**Assistance**

**Technique au**

**« Projet d'Appui à la Santé en**

**République de Guinée (PASA) »**

***Convention***

***N° GN/FED/023***

***-***

***819***

***Contrat de services***

***N° (CRIS)***

***2014 /***

***:***

***354***

***-***

***561***

**R**

**apport**

**de mission**

**ELABORATION D’UN DIAGNOSTIC DES RESSOURCES**

**HUMAINES DANS UNE PERSPECTIVE DE GESTION**

**DECENTRALISEE**

**Novembre 2015**

**-**

**Mai**

**2016**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RAPPORT ATCT RESSOURCES HUMAINES** | | | |
| **Titre du projet:** | Assistante Technique au « Projet d'Appui à la Santé en République de Guinée (PASA) » | | |
| **Durée du projet:** | 36 mois | | |
| **Référence du projet:** | Europeaid/135187/IH/SER/GN | | |
| **Pays:** | République de Guinée | | |
| **Client:** | Ordonnateur National du Fonds  Européen de Développement en  République de Guinée | Ministère d'Etat Chargé de l'Economie et des Finances  Immeuble Santulo, Bâtiment B,  7ème Etage  BP2041-Conakry République de Guinée | |
| **Contractant** | Conseil Santé | 92-98, Boulevard Victor Hugo  92115 Clichy cedex  France  Tél : 33 (0) 1 55 46 92 60  Fax : 33 (0) 1 55 46 92 79    Xavier LANNUZEL  Directeur de projet  Jacques GRULOOS  Chef de Mission AT | |
| **Date du rapport:** | 13/05/2016 | | |
| **Rapport élaboré par :** | Guillemette MAJESTE | | |

*Ce rapport est financé par l’Union européenne et est présenté par Conseil Santé, au bénéfice du Ministère de la Santé de la République de Guinée. Il ne reflète pas nécessairement l’opinion du Ministère de la Santé ou de l’Union européenne. Pour toute information, merci de contacter le Consortium Conseil Santé*

*Tél.: +33.1.55.46.92.60*  *Téléfax: +33.1.55.46.92.79*  *E-mail:health@conseilsante.com*

 Table des matières

ABREVIATIONS ET ACRONYMES ................................................................................................. 1

1. CONTENU DU RAPPORT .................................................................................................. 1
2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS ......................................................................... 2
   1. OBJECTIF GENERAL ............................................................................................................... 3
   2. OBJECTIFS SPECIFIQUES ....................................................................................................... 3
   3. OBJECTIFS ADDITIFS .............................................................................................................. 4
   4. RESULTATS ATTENDUS .......................................................................................................... 5
   5. LIVRABLES ATTENDUS ............................................................................................................ 5
3. DEMARCHE ET METHODOLOGIE ..................................................................................... 6
4. RESUME DES ACTIVITES.................................................................................................. 7
   1. PREMIERE MISSION DU 25 MAI AU 19 JUIN 2015 : PHASE 1 ....................................................... 7
   2. SECONDE MISSION DU 2 NOVEMBRE AU 19 NOVEMBRE 2015 : PHASE II .................................... 7
   3. TROISIEME MISSION DU 9 AU 26 MARS 2016 : PHASE III ............................................................ 9
   4. QUATRIEME MISSION DU 18 AU 30 AVRIL 2016 : PHASE IV ...................................................... 10
5. RESULTATS OBTENUS ................................................................................................... 11
   1. DESCRIPTION DES EFFECTIFS REELS PAR STRUCTURE SANITAIRE DE LA REGION PILOTE ........... 11
   2. DEFINITION DES BESOINS DES STRUCTURES SANITAIRES DE LA REGION PILOTE ....................... 13
   3. LES ATELIERS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ....................................................... 14
      1. Contenu des sessions de formation de novembre 2015 ....................................................... 15
      2. Contenu des sessions de formation d’avril 2016 ................................................................... 15 5.3.3. Support pédagogique............................................................................................................. 16 5.3.4. Profil des formateurs .............................................................................................................. 16 5.3.5. Approche / Méthode utilisée .................................................................................................. 16

5.3.6. Evaluation des ateliers de formation ...................................................................................... 16

* 1. DEVELOPPEMENT D’UN PROGRAMME POUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE .............. 18
     1. L’initiative du MS .................................................................................................................... 18
     2. La formation dispensée dans l’école de santé communautaire de Nzérékoré ...................... 18
     3. Adaptation des formations de l’école de santé communautaire ............................................ 18
     4. Cursus d’agent de santé communautaire .............................................................................. 18
     5. Point d’étape en mai 2016 ..................................................................................................... 20
  2. DISPOSITIF DE CONVERSION DES ATS EN SAGE-FEMME SUR NZEREKORE ............................... 20
     1. Engagement de la Guinée en matière de ressources humaines pour la santé .................... 20
     2. Rôle de l’IPPS dans la conversion des ATS en sage-femme ou Infirmier ............................ 21
     3. Difficultés de l’IPPS dans la conversion des ATS en sage-femme ou Infirmier .................... 21

1. PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS MISE EN OEUVRE ................................ 23

1. CONCLUSION................................................................................................................... 24
2. RECOMMANDATIONS ..................................................................................................... 25
3. ANNEXES ........................................................................................................................... 1
   1. RESULTATS DE L’ENQUETE SUR LES RHS ............................................................................... 1
      1. Fiche technique de l’enquête sur les RHS............................................................................... 1
      2. Questionnaire de l’enquête sur les RHS.................................................................................. 2
      3. Résultats de l’enquête sur les RHS en juin-juillet 2015 ........................................................... 6
   2. LES REFERENTIELS EMPLOIS DES PERSONNELS EN CENTRE DE SANTE .................................... 19
      1. Référentiel emploi du médecin en centre de santé ............................................................... 19
      2. Référentiel emploi de l’infirmier en centre de santé .............................................................. 21
      3. Référentiel emploi de la sage-femme .................................................................................... 22
      4. Référentiel emploi de l’agent technique de santé en centre de santé ................................... 23
   3. FICHE TECHNIQUE DE L’ATELIER DU 20 AVRIL AU CENTRE DE PERFECTIONNEMENT

ADMINISTRATIF DU MFPREMA A CONAKRY .......................................................................... 24

* 1. FICHE ACTION : LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE ............................. 26
  2. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ................................................................................ 31
  3. LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES .................................................................................... 35

**ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES**

|  |  |
| --- | --- |
| **AD** | Aide de santé (infirmier) |
| **AFD** | Agence Française de Développement |
| **AME** | Allaitement Maternel Exclusif |
| **ANCG** | Association Nationale des Communes de Guinée |
| **AT** | Assistance technique |
| **ATS** | Agent technique de santé |
| **BSD** | Bureau des Stratégies et du Développement- Ministère de la santé |
| **CEDEAO** | Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest |
| **CPN-R** | Consultation PréNatale Récentrée |
| **COSAH** | Comité de Santé et d’Hygiène publique |
| **CTA** | Combinaison Thérapeutique à base d’Arthémisinine |
| **DREETFP** | Direction Régionale de l’Emploi, de l’Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle |
| **DRH** | Direction des Ressources Humaines |
| **GRH** | Gestion des Ressources Humaines |
| **DPS** | Direction préfectorale de santé |
| **IDE** | Infirmier Diplomé d’Etat |
| **IEC** | Information Education Communication |
| **IPPS** | Institut de Perfectionnement du Personnel de Santé |
| **IST** | Ifection Sexuellement Transmissible |
| **MATD** | Ministère de l’Administration du Territoire et de la Décentralisation |
| **ME** | Médicaments Essentiels |
| **MEETFP** | Ministère de l’Emploi, de l’Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle |
| **MILDA** | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action |
| **MFPREMA** | Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration |
| **MURIGA** | MUtuelle pour les RIsques liés à la Grossesse et à l’Accouchement |
| **MSPH** | Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique |
| **OMS** | Organisation mondiale de la santé |
| **ONG** | Organisations Non Gouvernementales |
| **PACV** | Programme d’Appui aux Communautés Villageoises |
| **PAO** | Plan annuel opérationnel |
| **PASA** | Projet d’appui à la santé |
| **PASDD** | Projet d’appui au secteur de la déconcentration et de la décentralisation |
| **PSDRHS** | Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé |
| **PTF** | Partenaire technique et financier |
| **RHS** | Ressources Humaines en Santé |
| **SNIS** | Système national d’information sanitaire |

**1**

**1. CONTENU DU RAPPORT**

Le présent rapport est le rapport d’exécution des missions correspondant aux termes de référence intitulés « Recrutement de 2 experts non principaux senior court terme pour l’élaboration d’un diagnostic des ressources humaines dans une perspective de gestion décentralisée » et « Elaboration d’un diagnostic des ressources humaines dans une perspective de gestion décentralisée » sous la référence : EuropeAid/135187/IH/SER/GN.

Un premier terme de référence intitulé « Recrutement de 2 experts non principaux senior court terme pour l’élaboration d’un diagnostic des ressources humaines dans une perspective de gestion décentralisée » a été conclu en mai 2015, pour un nombre de jours/homme prestés de 22 jours/homme pour l’expert 1 et 15 jours/homme pour l’expert 2.

La mission correspondante a été réalisée du 26 mai au 19 juin 2015 avec Guillemette Majesté, chef de mission et experte en gestion des ressources humaines et Sandra Sornin, experte en ingénierie de la formation.

Suite aux constats et axes de travail dégagés par les expertes au cours de cette mission, un nouveau TDR prolongeant le premier, a été rédigé en juillet 2015 poursuivant les activités de renforcement des ressources humaines afin de concourir à l’obtention des résultats du programme du PASA. Ce nouveau TDR prévoyait la mobilisation des deux mêmes expertes pour une durée maximale de 100 jours/homme réparties en deux missions sur le terrain, l’une étant prévue en octobre et l’autre en décembre 2015.

