 11 | 23 | 73 | 139 |
| 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 17 | 11 | 23 | 77 | 150 |
| **Moyenne annuelle** | **0** | **0** | **0** | **0** | **13** | **19** | **11** | **22** | **68** | **133** |

Source : étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017

Globalement le nombre d’étudiants a diminué de 17% entre 2013 et 2017. Cette diminution est plus marquée dans le secteur public (-22,6%) que dans le secteur privé (-5,2%).

Tableau 4.3 : Evolution des effectifs d’étudiants dans le public-privé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Années** | **Privé** | **Public** | **National** |
| 2012-2013 | 1646 | 3501 | 5147 |
| 2013-2014 | 2254 | 2770 | 5024 |
| 2014-2015 | 1911 | 3044 | 4955 |
| 2015-2016 | 1800 | 2815 | 4615 |
| 2016-2017 | 1561 | 2711 | 4272 |
| ***Moyenne annuelle*** | ***1834*** | ***2968*** | ***4803*** |

Source : étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017

En 2017, le ratio enseignants toutes catégories par étudiants est de 1/11 et il tombe à 1/40 pour les enseignants de rang magistral dans le secteur public. Il est de 1 enseignant, toutes catégories, pour 12 étudiants et de 1 professeur de rang magistral pour 68 étudiants.

De 2012 à 2017, l’ensemble des universités (publiques et privée) ont livré 5556 diplômés au marché de l’emploi, soit en moyenne 926diplômés par an dont 765 médecins généralistes, 113 pharmaciens et 48 chirurgiens-dentistes[[61]](#footnote-61) (tableau 4.4).

Tableau 4.4 : Professionnels de santé sortant des universités publiques et privées

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années** | **Médecine** | **Pharmacie** | **Odontologie** | **TOTAL** |
| 2012 | 1319 | 221 | 34 | 1574 |
| 2013 | 866 | 98 | 36 | 1000 |
| 2014 | 572 | 111 | 60 | 743 |
| 2015 | 470 | 118 | 63 | 651 |
| 2016 | 455 | 73 | 48 | 576 |
| 2017 | 906 | 58 | 48 | 1012 |
| Moyenne annuelle | 765 | 113 | 48 | 926 |

Source : Etude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017

Les effectifs d’étudiants débordent largement les capacités d’accueil et d’encadrement disponibles dans les établissements sanitaires. L’encadrement des stages se caractérise par une mauvaise organisation. Cette observation est en cohérence avec le l’Etude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé, cité dans le rapport sur l’état des lieux de la formation continue en Guinée. Cette étude rapporte que, « Les stages ont une durée insuffisante parce qu’ils commencent très tard dans le cursus et, dans certaines écoles, ne sont pas notés. Les stages avaient même disparu du cursus certaines années. Les cas d’étudiants en médecine diplômés sans avoir jamais mis les pieds à l’hôpital ou de sages-femmes qui terminent sans avoir pratiqué un seul accouchement sauf sur simulateur ne sont pas exceptionnels.[[62]](#footnote-62)»

Ainsi, le défaut de bonnes conditions des stages expliquerait en partie que les diplômés qui sortent des écoles et facultés de formation initiale ne possèdent pas les capacités attendues en termes de compétences sur les plans technique, relationnel et gestionnaire. Aussi cette faiblesse participe à une demande de renforcement des compétences sous forme de formation en cours d’emploi.

## Formation professionnelle

L’Enseignement technique et professionnel est actuellement sous la tutelle du Ministère de l’Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle, de l’Emploi et du Travail.

Le système de formation professionnelle, pour être efficace, doit satisfaire aux critères d’ordre pédagogique, didactique, infrastructurel, budgétaire et managérial.

Le dispositif opérationnel de formation technique et professionnelle en santé se composait, en 2017, de 38 établissements dont 6 publics et 32 privés[[63]](#footnote-63).

Le nombre des établissements publics est resté stagnant depuis 2006, tandis celui des écoles privées a connu une forte et constante augmentation, passant de 2 écoles en 2006 à 32 en 2017.

Ce dispositif est complété par les institutions partenaires de formation à l’étranger.

Le tableau 4.5 résume les effectifs dans les écoles professionnelles de santé entre 2013 et 2017. L’examen de ce tableau montre une baisse régulière des effectifs dans les écoles publiques de 2013 à 2016 puis une remontée brusque en 2017, contrairement à ce qui s’observe dans les écoles privées. Cette situation mérite explication. Cette réalité aurait-elle un lien avec l’épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi dans le pays à la même période. Si oui, pourquoi le secteur privé n’a pas été affecté ?

Tableau 4.5 : Effectifs des élèves des écoles professionnelles de santé publiques et privées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Années | Public | Privé | Total |
| 2012-2013 | 6 145 | 1 622 | 7 767 |
| 2013-2014 | 5 474 | 3 659 | 9 133 |
| 2014-2015 | 3 931 | 4 761 | 8 692 |
| 2015-2016 | 2 940 | 5 445 | 8 385 |
| 2016-2017 | 6 388 | 6 055 | 12 443 |
| Moyenne/an | 4 976 | 4 308 | 9 284 |

Sources : Etude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé, MESRS, 2017

Tableau 4.6 : Diplômés des écoles professionnelles de santé par filière de 2014 à 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Filière de formation** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **Total** | **Moyenne annuelle** |
| Sage-femme | 204 | 349 | 509 |  | 1062 | 354 |
| Infirmier d’état | 456 | 531 | 844 |  | 1831 | 610 |
| Agent de santé publique | 74 | 54 | 45 |  | 173 | 58 |
| Assistance sociale | 19 | 0 | 0 |  | 25 | 6 |
| Professionnel Nursing | 11 | 7 | 7 |  | 25 | 8 |
| Agent technique de labo | 66 | 55 | 36 |  | 157 | 52 |
| Agent technique de santé |  |  |  |  |  |  |
| **Total** | **830** | **996** | **1441** |  | **3273** | **1089** |

Les informations disponibles indiquent que ce système ne répond pas adéquatement aux préoccupations du marché du travail et se caractérise[[64]](#footnote-64) , entre autres, par:

* L’inadaptation des programmes d’enseignement ;
* L’insuffisance, la vétusté voire l’obsolescence des infrastructures et équipements en dehors des institutions ayant bénéficié de coopération bi ou multilatérale ;
* La faible qualification d’une bonne partie du personnel enseignant et d’encadrement ; absence de politique de formation continue et vieillissement du personnel ;
* La faiblesse du budget alloué au sous-secteur (5%) du budget de l’éducation
* L’absence de matières d’œuvre, d’énergie électrique et la prédominance des enseignements théoriques entraînant une faible qualification des diplômés ;
* L’absence de manuels de procédures et faiblesse de la supervision pédagogique et administrative
* Le faible alignement du système de formation professionnelle sur les besoins qualitatifs et quantitatifs du système de santé ;
* L’absence de cadres de concertation efficaces entre les parties prenantes ;
* L’absence de système de suivi-évaluation de la formation.

## Formation de spécialisation

Dans le domaine des sciences et techniques de la Santé, selon les données disponibles (incomplètes) le pays comptait en 2017 dix-sept diplômes[[65]](#footnote-65) d’études spécialisées (DES) et Master couvrant les disciplines Médicales, Pharmaceutiques, Biologiques et de Santé Publique pour un cycle d’études allant de 4 ans (DES) à 2 ans (master). Le tableau 4.7 donne les détails de cette situation. Les programmes d’études existants sont harmonisés avec les curricula OOAS.

Le dispositif national de formation en spécialisation est complété par le recours à la formation à l’étranger. Il s’agit généralement de filières dans les domaines : clinique, santé publique, sciences biomédicales.

Dans le domaine paramédical, il n’y a pas de formation en spécialisation offerte en Guinée. Dans ce domaine la spécialisation se fait exclusivement à l’étranger.

Tableau 4.7 : Liste des formations de spécialistes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPECIALITE** | **CREATION** | **DIPLOMES** | **EN COURS** |
| Gynécologie-obstétrique | 2002 | 24 |  |
| Chirurgie générale | 2002 | 10 |  |
| Chirurgie viscérale | 2002 | 24 | 12 |
| Urologie-Andrologie | 2002 | 14 |  |
| Biologie médicale | 2004 |  |  |
| Neurologie | 2004 | 10 | 31 |
| Pédiatrie | 2004 |  |  |
| Médecine Interne | 2004 | 14 |  |
| Cardiologie | 2015 | 2 |  |
| Pneumologie |  | 4 | 8 |
| Endocrinologie | 2015 |  |  |
| Néphrologie |  | 5 | 13 |
| Médecine légale | 2016 |  | 4 |
| Médecine de famille |  |  | 5 |
| Chirurgie pédiatrique |  | 0 | 0 |
| Master en santé publique | 2016 |  | 60 |
| DEA en Phytothérapie et plantes médicinales |  | 12 |  |
| **TOTAL** |  | **119** | **133** |

Source : Etude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé, MESRS, 2017

Le système de formation en spécialisation est confronté aux difficultés structurelles déjà évoquées à la formation initiale universitaire et à d’autres difficultés spécifiques à la spécialisation[[66]](#footnote-66) dont les principales sont :

* Le manque de financement auquel les chaires de rattachement sont confrontées retentit sur les conditions d’études et de recherche des inscrits aux DES et master,
* Le manque de bourses pour les candidats au DES et master. Les intéressés financent eux-mêmes les coûts directs de leur formation.
* Les mauvaises conditions liées à l’environnement de travail dans les institutions de formation déstabilisent la sérénité des candidats inscrits dans leur travail au quotidien : eau, électricité, moyens de communication, etc.

Il résulte de cette situation des besoins de spécialisation non encore satisfaits, tels qu’estimés pour 2018 :

* Il n’y a quasiment pas d’infirmiers, de sages-femmes spécialistes, de techniciens supérieurs de laboratoire, d’imagerie, et autres.  Ainsi, les besoins non couverts en spécialistes du domaine paramédical sont estimés, en 2018 à 601 techniciens supérieurs (niveau licence) relevant de 21 filières de formation [[67]](#footnote-67)(voir liste en annexe). Pour ces filières il faut recourir à l’étranger.
* Les besoins non couverts en spécialistes du niveau Master de divers domaines est estimé à 79 personnes répartis en 8 filières dont 2 sont ouvertes en Guinée (gestion des ressources humaines et informatique médicale). Les autres (anthropologie médicale, biologie moléculaire, droit médical, économie de la santé, ingénierie de la formation et management des services de santé) ne peuvent être offertes qu’à l’étranger[[68]](#footnote-68).
* Les besoins en spécialistes du niveau DES pour lesquels il n’y a pas d’offre nationale de formation sont estimés à 46 spécialistes relevant de 12 filières.

La formation (de spécialisation et continue) est l’une des principales stratégies de gestion de la carrière et du rendement de la main d’œuvre. La démarche a un double objectif: (i) permettre à l’employeur de pouvoir attirer, retenir et redéployer, en fonction de l’évolution des besoins, les personnels en emploi dont il peut profiter durablement de l’expérience et des compétences renouvelées et (ii) permettre aux travailleurs de satisfaire leur désir de progression, de perfectionnement et de réussite professionnelle. Il s’agit là d’un mariage de raison. Malheureusement les inscriptions aux différentes filières de spécialisation, aussi bien en Guinée qu’à l’étranger, relèvent plus généralement des ambitions et démarches propres des candidats que d’un programme contractuel employé-employeur dans lequel chaque partie trouverait son compte. Ainsi, la formation en spécialisation n’est pas utilisée comme levier pour réduire les problèmes qui peuvent naître de l’absence d’une politique active de gestion des carrières. Ces problèmes, faisant partie des réalités de notre système de santé[[69]](#footnote-69), sont :

* l’absence de profils de carrières qui condamne les individus à stagner au même niveau et au même poste durant toute leur vie professionnelle.
* L’absence d’aide à la formation qui empêche toute qualification qui pourrait induire une promotion.
* L’opacité des critères de sélection pour les promotions et leur uniformité qui ne permettent pas d’identifier les individus les plus méritants et les responsables les plus efficaces.

En somme, le système de formation en spécialisation n’est pas le reflet d’une politique voulue, promue et conduite en tant qu’instrument de gestion des carrières, d’amélioration des capacités de prise en charge des problèmes de santé et de formation des RHS.

## Formation continue

Pour mener à bien sa mission, le Ministère de la santé doit pouvoir compter en tout temps sur des personnels qualifiés et en nombre adéquat. Or le système de santé est confronté à des distorsions plus ou moins importantes entre ses besoins et l’existant à cause des facteurs suivants :

* Le faible niveau de formation de base des personnels de santé au moment de leur recrutement entraînant pour le ministère de la santé des besoins à combler par la FC ;
* La faiblesse de l’offre de main d’œuvre dans certaines catégories professionnelles, se traduisant par des déficits à combler par des substitutions ou délégation interprofessionnelles et par des formations en cours d’emploi sous forme de recyclage sur place ou à l’étranger ;
* L’évolution de plus en plus rapide des sciences et des technologies qui induit des besoins d’adaptation par la formation continue, parfois de spécialisation ;
* Et, enfin, les changements d’ordre démographique, de style de vie et du profil épidémiologique induisent de nouveaux besoins de santé appelant le développement d’une nouvelle offre de services qui passe par des compétences renouvelées à travers la formation initiale et/ou continue.