Suite au décès de l'une des expertes en octobre 2015, un avenant au TDR a été signé en novembre 2015 dont le nombre de jours/homme prestés étaient de 65 jours pour l’experte en gestion des ressources humaines, Guillemette Majesté.

Les 3 missions correspondantes ont été réalisées du 2 novembre au 25 novembre 2015, du 10 mars au 6 avril 2016 et du 18 avril au 9 mai 2016.

Ce rapport est le rapport final de ces 4 missions.

**2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS**

Le Projet d’Appui à la Santé (PASA) a été identifié par le Gouvernement de la République de Guinée, et financé par l’Union européenne sur les ressources du 10ème FED, avec l’objectif général d’appuyer le Gouvernement de la République de Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement n°4 et N°5 relatifs à la santé maternelle et infantile.

Ce projet s’inscrit dans un contexte sectoriel sanitaire initialement faible et frappé par l’épidémie à virus Ebola depuis décembre 2013.

Les principales faiblesses identifiées dans le Plan de relance du Secteur Santé (02/2015) sont les suivantes :

* Faible réactivité du système de santé face à la maladie en général et aux épidémies en particulier ;
* Faible disponibilité des produits de santé et des équipements de base pour la mise en œuvre des paquets de services essentiels au niveau des structures des districts sanitaires ;
* Faiblesse de l’offre, de l’utilisation et de la qualité des prestations dans les structures de soins ;
* Inexistence d’une politique de ressources humaines centrée sur les besoins de santé ;  Faible mobilisation des ressources financières pour les services essentiels en santé.

Ce projet doit non seulement permettre d’apporter un appui institutionnel aux autorités centrales que sont le Ministère de la Santé et la Pharmacie Centrale de Guinée, mais il doit aussi permettre de renforcer les capacités institutionnelles de la région de N’Nzérékoré, que ce soit au niveau de l’offre de soins relative à la santé maternelle et infantile qu’au niveau de l’accès aux médicaments essentiels génériques dans cette région du sud de la Guinée.

La riposte nationale à l’épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola, appuyée par les partenaires internationaux, a permis la mobilisation de moyens financiers, techniques et humains dont la Guinée n’avait jamais pu bénéficier précédemment. Cette riposte nationale menée dans un cadre d’intervention d’urgence et pilotée par une coordination nationale spécifique doit pouvoir progressivement se fondre dans le système de santé national et renforcer celui-ci de manière durable.

Les objectifs initiaux du projet d’appui à la santé sont donc, plus que précédemment, en ligne avec la politique gouvernementale de relance du secteur de la santé.

Le renforcement institutionnel au niveau central permettant au ministère de la santé d’exercer son mandat normatif et de coordination ainsi que de relance du système de santé en Guinée forestière, région la plus touchée par l’épidémie Ebola et région sensible par son positionnement aux frontières des différents pays touchés, restent donc parfaitement d’actualité et constituent donc bien des objectifs prioritaires.

Le programme d’assistance technique porte sur 3 résultats qui, en s’articulant et se potentialisant, devraient permettre un accroissement de l’utilisation des services de santé par une amélioration de la qualité des soins comme de l’accessibilité aux services de santé particulièrement à N’Nzérékoré, zone d’intervention prioritaire du projet.

* Résultat 1 : « Renforcement de l’Appui Institutionnel au niveau central », dont les activités seront exécutées par les devis programmes ;
* Résultat 2 : « Renforcement de l’Appui institutionnel au niveau de la région de N’Nzérékoré », dont les activités seront exécutées par une subvention, les devis-programmes et des marchés de travaux et de fournitures.
* Résultat 3 : « Renforcement du système d’approvisionnement en MEG » dont les activités seront exécutées par des marchés de fourniture.

Le budget du projet PASA s’élève à 29.55M€, et doit, selon les accords de Cotonou signés le 23 juin 2000 et révisés le 22 Juin 2010, répondre aux procédures du FED. Ces fonds sont exécutés dans le cadre de devis-programmes, de marché de services, de travaux et de fournitures, ainsi qu’à travers des subventions et une convention de contribution avec l’UNICEF.

Dans le cadre de l’atteinte des résultats 1 et 2, des interventions relatives à l’amélioration de la gestion des gestions humaines de la santé seront identifiées et expérimentées dans la zone cible du projet. L’analyse de situation des RHS, conduite dans le cadre de l’élaboration du Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS-2013), a montré que celles-ci sont insuffisantes sur le plan quantitatif et qualitatif, mal distribuées et peu performantes. La production inappropriée des ressources humaines pour la santé, l’irrégularité du recrutement et la mauvaise gestion des effectifs disponibles, faute de bonne gouvernance dans les secteurs partenaires (systèmes sanitaire et éducatif, Finances, Fonction publique, notamment) en sont les principales causes.

Il en résulte une disponibilité inadéquate des ressources humaines pour la santé (RHS) dans les structures de santé, une offre de services de qualité douteuse et une insatisfaction chronique des usagers

* 1. **Objectif général**

L’objectif général de l’assistance technique pour « l’élaboration d’un diagnostic des ressources humaines dans une perspective de gestion décentralisée » est de doter le MS de données stratégiques lui permettant d’améliorer la gestion des ressources humaines de la santé dans une perspective de renforcement de la qualité des soins et d’une meilleure répartition des prestataires de soins. Il s’inscrit dans le cadre du Résultat 1 du Projet d’Appui à la Santé (PASA) : « Renforcement de l’Appui Institutionnel au niveau central » et du Résultat 2 : « Renforcement de l’Appui institutionnel au niveau de la région de Nzérékoré ».

* 1. **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques sont conformes aux objectifs 1 et 4 retenus dans le Plan de renforcement des ressources humaines de la santé, rédigé par les agents du bureau des stratégies et du développement du ministère de la santé en 2013. Bien qu’il n’ait pas été validé par le Ministère de la santé, il constitue une source d’information et une base de travail pour la mise en place du renforcement des ressources humaines.

Les objectifs spécifiques sont :

* En lien avec l’objectif 4 du Plan de renforcement :
  + - Mettre en place un système de gestion des RHS orienté vers la performance,
    - Estimer les besoins en RH et proposer des modalités de redressement,
    - Proposer des modalités d’alignement de la formation initiale et de la formation continue sur les besoins quantitatifs et qualitatifs du système de santé ;
* En lien avec l’objectif 1 du Plan de renforcement :
  + - Mettre en place un cadre institutionnel propice à la gouvernance,
    - Mise en place d'une démarche participative et consensuelle pour la définition des normes d'effectifs de RHS avec les décideurs du Ministère de la santé et de la région pilote.
    - Accompagner le changement auprès des agents de la DRS, des districts de la région pilote et des structures sanitaires ambulatoires ou hospitalières de cette même région par une formation pour le renforcement des capacités des personnels en charge des ressources humaines.

**2.3. Objectifs additifs**

Aux termes des missions sur le terrain de mai-juin 2015 et octobre-novembre 2015, un additif aux termes de référence initiaux a été élaboré. Trois résultats obtenus dans les deux premières missions et suite aux travaux menées par les experts LT du PASA motivaient cet additif : les ateliers d’analyse des pratiques professionnelles tenu à N’Nzérékoré en octobre-novembre 2015 qui avaient permis la constitution de fiche métiers pour les personnel soignant dans les structures sanitaires, les activités en cours mises en œuvre par une ONG -Ehealth- dans le district de Mamou qui s'appuyaient sur la communauté et les discussions des experts du PASA avec les représentants du ministère de la santé concernant les RHS dans les structures sanitaires.

En lien avec le Ministère de la Santé (Bureau Stratégie et Développement et Division des Ressources humaines), le représentant de Ehealth, les missions suivantes avaient pour objectif :

* La vérification du rôle, attributions et compétences souhaitables des agents de santé communautaire en fonction de ceux définis au cours de l’atelier d’analyse des pratiques professionnelles ; L’objectif est de fournir un outil de GRH, qui puisse être utilisé dans les structures sanitaires pour la gestion des agents de santé communautaire (pour la rédaction des fiches de poste, pour développer des incitatifs pour améliorer leur motivation, etc.)
* De définir un curriculum de formation des agents de santé communautaire adapté au rôle, attributions et compétences du métier d’agent de santé communautaire. L’objectif est d’utiliser et/ou d’adapter une formation e-learning développée par Ehealth dans un autre contexte, pour la formation d’agents de santé communautaire.
* De proposer une stratégie de mise à disposition en ligne de modules de formation accessibles à toutes les institutions concernées, précisant les outils de communication nécessaires, les moyens techniques pour le e-learning en formation initiale et en formation continue,
* De proposer la constitution d’un comité Technique chargé de la révision du Curriculum qui aurait les responsabilités suivantes :
  + - Créer un plan d’action la mise en œuvre du nouveau curriculum de formation initiale,
    - Finaliser les compétences requises pour les agents de santé communautaire,
    - Formuler les objectifs d’apprentissage liés aux compétences
    - Elaborer les programmes définissant les objectifs d’apprentissage, durée, et moyen d’évaluation.
    - Finaliser le curriculum de formation initiale et continue des agents de santé communautaire,
    - Diffuser les nouveaux programmes dans les institutions publiques de formation
    - Servir de ressource technique auprès des ministères de la santé et de l’enseignement professionnel et technique, pour la révision des curricula et des normes minimales de fonctionnement des institutions de formation
    - Renforcer la formation des professeurs qui dispensent des institutions de formation Dans un second temps :
* Organiser la tenue de la première réunion du comité technique chargée de formuler :
* Le plan d’action et de suivi de la mise en œuvre du nouveau curriculum de formation des agents de santé communautaire
* Le programme d’élaboration des modules de formation,
* Le test sur les écoles de Mamou et N’Nzérékoré la mise à disposition de modules pilotes prioritaire de formation, avant généralisation
* Le test sur un district de la DRS de Mamou et un district de N’Nzérékoré la mise à disposition de modules de formation continue via réseau téléphonique, avant généralisation.