Pour répondre à ces impératifs un dispositif de formation continue a été développé. Ce dispositif, classé en 4 catégories, se présente comme suit :

* Centres de formation dédiés à la FC comme mission principale : CFRSR Maferinya, IPPS, Centre de formation et de recherche sur les cancers gynécologiques
* Instituts à volet Formation (INSP, INSE)
* Centres Hospitaliers (Hôpitaux Nationaux, Hôpitaux Régionaux et même préfectoraux)
* ONG,  comme Jhpiego

A cette liste d’acteurs dédiés par leur mission de formation continue, il faut ajouter de nombreux acteurs non dédiés : les programmes verticaux de santé publique, les structures centrales du Ministère de la santé et certaines ONG étrangères. Dans la pratique, les acteurs non dédiés, aux compétences pédagogiques douteuses ; volent la vedette aux structures officiellement en charge de la mission profitant d’un cafouillage né de l’absence des principaux instruments de gouvernance de la formation continue.

Les acteurs dédiés de la formation continue, et encore plus ceux non dédiés, manquent de capacités adéquates, et se caractérisent[[70]](#footnote-70) par :

* Des compétences limitées en andragogie des formateurs des institutions et structures de formation continue,
* La faible utilisation des TIC dans la FC,
* L’absence de normes et procédures pour la formation continue
* L’absence de référentiels des métiers et de compétences.

En outre, le système de formation continue n’est pas connecté aux plans de carrières car ces derniers n’existent pas. Les formations se font par à-coup et au gré des acteurs non coordonnés. Le pays investit des ressources substantielles dans le système de formation continue ; mais ne profite pas des opportunités liées à l’approche d’une gestion des carrières par la formation continue.

Il découle de ce qui précède que la contribution attendue de la formation continue est fortement limitée. En effet, faute de plans de carrière suivis, de normes et procédures de formation, de référentiels de métiers et de compétences, de mécanismes de coordination et de suivi-évaluation des interventions, le système de formation continue souffre d’un manque total de visibilité et de lisibilité, mettant en cause la pertinence, l’équité, l’efficience et l’efficacité des formations.

En somme, il se dégage de l’analyse de la formation (initiale, continue et de spécialisation) que la profitabilité de la formation des RHS au système de santé est fortement limitée par :

1. la faiblesse des capacités pédagogiques et didactiques des équipes et institutions de formation,
2. le sous-financement du système de formation,
3. l’absence des principaux instruments de gouvernance de la formation
   * cadre de dialogue politique et de coordination,
   * normes et procédures,
   * référentiels des métiers et des compétences,
   * système de suivi-évaluation de la formation et
4. la pression de la demande de formation continue liée à la faible qualité des produits livrés par le système de formation initiale (universitaire et professionnelle).

# SITUATION DE LA GESTION DES RHS

Selon la littérature disponible, la situation du personnel de santé d’un pays peut être améliorée de plusieurs manières, allant de l’augmentation numérique des ressources humaines dotées d’un ensemble de compétences propres à la mise en œuvre de pratiques de gestion basées sur la performance individuelle et collective[[71]](#footnote-71),[[72]](#footnote-72). Ces pratiques de gestion des RHS recouvrent de nombreuses dimensions dont la prise en main passe par une diversité de mesures légales, règlementaires, organisationnelles et fonctionnelles mettant en jeu plusieurs acteurs, mécanismes et procédures. L’examen de ces questions constitue l’objet du présent chapitre.

# Cadres légal et réglementaire de la gestion des RHS

Les principaux textes qui forment la base juridique de la gestion des RHS sont :

* Loi L/2001/029/AN, portant principes fondamentaux de création et d’organisation des services publics ; Actualisé en Loi L/2018/025/AN portant organisation générale d l’Administration Publique.
* Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des Fonctionnaires;
* Ordonnance N°003/PRG/SGG/88 du 28 janvier 1988, portant institution du code du travail, modifié par l’ordonnance N° 91/002/PRG/SGG du 8 janvier 1991 ; Voir **LOI N°L/2014/----072-----------/CNT Du 10 Janvier 2014**Décret D/2008/062/PRG/SGG) du 17 septembre 2008, portant Statut particulier de la santé ;
* Decret D/2016/\_\_\_301\_\_\_\_\_/Prg/Sgg Fixant De Nouvelles Grilles Indiciaires De La Fonction Publique
* Loi L/2005/013/AN du 4 juillet 2005, adoptant et promulguant la loi fixant le Régime des Associations en République de Guinée ;
* Ordonnance N° 088/PRG/SGG/90 du 22 octobre 1990 et décret N° 0209/PRG/SGG/90 du 22 octobre 1990, portant respectivement création et attribution, et organisation de l’Ordre national des médecins ;
* Ordonnance N°088/PRG/SGG/90 du 22 octobre 1990 et décret N° 0209/PRG/SGG/90 du 22 octobre 1990, portant respectivement création et attribution, et organisation de l’Ordre national des pharmaciens;
* Ordonnance N° 089 /PRG/SGG/90 du 22 octobre 1990 portant création de l’Ordre national des chirurgiens-dentistes ;
* Décret N° 211/PRG/SGG/90 du 22 octobre 1990, portant attribution et organisation de l’Ordre national des chirurgiens-dentistes.

La Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des Fonctionnaires définit et classe les emplois de la fonction publique (A,B,C), les qualifications et fonctions correspondantes (cadre, assistant et exécutant) et les conditions et modalités d’ouverture des postes et d’accès aux emplois en mettant en relief, entre autres, l’annuité des recrutements et les positions dominantes des Ministres en charge de la Fonction publique, du budget et des Finances dans ce processus.

Cette loi précise les droits et obligations contractuels de l’Etat et du Fonctionnaire, notamment le droit du fonctionnaire à la protection sociale, à la formation et à la protection contre les menaces et risques du métier. Elle fixe également les positions administratives du fonctionnaire, les incompatibilités professionnelles, les sanctions, les avancements et le régime des rémunérations.

Notons que les liens entre ces deux derniers éléments et les conditions de travail du fonctionnaire ne sont pas clairement identifiés surtout quand celles-ci constituent des spécificités caractéristiques de certains groupes professionnels, zones géographiques ou métiers. La loi dispose que des décrets précisant les conditions de son application soient pris. Dans la revue de la littérature, il n’a pas été possible de rencontrer ces décrets en général.