**2.4. Résultats attendus**

Au terme de la mission, un rapport sera présenté et traitera notamment des thèmes repris ci-après :

* Description ou actualisation, si celle-ci est disponible, des effectifs réels par structure sanitaire de la région pilote du projet (public, privé, semi-public).
* Définition des besoins des structures sanitaires de la région pilote, par l’application des normes en personnel médical et paramédical si une normalisation des effectifs existe, ou proposition d’une normalisation des effectifs basée sur la performance des structures sanitaires.
* Mesure des écarts entre les effectifs réels et les effectifs normalisés par structure sanitaire de cette région, en base à la carte sanitaire développée pour cette région.
* Propositions de scénarios relatifs à la mise en œuvre d’expériences pilotes innovantes dans différents secteurs relevant des GRH susceptibles d’être testées dans la zone cible du projet.  Rapport d’activité de formation sur l’accompagnement au changement des personnels en charge des ressources humaines dans la région pilote.
* Proposition des actions prioritaires à conduire en matière de modernisation de la gestion des RHS pour la période de 2015-2017 dans la région pilote.
* Les résultats attendus suite au cahier des charges additif, à savoir :
  + - Une fiche métier de l’agent de santé communautaire
    - Un curriculum de formation de l’agent communautaire
    - Un plan stratégique de mise à disposition des modules de formation des agents de santé communautaire prévoyant le test de la nouvelle formation sur les écoles de Mamou et de Nzérékoré et la généralisation de la formation aux écoles de santé communautaire, en fonction des résultats des tests.

**2.5. Livrables attendus**

* Un rapport de mission - visite au terme de la mission
* Un rapport synthétique reprenant les premières analyses et recommandations concernant les domaines traités auxquels sera annexé le rapport de visite dans la région pilote ainsi que les données collectées qui auront été ajustées.
* Les membres du Comité technique disposeront de 10 jours pour faire part de leurs commentaires. Ces commentaires seront intégrés dans la version finale du rapport qui sera transmise au Bénéficiaire dans les 20 jours ouvrables suivant la clôture de la mission sur le terrain.

**3. DEMARCHE ET METHODOLOGIE**

La démarche dans ces 4 missions sur le terrain a consisté dans un premier temps à définir le périmètre de la mission et à identifier les acteurs concernés - qu’ils s’agissent des personnels des différents ministères, des représentants des partenaires techniques et financiers (PTF), des membres d’ONG œuvrant sur le secteur ou des assistants techniques ayant participé aux différents travaux de réforme - pour connaitre l’avancée des réflexions relatives à la décentralisation et à la déconcentration des décisions, à la détermination des besoins en matière de RHS, au système de production et de développement des compétences des RHS et au cadre légal et organique au projet d’appui institutionnel.

Il faut noter que le traitement des problématiques du secteur de la santé est étroitement lié à la mise en œuvre d’autres reformes sectorielles telles que la réforme des finances publiques (PARFIP), la réforme en matière de déconcentration/décentralisation menée par le MATD, et la modernisation de la fonction publique et de l'Etat. Il était donc important de rencontrer les parties prenantes intervenant dans les divers projets d’appui sectoriel afin de connaitre les avancées en cours et les volontés des différents partenaires pour une amélioration de la gestion des ressources humaines dans le système de santé.

Des entretiens ont été conduits avec eux pour connaitre leurs attentes, les forces et faiblesses ainsi que les opportunités et les menaces dans la gestion des ressources humaines, principalement sur le terrain, au cours des missions à Nzérékoré.

Des formations sanitaires ont été visitées dans les préfectures de Lola et de Macenta ainsi que la DRS de la région de Nzérékoré ET les DPS de ces préfectures pour déterminer les effectifs de personnel de soutien dans les services déconcentrés et les personnels soignants pour répondre aux besoins sanitaires de la population de cette région.

Une revue documentaire a été conduite afin de collecter l’information disponible et de se centrer principalement sur une démarche d’actualisation, de complémentarité et de finalisation des données existantes.

Plus généralement, une démarche participative visant à intégrer au processus les acteurs de la DRS, des DPS, de l'IPPS, de la DRH et des directions du Ministère de la santé rencontrées, a été systématiquement recherchée pendant les entretiens et les ateliers de formation. Des élus des communes de la région pilote, des directeurs d'école de formation de santé de cette même région, des responsables d’établissements de santé privés, deux ONG intervenant dans le domaine de la GRHS, Intrahealth et EhealthAfrica, ont été rencontré et leur participation a été suscité, afin de s’assurer que tous les besoins soient pris en compte et afin d’unir les moyens disponibles des différents partenaires. Les services déconcentrés du Ministère de la santé ont été impliqués dans les visites des formations sanitaires, dans la réalisation de l’enquête sur l'effectif des RHS dans 2 préfectures, pour la détermination des thèmes des ateliers de formation menées à Nzérékoré.

Des réunions de restitution ont été organisées à Conakry ou à Nzérékoré pour discuter des propositions d’actions pour répondre aux difficultés constatées dans la gestion et la planification des RHS. Elles ont été discutées avec la DRH du Ministère de la santé, avec le MFPREMA, le MATD et la DUE.

1. **RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS** 
   1. **Première mission du 25 mai au 19 juin 2015 :**

**phase 1**

Elle concernait les activités suivantes :

* + - L’identification du périmètre de la mission et des acteurs concernés par les ressources humaines et leur gestion- qu’ils s’agissent des personnels des différents ministères, des représentants des partenaires techniques et financiers (PTF) ou des assistants techniques ayant participé aux différents travaux de réforme - pour connaitre l’avancée des réflexions relatives à la décentralisation et à la déconcentration des décisions, à la détermination des besoins en matière de RHS, au système de production et de développement des compétences des RHS et au cadre légal et organique au projet d’appui institutionnel.
    - Des entretiens avec les acteurs pour connaitre leurs attentes, les forces et faiblesses ainsi que les opportunités et les menaces dans la gestion des ressources humaines principalement sur le terrain, au cours de la semaine de déplacement des deux experts à Nzérékoré.
    - Des visites de plusieurs centres de santé et hôpitaux préfectoraux de la région de Nzérékoré,
    - La conception et le lancement d’une enquête sur les RHS dans deux préfectures de cette région afin de :
      * Estimer le besoin en RHS dans l’ensemble des formations sanitaires des deux préfectures,
      * Déterminer le nombre de RHS par centre de santé, inclus les RHS non rémunérés par l’Etat,
      * Déterminer la catégorie de RHS (infirmier d’Etat, ATS, etc..) réalisant les soins de santé (consultations curatives, accouchements, consultations dans le cadre des programmes de santé nationaux)
      * Estimer la charge de travail des RHS des centres de santé,
      * Déterminer les outils prioritaires en GRH sur lesquels devraient porter les formations en GRH.
    - L’élaboration de premières pistes d’actions pour répondre aux difficultés constatées dans la gestion et la planification des RHS et discussion avec la DRH du Ministère de la santé, avec le MFPREMA, le MATD et la DUE.
  1. **Seconde mission du 2 novembre au 19 novembre 2015 : phase II**

Le tableau suivant présente les activités réalisées pendant la mission d’octobre- novembre 2015, classés en fonction des résultats attendus dans le TDR.

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités prévues** | **Activités réalisées** |
| **Résultat 1:** Description ou actualisation, si c elle-ci est disponible, des effectifs réels par structure sanitaire de la région pilote du projet (public, privé, semipublic). | |
| Saisie des questionnaires, exploitation des données de l’enquête portant sur les hôpitaux préfectoraux, les centres de santé et les postes de santé de 2 préfectures de la  région de Nzérékoré | **Fait** |
| Demandes de précisions sur certains résultats de l’enquête auprès des responsables des formations sanitaires visitées | **Fait** |
| Analyse des résultats de l’enquête | **Fait-** l’analyse des résultats figure en annexe ainsi que les objectifs de l’enquête et le questionnaire. |
| **Activités prévues**  Identification des thèmes de GRH pour la formation en GRH à partir des résultats de l’enquête | **Activités réalisées**  **Fait-** l'enquête a montré que 66% des actes médicaux et paramédicaux sont réalisés par des agents techniques de santé (ATS), qui ne sont pas considérés comme du personnel sanitaire au sens de l'OMS. Un thème prioritaire a été identifié pour faire l’objet de la formation à Nzérékoré : la fiche métier avec la description des tâches des catégories de RHS dans les formations sanitaires. Ces fiches métier sont un premier essai de constitution d’un répertoire des métiers de santé. Il est à noter qu’une telle démarche a déjà été initiée en 2003 pour les métiers de la fonction publique hospitalière et sont utilisés dans quelques hôpitaux 1 dont celui de Nzérékoré. |
|
| **Résultat 2** : Définition des besoins des struct ures sanitaires de la région pilote, par l’application des normes en personnel médical et paramédical si une nor malisation des effectifs existe, ou proposition d’une normalisation des effectifs basée sur la performance des st ructures sanitaires. | |
| A partir de l’effectif existant obtenu suite à l’enquête, estimer le besoin en RHS dans la région | **Fait** - à partir des préconisations de l’OMS relative à la densité de personnel soignant pour 10 000 habitants |
| Estimer l’effectif par formation sanitaire et par catégorie de RHS, à partir des normes en personnel médical et paramédical | **Non fait -** il existe plusieurs normes de personnel de santé par formation sanitaire qui circulent au MS, sans qu’il soit possible de connaitre la norme retenue par le MS pour la carte sanitaire.  De ce fait, il n’a pas été possible d’estimer le besoin en personnel de santé par mesure de l’écart entre l’existant, connu par cette enquête, et la norme, puisqu’il n’y a pas de norme. |
| Présentation des résultats de l’enquête au cours de la formation en GRH à Nzérékoré, à la DRH du MS et au MFPREMA | **Fait** - des commentaires ont été apportés par les participants aux réunions de présentation. |
| **Résultat 3** : Mesure des écarts entre les e ffectifs réels et les effectifs normalisés par structure sanitaire de cette région, en base à la carte sanitaire dév eloppée pour cette région | |
| Calcul des écarts entre les effectifs déjà en poste et les effectifs normalisés | **Non Fait -** le calcul par structure sanitaire ne peut se faire sans normalisation des effectifs médicaux et paramédicaux (voir commentaire précédent) |
| **Résultat 4 :** Propositions de scénarios rel atifs à la mise en œuvre d’expériences pilotes innovantes dans différents secteurs relevant des GRH suscept ibles d’être testées dans la zone cible du projet. | |
| Elaboration d’un premier ensemble de propositions d’actionsen vue d’établir le plan local de RHS en fonction du diagnostic validé par les participants et présentation aux experts LT PASA de Nzérékoré et en réunion de restitution | **Fait -** Plusieurs pistes sont évoquées dont la conversion des  ATS en sage-femme dans la région pilote, suite au rapport de 2012 de l'OMS déjà cité. |
| **Résultat 5** : Rapport d’activité de formation sur l’accompagnement au changement des personnels en charge des ressources humaines dans la région pilot e | |
| Conception, élaboration et animation d’une formation auprès de 40 participants à Nzérékoré pendant 2 jours | **Fait -** le rapport figure dans le chapitre relatif aux résultats obtenus. |
| Conception et élaboration d’un manuel de formation en GRH comportant les différents outils de GRH avec des exemples d’application dans les pays à revenu similaire à la Guinée ou dans des  expériences internationales | **Fait -** le manuel a été distribué à tous les participants à la formation ; La formation concernait un des outils présentés dans le manuel (classification des métiers) et a été réutilisé pour la formation d'avril 2016. Ce manuel présentait les outils de GRH pour la gestion administrative des RHS. |
| Préparation et animation de l’atelier  d’exercice pratique | **Fait -** Le thème prioritaire sur lequel à porter la formation a été identifié à partir des dysfonctionnements majeurs observés dans l’enquête de juin- juillet 2015.  Le thème de l’atelier était d’adapter au contexte guinéen le référentiel emploi standard du médecin, de la sage-femme, de l’infirmier et de l’ATS en centre de santé, qui décrit les missions, les tâches, la formation de ces différents personnels. |

1

**Description des postes de travail- Hôpital régional de Mamou- MSP- République de Guinée – mai 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités prévues** | **Activités réalisées** |
| Intégration des commentaires des participants aux ateliers dans les fiches emplois du médecin, de la sage-femme, de l’infirmier et de l’ATS en centre de santé | **Fait** - 4 référentiels emplois comportant la description des tâches adaptées au contexte guinéen, ont été élaborés avec les participants à la formation pendant l’atelier d’une demi-journée : Les référentiels emploi du médecin en centre de santé, de l’infirmier, de la sage-femme et celle de l’ATS figurent dans les annexes. |

* 1. **Troisième mission du 9 au 26 mars 2016 :**

**phase III**

Le tableau suivant présente les activités réalisées pendant la mission de mars 2016, classés en fonction des résultats attendus dans le TDR additif.

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités prévues** | **Activités réalisées** |
| **Résultat 1 TDR additif :** définition du rôle , attributions et compétences souhaitables des agents de santé communautaire en fonction de ceux définis a u cours de l’atelier d’analyse des pratiques professionnelles de la mission II | |
| A partir des orientations du plan de relance et de résilience du MS, définition des rôles et missions d’un de l’agent de santé communautaire, l’atelier d’analyse des pratiques professionnelles | **Fait -** Discussion de la fiche métier avec Ehealth, la DRH |
| **Résultat 2 TDR additif :** définir un curricul um de formation des agents de santé communautaire adapté au rôle, attributions et compétences du métier d’ agent de santé communautaire | |
| Rencontre avec les interlocuteurs du MS impliqués dans la mise en place d’un nouveau curricula | **Fait -** rencontre avec la DRH des directions de la santé communautaire, de la santé familiale, du BSD et de l'IPPS avec remise d'une note d'opportunité dans l'objectif d’utiliser et/ou d’adapter une formation e-learning développée par Ehealth dans plusieurs pays africains  Une réunion entre ces différents partenaires était programmée en avril 2016 mais elle n’a pas été effectuée. |
| Accord du Ministère de l'Emploi et de l'Enseignement Professionnel pour la  révision du cursus d'ATS | **Fait -** En Guinée,Le MEEPgère les écoles de santé communautaire et les cursus de formation qui y sont dispensées. De ce fait, l’adaptation du cursus des ATS aux besoins du marché impliquait l’accord préalable du MEEP et sa participation dans l’élaboration d’un nouveau cursus. Un courrier du MS a été adressé au MEEP pour la constitution d'un groupe de réflexion MS/MEEP sur la révision du cursus des ATS. Le  MEEP, conscient que le nombre annuel d’ATS diplômés est largement supérieur à l’offre d’ATS dans les établissements de santé, a accepté le principe de la révision du cursus et a désigné 3 agents pour participer à cette réflexion, dont la première réunion devrait être programmée rapidement. |
| **Résultat 4 TDR** : Propositions de scénarios relatifs à la mise en œuvre d’expériences pilotes innovantes dans différents secteurs relevant des GRH suscept ibles d’être testées dans la zone cible du projet | |
| Organisation d'un atelier MS/MFPREMA pour échanger sur le rôle en GDR de chacun des deux ministères à partir des données de la région pilote | **Fait -** la tenue de cet atelier était motivée par une importante difficulté rencontrée par le MS dans le recrutement des personnels de santé ; en effet, les 2 ministères ont un rôle en matière de gestion des ressources humaines du secteur public : le ministère de la fonction publique qui recrute les fonctionnaires et le ministère de la santé qui prévoit les besoins nécessaires en RHS pour le recrutement. Cette organisation demande une bonne articulation entre les deux ministères pour que les besoins du MS soient rapidement couverts par les recrutements du MFPREMA, ce qui n’est actuellement pas le cas. Aussi, un atelier entre ces deux ministères avait justement pour but d’engager une réflexion sur la GRHS et les conséquences négatives de cette faible coordination entre les deux ministères. Un atelier a été prévu pour le 20 avril 2016, la fiche technique est en annexe. |
| **Activités prévues** | **Activités réalisées** |
| Rencontre avec l’IPPS au sujet de la formation continue des ATS recyclés en sage-femme ou infirmier | **Fait-** une nouvelle rencontre est prévue en avril avec la directrice de l’IPPS |

* 1. **Quatrième mission du 18 au 30 avril 2016 :**

**phase IV**

Le tableau suivant présente les activités réalisées pendant la mission d'avril 2016, classés en fonction des résultats attendus dans le TDR additif.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités prévues** **Activités réalisées** | | |
| **Résultat 2 TDR additif :** définir un curriculum de formation des agents de santé communautaire adapté au rôle, attributions et compétences du métier d’agent de santé communautaire | | |
| Rencontre avec les interlocuteurs du MS impliqués dans la mise en place d’un nouveau curricula | **Non Fait** - la réunion entre les partenaires du MS (directions de la santé communautaire, le BSD, la santé familiale, l'IPPS) n'a pu être programmée par la DRH pendant la mission sur le terrain de l'experte. De ce fait, les objectifs relatifs au test de cette formation n’ont pu être atteints. | |
| Accord du Ministère de l'Emploi et de l'Enseignement Professionnel pour la  révision du cursus d'ATS | **Non fait -** la première réunion entre MS/MEEP sur la refonte du cursus des ATS dans les écoles de santé communautaire n'a pu être programmée par la DRH pendant la mission sur le terrain de l'experte. | |
| **Résultat 4 TDR** : Propositions de scénarios relatifs à la mise en œuvre d’expériences pilotes innovantes dans différents secteurs relevant des GRH suscept ibles d’être testées dans la zone cible du projet | | |
| Organisation d'un atelier MS/MFPREMA pour échanger sur le rôle en GDR de chacun des deux ministères à partir des données de la région pilote | **Fait -** l'atelier a été organisé le 20 avril 2016. | |
| Elaboration d'un plan d'actions pour la conversion des ATS en sage-femme dans la région de Nzérékoré avec budget prévisionnel | **En cours -** Le plan d'actions élaboré avec la DRH du MS, l'expert LT PASA à Nzérékoré, l'expert Ehealth et le budget prévisionnel de ces actions figurent en annexe. | |
| **Résultat 5 TDR** : Rapport d’activité de formation sur l’accompagnement au changement des personnels en charge des ressources humaines dans la région pilote | | |
| Conception, élaboration et animation d’une formation auprès de 40 participants à Nzérékoré pendant 2 jours | | **Fait -** le rapport figure en annexe |

1. **RESULTATS OBTENUS** 
   1. **Description des effectifs réels par structure sanitaire de la région pilote**

Une enquête a été décidée en juin 2015 pour avoir des données précises sur l’effectif sanitaire dans les formations sanitaires et pour objectiver la faiblesse de cet effectif évoquée par plusieurs acteurs institutionnels.

Une enquête sur l’ensemble de la région de Nzérékoré étant programmée par le PASA en 2016, cette enquête portait sur 2 préfectures de cette région pilote. Les résultats devaient servir de base de travail concernant le renforcement des capacités en RHS. En effet, les pistes d’action suite aux résultats de l’enquête constituent les actions qui seront développées dans les scenarii du plan local des ressources humaines.