En application de l’article 4 de la Loi L/2001/028/AN, le Décret D/2008/062/PRG/SGG) du 17 septembre 2008, a institué le Statut particulier de la santé. Ce dernier texte a, en particulier, étoffé la nomenclature des professions médicales, ouvert des possibilités plus élargies de développement vertical et horizontal de carrière (évolution intra et inter professionnelle) et consacré le lien entre niveau de rémunération et conditions de vie et de travail liées notamment aux caractéristiques économiques des zones géographiques du pays (au nombre de 4). Les arrêtés d’application prévus par ledit décret ne sont pas pris.

L’Ordonnance N°003/PRG/SGG/88 du 28 janvier 1988, portant institution du code du travail, modifié par l’ordonnance N° 91/002/PRG/SGG du 8 janvier 1991 fixe le régime général de travail dans le secteur privé de même que le régime spécifique propre à certains métiers comme les travailleurs en mer et les apprentis. Contrairement au régime général des fonctionnaires, le code du travail est très libéral. Cependant il encadre les conditions de contractualisation entre employé et employeur et assure une protection sociale, d’hygiène et de sécurité du travailleur.

Le statut des professionnels de la santé du secteur médical privé est régi par le code du travail, mais pourrait bénéficier de certaines dispositions du statut particulier de la santé notamment en matière de cheminement de carrière.

Ces textes légaux et réglementaires en général sont faiblement ou pas appliqués. En particulier :

* La loi L/2001/028/AN avec des articles complètement ignorés dans la pratique (tels les articles 9, 27, traitant respectivement des organes de consultation près la Fonction publique et du mode recrutement à la Fonction publique…)
* En matière de conditions de travail dans le secteur de la santé, le Statut général des Fonctionnaires, en son article 112 portant récompense du fonctionnaire, est jusque-là inopérant; et le statuquo est particulièrement nuisible aux zones de pauvreté que les agents de santé abandonnent par tous les moyens, pour cause de conditions de travail très difficiles.
* Le statut particulier de la santé, adopté depuis 2008 pour réduire les insuffisances du statut général des fonctionnaires, est partiellement appliqué, malgré l’existence de plusieurs arrêtés d’application (voir liste en annexe).
* L’Institut national d’assurance-maladie obligatoire (INAMO) a été créé ; mais la couverture des fonctionnaires par les prestations de l’institution n’est pas encore effective. Il en est de même de l’Institut national de prévoyance sociale pour les fonctionnaires.

Le code du travail, quant à lui, forme une base universelle d’encadrement de la gestion du secteur privé. Mais en l’absence d’une étude sur le sous-secteur privé médical, qui du reste n’a jamais fait l’objet d’évaluation, on ne peut se prononcer sur le niveau d’application dudit code.

# Cadre institutionnel de gestion des RHS au MS

L’organisation de la Fonction de gestion des RH dans le secteur public est bâtie autour de la Loi L/2001/029/AN et textes d’application ainsi que des décrets et arrêtés portant structuration et organisation du Gouvernement, des cabinets Ministériels et des grandes administrations. L’architecture est commune à toute l’administration publique. Cependant, certains ministères, dont celui de la santé, font exception à cette règle.

Ainsi, à la suite de la mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé 2013-2015 et de la feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations de l’audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du MS, la Division Ressources Humaines a été érigée en Direction des ressources humaines (DRH), par l’Arrêté conjoint des Ministères de la santé et de la Fonction publique, de la réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration No/2017/5928/MSPC/MFPREMA du 1 novembre 2017. Cet arrêté a été confirmé par le Décret No D/2018/168/PRG/SGG du 16 août 2018, portant attributions et organisation du Ministère de la Santé.

#### Mission de la DRHS

L’arrêté conjoint susmentionné fixe comme suit la mission de la DRH :

La DRH, sous l’autorité du Ministère en charge de la santé, a pour mission, la mise en œuvre et le suivi de la politique sectorielle du Gouvernement en matière de gestion des ressources humaines pour la santé. La DRH est particulièrement chargée :

* De participer à la conception des outils prévisionnels efficaces et fiables de gestions des effectifs, des emplois et des compétences ;
* De mettre en œuvre les outils prévisionnels efficaces et fiables de gestions des effectifs, des emplois et des compétences ;
* Du suivi des effectifs ;
* De procéder au suivi et à l’exploitation des avis des organes consultatifs ;
* De coordonner la gestion administratives des personnels des services déconcentré de la santé ;
* De prévoir les besoins à satisfaire en matière de personnel et de participer à la programmation de leur recrutement ;
* D’établir la situation des postes vacants et de planifier les besoins par corps et par grade pour déterminer, en liaison avec les services compétents du ministère en charge de la fonction publique, les postes soumis à l’avancement ;
* De proposer les avant-projets des textes législatifs et réglementaires relatifs à la gestion des ressources humaines du ministère ;
* D’identifier les besoins de formation et de planifier les actions de formation initiale et continue du personnel de la santé ;
* De définir, mettre en œuvre et évaluer l’ensemble des actions et prestations à caractère social ou professionnel, visant à améliorer les conditions de vie et de travail des personnel de la santé ;
* De préparer les dossiers des agents admis à faire valoir leur droit à la retraite ;
* De participer à la préparation des avant-projets de budget en matière de dépenses de personnel, de formation et de perfectionnement ;
* De superviser la paie du personnel ;
* De gérer les systèmes d’information des ressources humaines du ministère de la santé en lien avec la plateforme informatique de la fonction publique ;

En relation avec les services compétents en charge de la fonction publique :

* De programmer et de gérer les concours de recrutement et les examens professionnels ;
* De préparer les différentes étapes de l’organisation des concours et examens professionnels ;
* De proposer la mise en place des différents jurys des concours de recrutement et des examens professionnels ;
* D’examiner les demandes de réclamation suite aux concours de recrutement ou aux examens professionnels.

#### Organigramme de la DRHS aux niveaux central, régional et préfectoral

La Direction des ressources humaines (DRH) est structurée en 3 divisions techniques et services déconcentrés.

Les divisions techniques sont (i) la division planification, statistiques et recrutement du personnel, (ii) la division gestion administrative du personnel et (iii) la division formation et renforcement des capacités du personnel.

Les services déconcentrés, quant à eux, sont (i) le service régional de gestion des ressources humaines pour la santé (SRGRHS), (ii) la cellule préfectorale de gestion des ressources humaines pour la santé (CPGRHS) et (iii) la cellule hospitalière de gestion des ressources humaines pour la santé (CHGRHS).