Les résultats montraient que le nombre total de RHS sur les deux préfectures en juillet 2015 était de 591, et répartis comme suit :

* + - 98 RHS dans les 2 hôpitaux préfectoraux
    - 422 RHS dans les 26 centres de santé (9 dans la préfecture de Lola et 17 dans celle de Macenta)
    - 74 RHS dans les 74 postes fonctionnels de santé (57 dans la préfecture de Macenta et 17 dans celle de Lola).

Les résultats détaillés figurent en annexe. Sont présentés ici les constats principaux sur lesquels des actions sont à mettre en place.

**Comparaison avec les préconisations de l’OMS** : Afin d’estimer la situation en Guinée, les résultats ont été comparé avec les préconisations de l’OMS. L’OMS définit le personnel sanitaire comme étant les personnels disposant des compétences nécessaires pour réaliser des actes médicaux et paramédicaux, sanctionnées par un diplôme d’Etat dans les spécialités suivantes : médecin, infirmier, sage-femme.

Le tableau suivant présente l’effectif de personnel sanitaire au sens de l’OMS dans les deux préfectures :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formations sanitaires** | **Médecin** | **Infirmier (AS)** | **Sage-**  **femme** |
| **Hôpitaux préfectoraux** | **9** | **22** | **11** |
| **Centres de santé** | **0** | **14** | **10** |
| **Postes de santé** | **0** | **3** | **0** |
| **Total** | **9** | **39** | **21** |

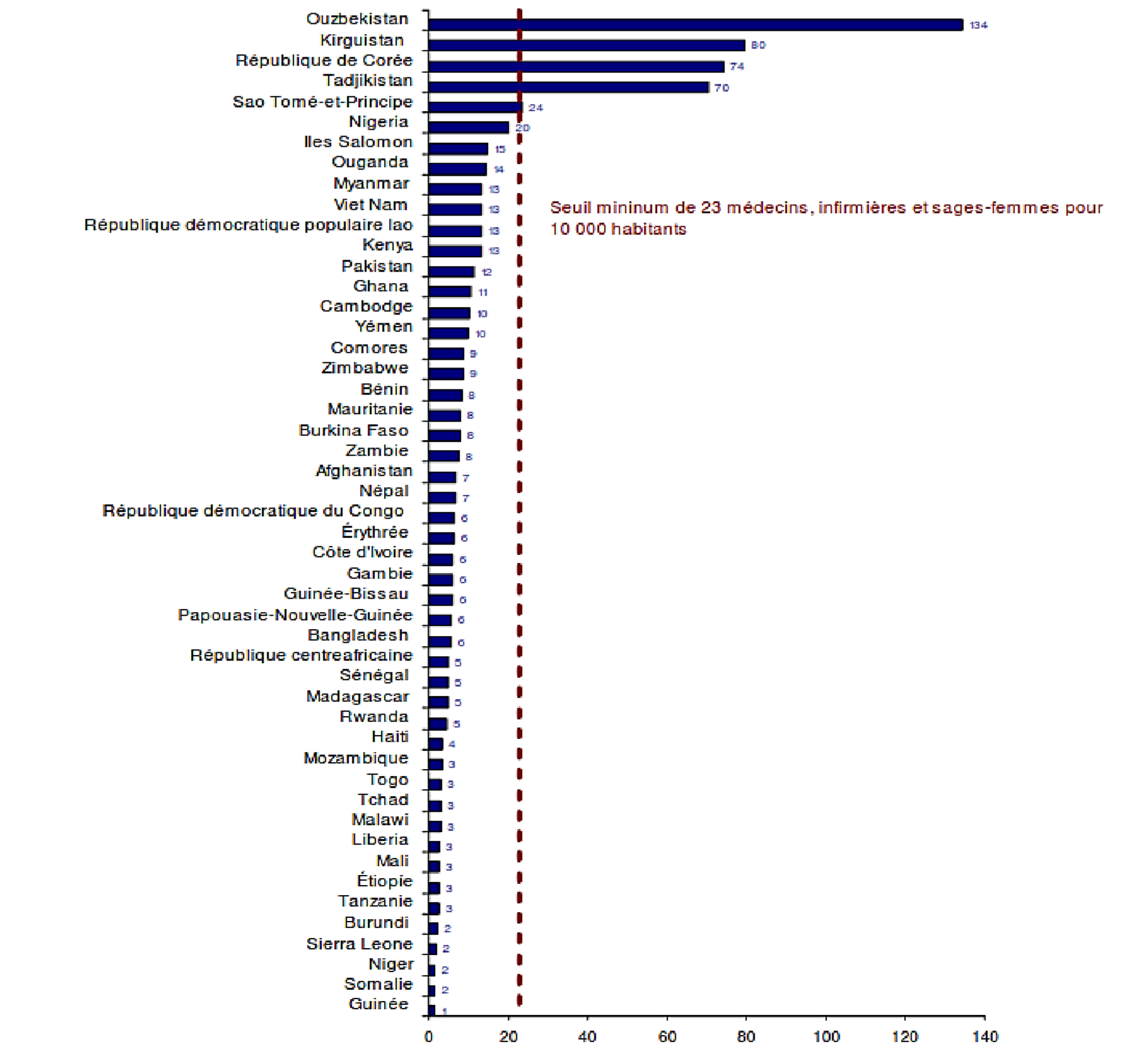
Soit un total de 69 personnels sanitaires sur ces deux préfectures. Pour estimer la situation des RHS, le rapport le plus communément utilisé est le calcul de la densité de personnel sanitaire pour 10 000 habitants.

Les deux préfectures représentant une population de 473 495 habitants (dernier recensement), la densité de personnel sanitaire pour 10 000 habitants est de 1,1.

La densité de personnel sanitaire pour 10 000 habitants préconisée par l’OMS pour réussir les ODD n°4 et 5 concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile est de 23 personnels sanitaires pour 10 000 habitants, soit un écart de 21,9 personnels sanitaires avec la situation sur ces deux préfectures.

A cela, il faut noter que :

* + **le calcul de densité du personnel sanitaire sur les 2 préfectures de la région de Nzérékoré confirme celui qui a été réalisé en 2009 par l’OMS sur la totalité de la Guinée, montrant que la situation n’a pas évoluée depuis cette date** ; La Guinée était le pays dont la densité de personnel sanitaire est le plus faible du monde.



* + **66% des soins médicaux (injections, accouchements,..) sont effectués par des agents techniques de santé (ATS) n’ayant pas de formation médicale ou paramédicale pour être autorisés à effectuer ces soins.**

Les interlocuteurs ont soulignés qu’il n’y avait pas eu de recrutement de sages-femmes et d’infirmiers depuis 2008. Un plan de recrutement de 2000 agents de santé est en cours par le Ministère de la santé mais la répartition entre les différents emplois/métiers n’était pas encore connue à la fin des 4 missions, en mai 2016.

Le ministère de la santé a établi que le centre de santé comme le premier niveau de recours aux soins de la population. Il se doit donc être médicalisé et aucun médecin n’était inscrit dans les effectifs de ces centres.

Dans les deux hôpitaux préfectoraux, le faible nombre de médecins (un médecin généraliste, un chirurgien et un obstétricien) pose le problème du remplacement de ces praticiens pendant leurs congés légaux ou en absence pour maladie. Dans les services de maternité, des actes chirurgicaux (épisiotomie, césarienne, etc…) sont réalisés par du personnel non médical tels que des sages-femmes ou des infirmiers quand bien même les médecins-chefs des services de maternité nous ont confirmé que ces personnels paramédicaux avaient été formés par leurs soins pour effectuer ces actes médicaux en toute sécurité.

* + **Des enquêtes mais sans réelle mise en place d’actions pour améliorer la disponibilité des RHS** : Une autre enquête sur l’effectif et la charge de travail des RHS, a été réalisée en 2013 sur plusieurs régions dont celle de Nzérékoré et a servi de base à un rapport de l’OMS intitulé « Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 - Planification stratégique - Royal Tropical Institute, AMPS, OMS Décembre 2014 », que plusieurs acteurs du MS appelent kit d’Amsterdam. Cette étude confirmait cette pénurie et préconisait de passer à 8,8 personnels sanitaires pour 10 000 habitants pour la région de Nzérékoré selon une feuille de route et un plan d’actions discutées avec le MS ; A cette date, il semble qu’aucune action n’ait été réalisée.
  + **Une part de ce très faible effectif n’est pas soumis aux obligations du statut général des fonctionnaires** : Une part de ce personnel sanitaire est bénévole ou stagiaire, c’est-àdire ne dispose pas de contrat de travail le liant aux obligations de son employeur, qui ne peut dans ce cas pas lui opposer des obligations de présence ou de responsabilté par rapport aux tâches qu’il exécute. Le tableau suivant montre l’effectif de bénévoles ou stagiaires dans les formations sanitaires des deux préfectures enquêtées.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formations sanitaires** | **Médecin** | **Infirmier (AS)** | **Sage-**  **femme** |
| **Hôpitaux préfectoraux** | **0** | **10** | **4** |
| **Centres de santé** | **0** | **1** | **6** |
| **Postes de santé** | **0** | **0** | **0** |
| **Total** | **0** | **11** | **10** |

Gérer des RHS en vue de l’amélioration de leur performance suppose l’existence de RHS. **Or, l’effectif actuel de personnel sanitaire est nettement insuffisant pour qu’une meilleure gestion apporte une amélioration du système de santé.**

**5.2. Définition des besoins des structures sanitaires de la région pilote**

Un des résultats attendus du TDR concerne la définition des besoins en RHS dans la région pilote, par application des normes en personnel médical et paramédical si une normalisation des effectifs existe au MS, ou par proposition des experts d’une normalisation des effectifs basée sur la performance des structures sanitaires.