# Capacités institutionnelles de gestion des RHS du ministère de la santé

Le ministère de la santé a été doté d’un cadre institutionnel de gestion des RHS conséquent, avec la création de la direction des RHS. Cependant les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l’accomplissement correct de sa mission ne sont que très partiellement disponibles. Du coup ses capacités opératoires sont limitées. Seuls le directeur et le directeur adjoint sont nommés ; les autres cadres et agents centraux et des services déconcentrés ne sont pas nommés à fortiori formés. Par ailleurs, les postes à pourvoir restent à décrire pour guider la sélection des cadres et agents appropriés. En conséquence, la Direction des RHS n’est pas encore à mesure de conduire avec succès ses fonctions de planification, de formation et de gestion des RHS.

Les capacités d’hébergement de la nouvelle direction des RHS sont insuffisantes et ses équipements sommaires. Il est difficile, dans un tel contexte de travail, de produire les résultats attendus conformément aux missions dévolues à la structure.

# Pratique de gestion des RHS

# Planification des RHS

Le département de la santé ne dispose pas de politique sectorielle des RHS. Le plan stratégique de développement des RHS 2013-2015 a été faiblement mis en œuvre et est devenu caduc.

# Recrutement

Le recrutement des travailleurs du sous-secteur public de santé relève du Ministère en charge de la Fonction publique, en collaboration avec les Ministères en charge des Finances, du budget et de la santé.

Les emplois à pourvoir doivent être déterminés annuellement par un arrêté conjoint du Ministre de la fonction publique et de ceux des finances et du budget. Sur cette base, les recrutements devraient être organisés par le Ministère de la fonction publique, selon diverses modalités applicables (concours, sur dossier, test, examens professionnels)[[73]](#footnote-73).

Mais, dans la pratique, il est devenu courant que le Ministère de la santé passe plusieurs années sans bénéficier d’un recrutement à proprement parler. Même quand le concours de recrutement est organisé, l’engagement peut être différé de plusieurs années.

Les programmes de recrutement ne sont pas annuels, contrairement à la stipulation de la loi en vigueur alors que les départs à la retraite, eux, sont annuels. Ainsi, ni le remplacement, ni les besoins liés au programme de développement du secteur ne sont couverts pendant des années.

Dans le sous-secteur privé, les recrutements sont organisés par les employeurs. Ceci devrait être fait dans le respect des dispositions du Code du travail en ce qui concerne, notamment, les conditions contractuelles, le salaire minimum garanti et les conditions de protection sociale et sanitaire. Toutefois, les informations n’étant pas disponibles sur le sujet, faute d’enquêtes, il est difficile de faire *l’état* des pratiques de recrutement dans ce sous-secteur.

# Affectation, intégration et utilisation

Dans la gestion administrative des structures de santé, la loi stipule la tenue à jour des cadres organiques dans toutes les structures publiques[[74]](#footnote-74). Mais cette disposition est faiblement appliquée, ce qui crée un environnement institutionnel peu favorable à une gestion rationnelle des effectifs.

Par ailleurs, les descriptions de postes dans les services de santé sont souvent inexistantes. Or la description de poste est l’une des bases essentielles de suivi et d’évaluation de la performance des agents. L’absence de ces outils de gestion favorise la gestion arbitraire, source de favoritisme, de conflits et de démotivation.

De plus, après le recrutement, les nouveaux agents sont affectés directement dans les services opérationnels sans aucune orientation ou préparation. Les agents n’ont pas de dossier de suivi actif.

L’évaluation des performances des employés n’est pas de pratique. Or, celle-ci permet l’amélioration ou le maintien du rendement des RHS et de la qualité des prestations dans un contexte de management participatif. Conduite selon les procédures en la matière, elle constitue un excellent instrument de clarification des rôles et des résultats attendus du travailleur. C’est aussi un outil de gestion transparente de la relation de travail. Ce dispositif assure l’équité dans les sanctions et les rétributions et, comme tel, constitue un facteur de motivation. Il permet d’identifier les besoins d’appui (dont la formation) et de suivre la mise en œuvre des mesures d’accompagnement du travailleur.

Aucune information disponible n’indique que la situation est différente dans le sous-secteur privé de la santé.

# Plan de carrière

Le statut général des fonctionnaires fixe le cadre commun de cheminement de carrière des agents relevant de la fonction publique. Il prévoit le passage d’un corps professionnel à l’autre dans un même cadre unique ou d’un cadre unique à un autre[[75]](#footnote-75); mais le décret d’application n’est pas disponible. Ceci explique, au moins en partie, le fait que tous les corps de paramédicaux se bousculent vers le corps des médecins généralistes. Et dans cette course, aucune règle n’est établie. Ainsi, n’importe quel agent de santé pouvait, jusqu’à récemment, se retrouver en recyclage à la Faculté de médecine, quel que soit son niveau académique de base. Néanmoins, les réformes en cours à la FSTS de l’UGANC, permettront, probablement, d’arrêter ce phénomène dans le secteur public. Dans le secteur privé, l’envergure du phénomène est inconnue.

Ce régime général a été complété, en 2008, par le statut particulier de la santé. Celui-ci a notamment précisé les conditions dans lesquelles les paramédicaux peuvent évoluer dans leur corps d’origine jusqu’à accéder à la hiérarchie A ou B et aux postes de responsabilité correspondant à leur qualification. Le système LMD offre des opportunités dans ce sens.

# Rémunération et mesures incitatives

# Rémunération

Les traitements et salaires dans le sous-secteur public de santé sont régis par le régime général de la fonction publique et payés conformément aux lois et règlements en matière de finances publiques.

Les constats faits en 2012 sur cette section restent encore valables. Ainsi, les rémunérations dans le sous-secteur public de santé ne varient presque pas avec les conditions de travail, la performance et la cherté de la vie. L’ancienneté constitue la principale variable de différenciation des rémunérations.

Cependant dans les structures publiques de soins, des primes de blouse, sont versées par l’Etat. De même, des primes de rendement, de garde et d’astreinte sont versées sur les recettes propres des structures publiques de soins. Il faut souligner que les niveaux de revenu des structures de soins des zones de pauvreté sévère, ne permettent pas généralement de payer ces primes.

Ainsi, les travailleurs en poste dans les structures des zones défavorisées sont pénalisés de plusieurs points de vue: les conditions de vie et de travail y sont plus difficiles, les coûts d’opportunité encaissés par les agents plus élevés, et les possibilités de meilleurs revenus plus faibles.