**Existence d’une normalisation des effectifs de santé par formation sanitaire :** plusieurs essais de normalisation des effectifs par formation sanitaire circulent au MS mais aucune n’a en mai 2016 était validée par le Ministère de la santé. Pourtant, au moins deux directions du MS seraient conjointement impliquées dans la constitution de normes en personnel sanitaire : le BSD qui ne peut pas proposer de stratégie de santé bien efficace sans personnel pour la mettre en place et la DRH dont le rôle est de prévoir les besoins en ressources humaines en fonction de la stratégie proposée par le BSD.

Cette situation est particulièrement dommageable. En effet, 3 ministères sont concernés en Guinée par la gestion des RHS : le **Ministère de la santé** qui prévoit les besoins en personnel et affecte les agents recrutés dans les formations sanitaires, le **Ministère de la fonction publique** qui recrute les agents en fonction des besoins émis par le MS et le **Ministère du budget** qui finance les postes des agents. Du fait de cette organisation, ces 3 ministères doivent se coordonner pour améliorer l’offre de soins en fonction des contraintes financières ou des contraintes de gestion en vigueur. Mais cette triple « gestion » aboutit à un immobilisme, aucun des acteurs n’agissant en faveur d’une amélioration de la situation des RHS et aucun ne gère véritablement les ressources humaines en santé, chacun considérant que c’est du ressort de l’autre. De ce fait, rechercher une amélioration de la situation des RHS devrait être un travail réalisé à un niveau supérieur au MS pour discuter avec les 2 autres ministères impliqués.

Malgré tout, le résultat obtenu au cours de l’enquête de mai-juin 2015 - à savoir 1,1 personnel de santé pour 10 000 habitants contre une préconisation de l’OMS de 23 pour 10 000 habitants- a fait l’objet d’une présentation par l’expert aux représentants du MFPREMA, référents de cette mission. Ces derniers ont fait preuve d’une écoute attentive et n’étaient pas opposé à un recrutement de personnels sanitaires pour augmenter la densité de personnel sanitaire à **5 pour 10 000 habitants**, selon un échéancier qui serait à discuter avec les représentants du MS.

Il n’a pas été possible au cours de la mission de novembre 2015 d’obtenir la répartition des personnels sanitaires qui seraient à déployer par région. En effet, il existe plusieurs essais de normalisation du personnel sanitaire dans les formations sanitaires qui circulent au MS mais aucune normalisation n’était à cette date validée par les instances de direction. **Cette absence de normalisation nuit à la crédibilité des demandes de recrutement du MS auprès du MFPREMA.**

**5.3. Les ateliers de gestion des ressources humaines**

Les ateliers conduits dans la région pilote avaient plusieurs objectifs :

* Comprendre les enjeux et défis du passage de l’administration du personnel à la gestion des ressources humaines, de l’utilisation de la classification des emplois pour le renforcement de la fonction GRH ;
* Connaitre les principaux domaines et techniques de la GRH moderne : gestion administrative, planification des ressources humaines, évaluation, motivation, relations sociales, planification et suivi de la formation continue.

A l’issue de la formation, les agents formés devaient être capables de conduire efficacement, dans leurs territoires/établissements respectifs d’intervention, les changements attendus en matière de pratiques professionnelles modernes dans le domaine de la gestion des ressources humaines en santé. 40 participants ont suivi les ateliers de formation. Le public cible a été constitué d’agents des services déconcentrés, des formations sanitaires des 5 préfectures de la région de Nzérékoré et des représentants des collectivités locales, répartis comme suit :

* + - Le directeur de l’hôpital préfectoral ou régional (soit 6 directeurs au total),
    - Le surveillant général de l’hôpital préfectoral ou régional (soit 6 surveillants généraux au total),
    - 1 agent pour chacune des DPS (soit 6 cadres de DPS au total),
    - 4 agents de la DRS
    - 6 agents pour les instituts publics ou privés de formation en santé communautaire,
    - 4 responsables de structures sanitaires privées,
    - 6 agents de la DRS,
    - 1 chef de centre de santé de chaque préfecture (soit 6 agents au total),
    - 1 représentant de la mairie de chaque chef-lieu de préfecture (soit 6 représentants au total).Pour conserver la possibilité aux participants d’intervenir et d’interagir avec la formatrice, 2 sessions ont été organisée de 20 personnes à chaque session, aussi bien en novembre 2015 qu’en avril 2016. Au total, 67 personnes ont suivi au moins une session de formation, dont 44 ont suivi la session de novembre 2015 et avril 2016.

Quatre sessions de 1 jour chacune ont été réalisées :

* + - Le 9 et le 10 novembre 2015
    - Le 26 et 27 avril 2016

5.3.1. Contenu des sessions de formation de novembre 2015

Le programme de la journée de formation et des travaux de groupe ont été proposés en raison de leur pertinence pour la gestion des ressources humaines dans le contexte guinéen, suite à une première mission sur le terrain en mai-juin 2015. L’accent a été mis sur un dysfonctionnement majeur observé pendant les visites effectuées dans les formations sanitaires par les experts en mai-juin 2015 qui a été confirmé par l’analyse de l’enquête réalisée sur les formations sanitaires des deux préfectures de Nzérékoré. En effet, il est constaté que 66 % des soins médicaux et paramédicaux sont réalisés par du personnel ne disposant pas des compétences techniques et des diplômes pour réaliser ces actes. De ce fait, l’accent a été mis sur un outil de gestion des ressources humaines, le référentiel des emplois et des compétences, qui définit les missions, les tâches principales, les attributions des catégories de personnel dans un centre de santé.

Le travail des participants a consisté à adapter au contexte guinéen, les référentiels standards internationaux pour les emplois des médecins généralistes, des infirmiers, des sages-femmes dans les centres de santé de premier recours (en fonction de la réglementation, de l’organisation du travail des centres, des programmes nationaux, etc). Les référentiels de chacun de ces emplois figurent en annexe.

Le programme de formation s’est composé de 2 ateliers portant sur les thématiques suivantes : **1. Atelier de gestion des ressources humaines : la matinée Objectifs :**

* + - Présenter les résultats de l’enquête sur les RHS réalisée par la DRS et les DPS en juin-juillet en matière de GRH
    - Apprendre les bases du management des ressources humaines ;
    - Apprendre à utiliser un des outils de gestion des RH pour le renforcement de la gestion des RH : la classification des métiers ;

**2. Atelier pratique : l’après-midi**

**Objectif** : travail de groupe (4-5 personnes par groupe) consacrée à la mise en pratique de l’outil de GRH présenté le matin, à savoir la validation des fiches métier des personnels des centres de santé.

**Thème** : Elaboration de fiche emploi des personnels des médecins, infirmiers et des sages-femmes des centres de santé

5.3.2. Contenu des sessions de formation d’avril 2016

Le programme de la journée de formation et des travaux de groupe ont été proposés en raison des choix des participants des sessions de novembre 2015. En effet, une des questions du questionnaire d’évaluation de la formation, rempli par les participants à l’issue des formations de novembre, concernait les thèmes d’une prochaine formation. Suite à l’exploitation des questionnaires, 2 thèmes étaient majoritaires : la gestion du changement et la gestion administrative.

Le programme de formation s’est composé de 2 ateliers portant sur les thématiques suivantes : **1. Atelier de gestion des ressources humaines : la matinée**

**Objectifs**

* + - Présenter les résultats de l’évaluation de la formation de novembre 2015
    - Apprendre à piloter le changement
    - Apprendre à utiliser les outils de gestion administrative des RH pour le renforcement de la gestion des RH

**2. Atelier pratique : l’après-midi**

**Objectif** : travail de groupe (9-10 personnes par groupe) consacrée à la mise en pratique des concepts appris le matin concernant la gestion du changement.

**Thème** : Elaboration d’un plan d’actions pour le pilotage d’un dispositif nouveau et pour communiquer en interne et en externe sur ce nouveau dispositif. Le travail des participants a consisté à rédiger un plan d’actions pour l’application dans la région d’une réforme décidée par le MS.

5.3.3. Support pédagogique

Ont été remis à chaque participant :

* + - Un syllabus concernant les principes de base de la gestion des ressources humaines, des annexes illustrant les outils de GRH dans différents contextes internationaux
    - Des fiches concernant les thèmes qui seront à compléter par le participant au cours de l’atelier pratique.

5.3.4. Profil des formateurs

La formation était animée par l’experte en management des ressources humaines, disposant d’une expérience spécifique de 25 ans dans la planification des ressources humaines et dans la réalisation d'études, de mise en place d’outils de planification et d’élaboration de stratégies de gestion des ressources humaines en santé.

Elle était accompagnée pour les ateliers de novembre 2015 par le Dr Mohamed Faza - Chef de service de la formation à la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la santé; pour les ateliers d’avril 2016 par Huguette Diakabana, gestionnaire de projet à l’ONG Ehealth Africa.

5.3.5. Approche / Méthode utilisée

L’animation de l’activité de formation a reposé sur des méthodes participatives mettant à l’œuvre les principes de la pédagogie des adultes. La formation est donc opérationnelle et a été dispensée sous forme de formation-action visant à faire « apprendre en faisant ». Par conséquent, les réponses aux questions à travers la réflexion et l’échange, les mises en situation réelle, études de cas et autres exercices pratiques ont constitué l’essentiel de la formation.

Par ailleurs, le cours a été illustré d’exemples réels tirés de l’expérience de la formatrice dans le cadre de ses interventions en gestion et planification des RHS.

5.3.6. Evaluation des ateliers de formation  Pendant la formation : Plusieurs tests d’évaluation des connaissances ont été réalisés de manière informelle à différents moments de la formation. La participation des apprenants a été importante et plusieurs fois il a été nécessaire de rappeler que la formation avait une durée limitée et que l’ensemble des problèmes de GRH ne pouvaient être abordés.

* + - A la fin de la formation : la formatrice a fait un bilan oral de chaque journée de formation. La richesse des débats a montré l’intérêt d’avoir mélangé dans ces journées des agents de l’administration, des formations sanitaires avec des représentants des communes. De nombreuses discussions ont porté sur les difficultés budgétaires que rencontrent les communes et les formations sanitaires dans l’exercice de leurs attributions. La présence d’un représentant de la DRH du MSPH aux ateliers de novembre 2015 a permis à beaucoup d’entre les participants d’avoir une idée plus claire des objectifs du MSPH en matière de RHS et notamment sur le recrutement en cours de 2000 agents.
    - Un questionnaire d’évaluation de satisfaction de la formation a été rempli par les participants à chaque session. L’analyse des questionnaires met en relief les résultats qui suivent :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Questionnaire d’évaluation de**  **la formation** | **Toutes sessions confondues** | **Nb participants : 67** | **Nb questionnaires remplis : 54** | **Moyenne** |
| Question 1 | Comment évaluez-vous l'ensemble du stage ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 2 | Pensez-vous que l'objectif annoncé a été atteint ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 3 | Le contenu du stage répondait-il à vos attentes professionnelles ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 4 | Les acquis de la formation seront-ils directement utiles et applicables dans le cadre de votre travail ? (Note sur 9) | | | **7** |
| Question 5 | Les acquis de la formation vont il vous permettre d'améliorer valablement votre quotidien professionnel ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 6 | Pensezvous que vous serez en mesure de mettre concrètement en œuvre vos acquis ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 7 | La durée du stage était-elle suffisante pour couvrir l'ensemble du programme ? (Note sur 4) | | | **2** |
| Question 8 | Les supports de cours et les programmes vous ont-ils semblé satisfaisants ? (Note sur 4) | | | **3** |
| Question 9 | Le rythme du stage vous a semblé : (Note sur 4) | | | **3** |
| Question 10 | Les études de cas et / ou les exercices pratiques vous ont paru ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 11 | Globalement comment évaluez-vous votre formatrice ? (Note sur 4) | | | **3** |
| Question 12 | La compétence technique de la formatrice vous a paru ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 13 | Etait-elle bien préparée et organisée ? (Note sur 4) | | | **3** |
| Question 14 | Était-elle disponible ? (Note sur 4) | | | **3** |
| Question 15 | Avez-vous eu une réponse à toutes vos questions ? (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 16 | L'exposé était-il bien structuré et facilement intelligible ? (Note sur 4) | | | **3** |
| Question 17 | Seriez-vous satisfait de suivre un autre stage avec ce formateur ? (Note sur 4) | | | **4** |
| Question 18 | La qualité de l'animation vous a paru : (Note sur 9) | | | **8** |
| Question 19 | La durée de la formation vous a-t-elle paru adaptée ? (Note sur 9) | | | **5** |
| Question 20 | Recommanderez-vous ce stage à d'autres personnes ? (Note sur 4) | | | **4** |

* + - Au total, les notes données par les 67 participants qui ont répondu au questionnaire d’évaluation, sont positives et largement supérieures à la moyenne. Les participants sont tous satisfaits de l’organisation, du déroulement et du contenu formation ainsi que de la prestation de la formatrice experte. L’évaluation globale du stage obtient une moyenne de 8 sur 9 ;
    - Seuls 2 items obtiennent des notes plus faibles : ce sont les questions relatives à la durée de la formation. Tous les participants estiment que cette durée est insuffisante. Ce ressenti est également partagé par l’experte et est compréhensif dans la mesure où c’est la première fois qu’ils bénéficiaient d’une opportunité de suivre un cycle de formation intégrant une forte dimension de formation-action et de coaching ;
    - Les participants pensent globalement avoir comblé leurs attentes (note de 8 sur 9 à la question 3) même s’ils auraient souhaité approfondir certains sujets tels que la gestion de projets, la gestion des services de santé (gestion hospitalière, relation hôpital centre de santé, gestion du médicament) et réaliser davantage d’exercices pratiques sur les outils de gestion administrative en GRH ou de management des RH tels que l’évaluation des compétences, les fiches de postes, la motivation du personnel, les relations syndicales, la communication professionnelle.
    - La plupart des participants pensent être en mesure de mettre en pratique les acquis de cette formation dans leur quotidien professionnel (moyennes respectives de 8 sur 9 aux questions 5 et 6) bien que plusieurs signalent la réticence au changement dans leur environnement professionnel. Cette intention positive mérite d’être encouragée.

Le faible effectif de ressources humaines à Nzérékoré nécessite une gestion efficace de celles-ci afin d’optimiser les ressources disponibles, c’est-à-dire qu’il convient pour les responsables de veiller au respect des obligations de travail des agents. Or, la gestion des horaires, des absences et des congés est pratiquement inexistante. **En ce sens, l’absentéïsme participe à la pénurie de ressources humaines, puisque les agents recrutés sont absents de leur poste de travail. Ce point a été plusieurs fois reprochés par le MFPREMA aux agents du MS au cours de l’atelier du 20 avril et justifie pour le MFPREMA l’absence de recrutement de personnel supplémentaire pour le MS.** Les participants aux ateliers de formation ont d’ailleurs signalé que cette gestion était autrefois réalisée mais qu’elle avait été progressivement abandonnée.

**5.4. Développement d’un programme pour les agents de santé communautaire**

5.4.1. L’initiative du MS

En accord avec la stratégie de l’OMS dans les pays de l’Afrique sub-saharienne, la DRH du MS de Guinée souhaiterait développer un programme de santé communautaire en Guinée pour fournir des soins de santé aux populations mal desservies des zones rurales. Ce programme permettrait de répondre à l’initiative du MS qui vise à former et équiper 2 agents de santé communautaire pour 1 500 habitants. Cette formation serait dispensée dans les écoles de santé communautaire.

5.4.2. La formation dispensée dans l’école de santé communautaire de Nzérékoré

L’école existe depuis 1982. Le recrutement des étudiants est fondé sur un concours d’entrée composé de 3 épreuves ainsi que l’analyse d’un dossier de candidature. La scolarité est de 3 ans. L’école forme aujourd’hui environ 400 à 500 diplômés annuellement : en 2014, 531 étudiants ont été formés dont 512 lauréats ont été diplômés. Ces jeunes ATS n’ayant pas toujours de débouchés dans les formations sanitaires, se retrouvent sur le marché du travail ou sont « embauchés » comme bénévoles dans les formations sanitaires. Or, il n’y a pas de formation assurée par cette école publique sur des filières indispensables qui correspondent pourtant aux demandes du marché telles que sage-femme, infirmier, technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie, hygiène hospitalière, statisticien, etc.

formations qui sont dispensées à Conakry ou à Kindia. Depuis sa création, l’école a formé près de 3943 agents techniques de santé en 33 ans. Ainsi, il y a un décalage entre la production en qualité et en quantité de ressources en santé et les besoins réels des formations sanitaires. Les ATS qui sont recrutés au niveau du brevet des collèges + 3 ans de formation constituent la masse des agents de santé présents sur le marché de l’emploi.

Aujourd’hui, le souci qui anime l’encadrement de l’école est celui de son extension lui permettant de bénéficier d’infrastructures plus adéquates, et de diversifier les filières de formation dans les domaines de l’hygiène, de la nutrition et de la puériculture. L’école souhaite bénéficier de l’appui de partenaires techniques et financiers pour se doter d’un centre d’application, d’une bibliothèque, d’outils informatiques notamment.

5.4.3. Adaptation des formations de l’école de santé communautaire

L’école est sous tutelle du Ministère de l’emploi et de l’enseignement technique et professionnel et non pas sous la tutelle du Ministère de la santé. Cette situation est inconfortable car le MEEP n’est pas celui qui est le plus à même à connaitre les besoins des structures de santé en compétences spécialisées et à anticiper les évolutions en cours. Le MEEP, interrogé par le MS en mars 2016, a délégué 3 personnes pour une réflexion commune sur le contenu des formations dispensée dans les écoles de santé[[1]](#footnote-1). A la fin de la dernière mission d’avril 2016, n’avait pas donné lieu à la tenue d’une réunion pour envisager l’adaptation des formations dispensées au marché du travail, à la révision des cursus et de leur durée.

5.4.4. Cursus d’agent de santé communautaire

Afin d’appuyer le MS pour former les agents de santé communautaire et conformément aux souhaits émis par la DRH, il a été recherché un cursus, s’inscrivant dans les objectifs du plan de relance et de résilience de la politique nationale de santé.

Le cursus proposé par HEAT, a été développé dans plusieurs pays africains anglophones, avec l’appui de partenaires internationaux tels que l'UNICEF, Save the Children, JHPIEGO, et l'USAID Global Health. Le contenu de la formation en santé communautaire a été élaboré par un groupe de 50 professionnels de santé publique éthiopiens. Il a ensuite été adapté pour être mis en ligne par une université anglaise, Open University, qui la met à disposition gratuitement pour les pays souhaitant l’utiliser.

Depuis sa mise en œuvre initiale en Ethiopie, les modules de cette formation, ont été déployés dans les pays tels que le Kenya, la Zambie, l'Afrique du Sud, et partiellement au Rwanda pour la formation des infirmières, sages-femmes et pour la formation continue d’autres professionnels de la santé publique. L’ONG Ehealth, installée à Conakry et qui est intervenue sur plusieurs communes et préfectures dans le cadre de la riposte Ebola et mène un projet pilote à Timbi Touni sur la santé communautaire, se propose de participer à la mise en place de cette plate-forme de formation en santé communautaire, destinée à mettre à niveau les connaissances théoriques des agents de santé communautaire et de former les nouveaux arrivants.