Le statut particulier de la santé qui marque un pas dans la direction de la correction de cette iniquité entre les agents de santé selon les conditions économiques et géographiques des zones d’accueil n’a, malheureusement, pas été appliquée depuis son adoption en 2008. Cette situation contribue certainement beaucoup dans la démotivation généralisée des personnels de santé à servir dans les régions et zones défavorisées.

# Motivation et fidélisation

Une meilleure rémunération, des meilleures conditions vie et de travail, la possibilité de poursuivre des études et des formations postuniversitaires, l’éducation des enfants, sont, selon l’OMS, les principaux facteurs qui incitent aux migrations internes et internationales des personnels de santé qualifiés[[76]](#footnote-76). Les travailleurs guinéens ne sont pas épargnés par ce constat. C’est pourquoi les administrations centrale et régionale subissent la pression constante des demandes d’affectation vers les pôles de développement économique.

En Guinée, le cadre réglementaire en vigueur prévoit des mesures de compensation et d’incitation financières, matérielles ou professionnelles en fonction des conditions de travail, de séjour et/ou de la performance. Mais, comme déjà indiqué plus haut, ces mesures sont insuffisantes. Les primes de zone en vigueur sont symboliques et ne sont pas assez discriminantes en faveur des zones les plus pauvres.

La nomination aux postes de responsabilité, un autre facteur de motivation, n’est pas transparente. Les normes et critères en la matière, s’ils existent, ne sont ni connus, ni appliqués.

La formation n’est pas utilisée comme stratégie de motivation du personnel.

Le MS, ayant reconnu que les conditions de vie et de travail des agents de santé sont des déterminants majeurs de l’élargissement de la couverture sanitaire et de l’amélioration de la qualité des prestations, a intégré dans les plans architecturaux des CSR, le logement du chef de service et l’ouverture d’un forage d’eau.

En conclusion, le système de santé de la Guinée souffre davantage de lacunes de gestion et de qualité que de disponibilité des RHS.

# Fuite de cerveaux, exode et cumul d’emploi des professionnels de la santé

Des informations chiffrées sur le phénomène de fuite des cerveaux ne sont pas disponibles pour le pays. Toutefois, on sait que les médecins et, de plus en plus les autres corps professionnels, ont tendance à migrer vers les institutions internationales, les ONG, les pays développés et certains pays africains à la recherche de meilleures conditions de travail et de vie.

Bien que des données statistiques ne soient pas disponibles, il n’y a pas de doute qu’un nombre très important de fonctionnaires de la santé cumulent des emplois (dans le secteur public et le secteur privé). Ils chercheraient à compléter leur salaire très bas. Ils sont, soit installés à leur propre compte, soit employés par une institution du domaine de la santé.

# Système d’information de gestion des RHS

Le système d’information de gestion des RHS devrait être pertinent pour des objectifs exprimés en indicateurs à renseigner. Le renseignement de ces indicateurs passe par la définition des données à collecter, de leur source, des supports de collecte à utiliser, de la méthodologie de collecte, du circuit de transmission, de l’analyse des données, de la diffusion des résultats et de la mise en place des ressources nécessaires.

Rien de cela n’est disponible à la DRH du MS. Il n’y a, non plus, pas de bases de données ni un recensement actuel. La mise en place du logiciel de gestion des RHS (IHRIS) initiée en 2016 est interrompue suite à un problème de paramètrage. Or, le système national d’information sanitaire de routine n’intègre que très légèrement les RHS. Les outils de gestion courante n’existent pratiquement pas. IL n’existe aucun tableau de bord qui puisse orienter les décisions stratégiques et opérationnelles en matière de RHS.

Globalement, la DRH ne dispose pas de toutes les compétences humaines et des moyens matériels et financiers lui permettant d’assumer ses tâches de production et de gestion de l’information nécessaire au développement des RHS.

# Situation de la recherche sur les RHS

Quoique la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire prônent la recherche comme approche de renforcement du système de santé, il n’existe à ce jour aucun programme de recherche sur les RHS. De même, les capacités humaines pour le développement de la recherche en RHS sont faibles à tous les niveaux du système, notamment à la DRH.

Ainsi il manque des informations sur plusieurs paramètres pour fournir des bases factuelles à la prise de décision concernant le développement des RHS.

En somme, pour relever les défis posés par l’absence des principaux instruments de gestion des RHS, le MS a initié l’élaboration d’une politique sectorielle et l’actualisation du plan stratégique de développement des RHS.

# Parties prenantes DU DEVELOPPEMENT DES RHS

La revue documentaire sur le développement des RHS a montré qu’en 2012, le Ministère de la santé a réalisé l’analyse de situation des ressources humaines pour la santé. Il ressort que les constats faits à l’époque sur les parties prenantes, leurs rôles, responsabilités et pratiques ne se sont pas modifiés de façon significative. Aussi, la présente analyse a retenu les mêmes constats.

Le processus de développement des RHS implique une multitude d’institutions publiques et privées, d’acteurs communautaires et professionnels qui se partagent divers rôles et responsabilités :

* Les usagers, consommateurs des prestations de santé, expriment leurs préoccupations relatives à leur santé et leurs attentes des services qui leurs sont offerts par les prestataires.
* Le système éducatif, à travers deux Départements ministériels et plusieurs institutions publiques et privées d’enseignement, assure la formation initiale et de spécialisation des professionnels de santé.
* Le département en charge de la fonction publique, en collaboration avec celui des finances, recrute les personnels pour le secteur public de la santé avec lequel il partage la fonction de gestion administrative des RHS. Il recrute également pour le secteur public de formation. En outre ces ministères contribuent à la valorisation de la formation continue à travers la reconnaissance des diplômes et le reclassement professionnel et administratif des bénéficiaires.
* Le Ministère en charge des Finances paie les salaires pour les structures publiques de santé. De plus, il alloue des crédits et des subventions aux établissements de formation. Ces financements servent à la prise en charge des salaires des enseignants, la construction, l’équipement et le fonctionnement des établissements, et le paiement des bourses d’entretien des étudiants.
* Les sous-secteurs public et privé de soins utilisent et forment sur compétences les agents de santé à leurs disposition dans le cadre de la formation continue ;
* Les syndicats et ordres professionnels participent à la régulation et au développement des RHS.
* Les collectivités territoriales assument des fonctions de gestion locale des structures de santé et de leurs personnels.
* Les PTF appuient à divers niveaux la formation, sous forme de financement direct, assistance technique et fourniture d’équipement et de matériel didactique.
* Les organisations professionnelles, pour leur part, doivent défendre la réputation de leurs professions respectives en exigeant la qualité des formations données et des prestations de santé et en contribuant à leur organisation.

Mais, force est de constater que les parties prenantes exercent leurs rôles et responsabilités sans aucune coordination. En effet, il n’existe pas de cadre spécifique de concertation entre ces groupes d’acteurs qui agissent en vase clos en s’ignorant. Et le Département en charge de la santé, en premier, et le pays tout entier en second, paient le prix de cette incoordination:

* Le système éducatif déverse chaque année des centaines de diplômés, en dessous des standards de qualité, sur le marché de la main d’œuvre. De plus, il produit plus dans les catégories professionnelles déjà en surabondance (ATS et médecins) et en nombre insuffisant dans les catégories en pénurie sur le marché et dans le secteur de la santé (sages-femmes, infirmiers d’Etat, techniciens divers, spécialistes);
* Le Ministère en charge de la fonction publique, recrute les personnels pour le sous-secteur public de santé en fonction de la disponibilité des RH sur le marché et des priorités budgétaires du Ministère en charge des finances et non en fonction des besoins du ministère en charge de la santé;
* Les salaires sont quasi-uniformes à l’intérieur des catégories professionnelles sans tenir compte des conditions de travail des personnels et de l’équité dans l’allocation des ressources entre les différentes zones ;
* Les professionnels qualifiés sont concentrés dans les grandes villes et pôles économiques au dépend des structures des zones rurales dont les paquets d’activités ne peuvent être délivrés selon les normes et standards, faute de personnels.

# analyse stratEgique de la situation des rhs

# Forces, faiblesses, menaces et opportunités

Le cadre ci-dessous résume les forces, faiblesses, menaces et opportunités du développement des ressources humaines pour la santé du pays.

**Forces**

**Faiblesse**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***Globales***   * Inscription du développement des RHS comme prioritaire dans la politique nationale de santé et le PNDS2015-2024 * Existence de statuts général et particulier des RHS qui régissent la gestion des RHS * Volonté politique pour soutenir le secteur de la santé | **Globales**   * Inexistence de financement spécifique pour soutenir le développement des RHS du MS, limitant ainsi ses capacités à réaliser la performance attendue * Insuffisance des capacités DRHS, limitant la planification, la mise en œuvre et le suivi de programmes de développement des RHS * Faible niveau d’opérationnalisation de la DRHS sur la pyramide sanitaire. |
| ***Formation***   * Accroissement de la capacité de formation (nombre d’institutions de formation), notamment dans le secteur privé, ces dernières années * Adoption des programmes de formation harmonisés de la CEDEAO à la FSTS et pour la formation des sages-femmes et des infirmiers * Reconnaissance par l’Etat du secteur privé comme un acteur clé de la formation des RHS | ***Formation***   * Insuffisance de coordination des parties prenantes de la formation * Insuffisance de financement du MS pour appuyer la formation des cadres aux postes critiques * Absence de formation dans certaines professions et spécialités dans le pays. * Sous-production de certaines catégories professionnelles en situation de pénurie dans le pays * Surproduction de certaines catégories professionnelles déjà en surnombre dans le pays. * Faiblesse des capacités d’accueil des institutions de formation, notamment dans le secteur public, y compris les sites de stage |
| ***Planification*** | ***Planification***   * Absence de compétence de base en planification des RHS à la DRH du MS |
| ***Gestion*** | ***Gestion***   * Distribution inéquitable des RHS entre régions et préfectures * Faible mise en œuvre des stratégies de motivation et de fidélisation du personnel dans les zones rurales ou de pauvreté, * Absence de gestion prévisionnelle des RHS * Faible niveau d’informatisation de la gestion des RHS |
| **Menaces** | **Opportunités** |
| ***Globale****s*   * Sous-financement du secteur de la santé, empêchant l’accomplissement d’un réel progrès dans le développement des RHS * Faiblesse de la rémunération des personnels de santé, limitant la motivation et la fidélisation des personnels de santé * Absence de culture de gestion de la performance: les bons résultats ou comportements ne sont pas rétribués et les mauvais ne sont pénalisés | ***Globales***   * Adhésion de la Guinée à différentes conventions et déclarations sur les RHS dont les déclarations d’Abuja et de Kampala. * Mise en place du Comité intersectoriel élargi des RHS * Disposition des PTF à accompagner le développement des RHS dans toutes ses composantes (formation, planification et gestion) * Présence des ordres, associations et syndicats professionnels de la santé * Programme de réforme administrative et de modernisation de l’Etat en cours |
| ***Formation***   * Mauvaise qualité de la formation initiale des personnels de santé * Mauvaise gestion globale de la formation en cours d’emploi * Esprit mercantile qui hante les institutions de formation privées, risquant d’affecter la qualité de la formation | ***Formation*** |
| ***Planification***   * Faiblesse des capacités institutionnelles de la DRH du MS | ***Planification*** |
| ***Gestion***   * Gestion inefficace des mauvaises performances et des comportements déviants | ***Gestion***   * pratique systématique du monitorage des services et tenue régulière des Comités techniques régionaux de santé (CTRS) et Comités préfectoraux de santé (CTPS) |

## Défis en matière de RHS

Les défis seront de réussir à: (1) mettre en place les instruments stratégiques harmonisés et cohérents au niveau de toutes les parties prenantes du développement des RHS ; (2) aligner les capacités et les comportements des acteurs institutionnels sur ces cadres stratégiques nationaux ; (3) motiver les personnels de santé à tous les niveaux à offrir des services de santé de qualité ; (4) décentraliser le recrutement des personnels de santé (5) fidéliser les personnels de santé à leurs postes d’affectation, particulièrement dans les zones pauvres et difficiles.

# CONCLUSION

L’analyse de situation des ressources humaines pour la santé a permis de connaitre les effectifs totaux des personnels de santé et leur répartition selon divers critères. Les capacités du pays à satisfaire ses besoins en ressources humaines à travers les formations initiale et continue (y compris la spécialisation) ont été étudiées. Le cadre institutionnel et les pratiques de gestion des RHS ont été analysés.

Il en ressort que les problèmes des ressources humaines pour la santé sont liés essentiellement à la gestion (de la performance et fidélisation), la gouvernance (insuffisance d’information pour la planification et faible collaboration intersectorielle), la formation. Ces problèmes sont d’une telle ampleur que s’ils ne sont pas résolus, les objectifs de santé du pays, y compris les ODD, risquent de ne pas être atteints.

# RECOMMANDATIONS

* Organiser un atelier de validation du présent rapport par l’ensemble des parties prenantes
* Elaborer la politique sectorielle de développement des ressources humaines sur la base du rapport final
* Elaborer le plan stratégique de mise en œuvre de la politique

# Bibliographie

Sera compléter à partir des références notées en bas de page.

# ANNEXES

A compléter en fonction des prévisions dans le texte.

1. MPCI/INS/RGPH3-2014 [↑](#footnote-ref-1)
2. MPCI/INS/RGPH3-2014 [↑](#footnote-ref-2)
3. EDS-2017 [↑](#footnote-ref-3)
4. MPCI/INS/RGPH3-2014 [↑](#footnote-ref-4)
5. MPCI/INS/RGPH3-2014 [↑](#footnote-ref-5)
6. L’Assemblée Nationale de la République de Guinée, Loi L/2006/…/AN Adoptant et promulguant la Loi portant Code des Collectivités Locales en République de Guinée, 200… [↑](#footnote-ref-6)
7. MATD/BSD/Annuaire Statistique 2011-2015 [↑](#footnote-ref-7)
8. MATD/BSD/Annuaire Statistique 2011-2015 [↑](#footnote-ref-8)
9. ELEP, 2012 [↑](#footnote-ref-9)
10. MPCI/INS/Annuaire statistique2016 [↑](#footnote-ref-10)
11. Rapport MICS\_20*16* [↑](#footnote-ref-11)
12. MATD/BSD/Annuaire Statistique 2011-2015 [↑](#footnote-ref-12)
13. MATD/BSD/Annuaire Statistique 2011-2015 [↑](#footnote-ref-13)
14. MATD/BSD/Annuaire Statistique 2011-2015 [↑](#footnote-ref-14)
15. Annuaire statistiques MS\_2017 [↑](#footnote-ref-15)
16. ONUSIDA\_2016 [↑](#footnote-ref-16)
17. ONUSIDA, Maintenir l’élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie, 2018 [↑](#footnote-ref-17)
18. Annuaire statistiques MS\_2017 [↑](#footnote-ref-18)
19. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-19)
20. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-20)
21. PRRSS-2015 2017 [↑](#footnote-ref-21)
22. PRRSS,2015-2017 [↑](#footnote-ref-22)
23. RGPH3\_2014, Perspectives démographiques 2017/INS/MPCI [↑](#footnote-ref-23)
24. Rapport MICS\_2016 [↑](#footnote-ref-24)
25. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-25)
26. EDS, 2005 [↑](#footnote-ref-26)
27. EDS, 2012 [↑](#footnote-ref-27)
28. EDS, 2018 [↑](#footnote-ref-28)
29. EDS-2012 [↑](#footnote-ref-29)
30. Rapport MICS\_2016 [↑](#footnote-ref-30)
31. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-31)
32. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-32)
33. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-33)
34. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-34)
35. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-35)
36. Rapport MICS\_2016 [↑](#footnote-ref-36)
37. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-37)
38. Rapport SARA 2017 [↑](#footnote-ref-38)
39. Cartographie Infrastructures sanitaires 2017 DNEHHH/MS [↑](#footnote-ref-39)
40. Rapport de la revue du PRRSS, 2018 [↑](#footnote-ref-40)
41. Ministère de la santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Rapport de la Revue du Plan de Relance et de Résilience (PRRSS 2015 – 2017) post Ébola du Système de Santé Guinéen, décembre 2018 [↑](#footnote-ref-41)
42. Ministère de la Sante et de l’Hygiène publique, Bureau de Stratégie et de Développement (BSD), Comptes nationaux de la santé, exercice 2010 [↑](#footnote-ref-42)
43. République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et Développement, Rapport, **C**omptes nationaux de la santé, Années 2011-2012-2013, mars 2016 [↑](#footnote-ref-43)
44. République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et Développement, *Comptes nationaux de la santé, années 2014-2015-2016,* Rapport final, juillet 2018 [↑](#footnote-ref-44)
45. Ministère de la Santé et de l’Hygiène publique, Bureau de Stratégie et de Développement, *Comptes nationaux de la santé, Exercice 2010,* [↑](#footnote-ref-45)
46. MSHP, Rapport Analyse de situation des RHS, 2012 [↑](#footnote-ref-46)
47. [↑](#footnote-ref-47)
48. Ministère de la santé, bureau de stratégie et de développement, rapport de la revue du PRRSS 2015-2017, décembre 2018 [↑](#footnote-ref-48)
49. Annuaire stat 2014 [↑](#footnote-ref-49)
50. Annuaire stat 2015 [↑](#footnote-ref-50)
51. Annuaire stat 2016 [↑](#footnote-ref-51)
52. Annuaire stat 2017 [↑](#footnote-ref-52)
53. MICS 2016 [↑](#footnote-ref-53)
54. EDS5, 2018 [↑](#footnote-ref-54)
55. EDS, 2018 [↑](#footnote-ref-55)
56. MICS 2016 [↑](#footnote-ref-56)
57. *RAC, 2018* [↑](#footnote-ref-57)
58. *RAC, 2018* [↑](#footnote-ref-58)
59. MS, Rapport de la revue PRRSS, 2015-2017 [↑](#footnote-ref-59)
60. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-60)
61. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-61)
62. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-62)
63. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-63)
64. METFPET, Etat de situation du Secteur, 2015 [↑](#footnote-ref-64)
65. Rapport de l’Etude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé. Ministère de l’enseignement supérieur de la Guinée. Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-65)
66. M.S, plan de formation continue des personnels de santé, 2018 [↑](#footnote-ref-66)
67. M.S, plan de formation continue des personnels de santé, 2018 [↑](#footnote-ref-67)
68. M.S, plan de formation continue des personnels de santé, 2018 [↑](#footnote-ref-68)
69. Collecte et analyse documentaire des ressources humaines de la santé en Guinée, MS, 2007 [↑](#footnote-ref-69)
70. MS, 2018, rapport sur l’état des lieux de la formation continue des ressources humaines de la santé [↑](#footnote-ref-70)
71. Thomas Bossert et al. in Planification Stratégique des Ressources Humaines pour la Santé : Évaluation des Facteurs Financiers, Éducationnels, Administratifs et Politiques, Organisation mondiale de la Santé 2010 [↑](#footnote-ref-71)
72. [↑](#footnote-ref-72)
73. Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, art. 27, 29, 30 et 31. [↑](#footnote-ref-73)
74. Loi 029 portant principes fondamentaux de création et d’organisation des services publics [↑](#footnote-ref-74)
75. Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, art. 110. [↑](#footnote-ref-75)
76. Politiques et Plans de développement des Ressources Humaines pour la Santé, Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, 2006 [↑](#footnote-ref-76)