L’utilisation de cette formation aurait plusieurs avantages dans le contexte guinéen :

* Améliorer la qualité de la formation initiale continue actuellement dispensée pour les ATS, en ciblant davantage la formation en santé maternelle et infantile ; la réduction de la mortalité maternelle et infantile est un des objectifs des ODD des Nations unies repris dans les objectifs du plan national de santé du MS.
* Convertir les actuels ATS pour fournir des agents capables de réaliser des soins de base et d’agir sur la santé de leur communauté ; En grand nombre dans les établissements de santé, hôpitaux, centres de santé et postes de santé, ils y effectuent 66% des actes cliniques, sans réelle connaissance technique pour effectuer ces actes, alors que cette formation inclut plusieurs modules techniques relatifs à la santé maternelle et infantile.
* Utiliser des techniques de formation innovantes : L'apprentissage des modules de la formation est pris en charge par un tuteur et une série de moniteurs en exercice, qui permettent de compléter le programme théorique par une formation pratique. Cette approche mixte de l'apprentissage en milieu de travail, garantit ainsi que les étudiants obtiennent toutes les connaissances théoriques et pratiques nécessaires, tout en continuant à fournir des services de santé pour leurs communautés.
* Ces modules d'apprentissage mixte couvrent l’ensemble des sujets de promotion de la santé, prévention des maladies, gestion de base et protocoles de traitement essentiels pour améliorer et protéger la santé des communautés rurales.
* L’accent est mis sur la santé maternelle et infantile pour atteindre les Objectifs de Développement Durable, visant à réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans (4 modules de formation sont spécifiques à la santé maternelle et infantile) ;
* La durée de la formation initiale est de 12 mois, incluant l’enseignement théorique et pratique ;
* Le contenu de la formation peut être adapté par le pays qui souhaite l’utiliser, afin de tenir compte de ses orientations nationales en santé publique (par exemple nombre de CPN préconisé par le pays, utilisation des médicaments essentiels en vigueur dans le pays, au Kenya certains modules ont été traduit en swahili. etc.).

**Contenu du programme HEAT de formation à la santé communautaire :** Le programme de formation est actuellement utilisé par des pays anglophones et il est disponible en ligne en anglais comme ressources éducatives libres, à l'adresse [http://moodle.digital-](http://moodle.digital-campus.org/course/index.php?categoryid=12)

[campus.org/course/index.php?categoryid=12.](http://moodle.digital-campus.org/course/index.php?categoryid=12) Les pays peuvent le télécharger gratuitement et adapter ces modules pour leurs propres programmes de formation.

Ce programme serait traduit en français par l’ONG Ehealth, dans la mesure où les partenaires du Ministère de la santé souhaiteraient s’approprier son contenu et le mettre en place.

Les 13 modules d’apprentissage mixte sont les suivants :

* Module 1 : Soins prénatals
* Module 2 : Travail et Accouchements
* Module 3 : Soins post natals
* Module 4 : Gestion intégrée des soins au nouveau-né et à l’enfant
* Module 5 : Vaccination
* Module 6 : Santé reproductive pour les jeunes et les adolescents
* Module 7 : Planning familial
* Module 8 : Maladies transmissibles
* Module 9 : Maladies non transmissibles, soins d’urgence et santé mentale
* Module 10 : Hygiène et santé environnementale
* Module 11 : Nutrition
* Module 12 : Education pour la santé, la promotion et la mobilisation de la communauté
* Module 13 : Gestion de la santé, éthique et recherche en santé

5.4.5. Point d’étape en mai 2016

Ces différents arguments ont été présentés à la DRH du MS qui en a été intéressée pour une mise en place à la rentrée 2016 dans l’école de santé communautaire de Nzérékoré.

L’idée retenue serait d’adapter la formation des ATS pour qu’ils deviennent agent de santé communautaire avec un apprentissage des techniques paramédicales plus poussé que dans la formation d’ATS, afin qu’ils réalisent au mieux ces activités qu’ils réalisent déjà mais sans formation spécifique. Le dispositif serait amélioré avec l’apport des comités locaux de santé comme ancrage dans la communauté, qui pourraient contractualiser avec les nouveaux agents de santé communautaire sur des objectifs de performance (nombre de patients par jour par exemple).

Ils ont été présentés avec la DRH, à la direction de la Prévention et des soins communautaires, à la direction de la santé familiale, au Bureau Stratégies et Développement et au coordonnateur national du projet d'amélioration des services de santé primaires de la banque Mondiale au MS, pour la constitution d'un groupe de travail sur la formation des agents de santé communautaire.

Tous les acteurs étaient intéressés par ce projet mais la première réunion du groupe de travail n’a pas été organisée pendant la semaine de mission sur le terrain de l’experte en avril 2016.

L’accord du MEEP pour une reflexion avec le MS sur le contenu des cursus de formation des écoles de santé communautaire indique que le moment est particulièrement opportun pour revoir les cursus de formation qui y sont dispensés, pour les adapter aux besoins du MS et des structures sanitaires. Cette reflexion serait à mener avec l’aide des écoles elles-mêmes grâce leur connaissance du terrain.

**5.5. Dispositif de conversion des ATS en sagefemme sur Nzérékoré**

5.5.1. Engagement de la Guinée en matière de ressources humaines pour la santé

Le gouvernement de la république de Guinée a participé en 2013 au troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé et a pris des engagements à atteindre en 2017, pour accélérer les progrès en vue de la couverture universelle en santé de sa population.

Parmi ces engagements, la Guinée, sous le leadership du Ministère de l’enseignement technique et de la formation professionnelle, s’était engagé à convertir en sage-femme et infirmier, dans les écoles secondaires de santé communautaire de Kankan et Nzérékoré durant la période 2015-2017, 330 Agents Techniques de Santé travaillant en zone rurale, pour compléter les effectifs actuels de sagefemme et infirmier. Ces données chiffrées avaient été obtenues suite à une étude de l’OMS réalisée en 2009[[2]](#footnote-2)**.** L’OMS est actuellement en cours d’évaluation du suivi des engagements qui ont été pris par les Etats au cours de la conférence de Recife, rendant plus urgent la nécessité de mettre en place des actions en vue de convertir les ATS, particulièrement dans la zone pilote du projet PASA (cf. mail de l’OMS en annexe).

5.5.2. Rôle de l’IPPS dans la conversion des ATS en sage-femme ou Infirmier

4

L’Institut de perfectionnement des professions de santé, l’IPPS a développé depuis 2009 à Conakry, un cursus de formation continue de 3 ans pour des ATS fonctionnaires qui souhaitent se recycler en sage-femme et en infirmier. La première formation comprenait 23 étudiants infirmiers en épidémiologie. Le nombre d’étudiants a augmenté régulièrement et est d’environ 130 par session de formation. En février 2016, 44 ATS ont débuté une formation de sage-femme et 88 ATS ont débuté une formation d’IDE.

Plusieurs étudiants proviennent de ces régions de Kankan et Nzérékoré : Sur les nouveaux diplômés de 2015, 11 sages-femmes et 12 IDE provenaient de la région de Kankan et 14 sages-femmes et 12 IDE de Nzérékoré ;

Sur la nouvelle session débutée en février 2016, 5 étudiants sages-femmes et 18 étudiants infirmiers viennent de la région de Nzérékoré.

5.5.3. Difficultés de l’IPPS dans la conversion des ATS en sage-femme ou Infirmier

L’IPPS souffre du manque de moyens pour permettre à davantage d’ATS de participer aux cursus proposés en formation continue :

* Les frais de scolarité (2 millions de FGN par année et par étudiant) servant à la rémunération du corps des professeurs (sauf pour les professeurs en ophtalmologie qui sont pris en charge par une ONG) et pour la maintenance de l’Institut, ne sont pas pris en charge par l’Etat et sont couverts par les ATS en formation. La direction a signalé que les honoraires des professeurs sont si faibles que certains font les cours gratuitement.
* La formation a lieu à l’IPPS à Conakry qui ne dispose pas d’internat, l’hébergement est à la charge des ATS en formation, ce qui freine considérablement les étudiants extérieurs à Conakry, la formation étant de 3 ans.
* L’institut dispose de trois salles de classe5, l’une étant réservée pour le cursus d’infirmier ophtalmologiste, l’autre pour le cursus des sages-femmes, la troisième pour le cursus des infirmiers. Du fait du nombre élevé d’ATS en formation (88 en formation d’Infirmier et 44 en formation de sage-femme), chaque groupe est divisé en deux et la moitié de la semaine le premier groupe assiste aux cours, l’autre moitié assiste aux cours l’autre moitié de la semaine, réduisant le nombre total de jours de formation pour un ATS et modifiant la durée de la formation qui porte sur un nombre de jours travaillés bien plus court que les trois ans prévus pour la formation.

D’autres difficultés se posent à l’IPPS concernant les cursus proposés :

* Bien que la formation continue de l’IPPS soit réservée aux fonctionnaires, 6 ATS non fonctionnaires participent à la formation, posant la question de l’insertion de ces ATS dans le service public, à moins que l’institut ne devienne un institut de formation pour le secteur privé.  L’âge des ATS en formation est de 37 à 58 ans. On peut raisonnablement se demander pourquoi des ATS proches de la retraite font un sacrifice financier aussi important pour acquérir une qualification qu’ils obtiendront au moment de leur retraite. La direction, interrogée sur ce point, a signalé que l’augmentation de niveau que cette qualification va leur permettre d’avoir une retraite un peu plus élevée et d’autre part, la qualification d’infirmier et de sagefemme leur permettra de s’installer en secteur privé. Ce point serait aussi à clarifier avec la direction de l’Institut et le ministère de la santé car le rôle d’un institut de perfectionnement public est d’assurer le perfectionnement des agents en activité qui amélioreront les compétences des structures de santé dont ils sont issus, pas de concurrencer ces structures.
* Le cursus de formation continue de l’IPPS est de 3 ans, correspondant à une licence dans le système Licence-Master-Doctorat que semble vouloir appliquer la Guinée pour adapter l’enseignement supérieur aux standards internationaux. La formation de base d’infirmier est du niveau de la licence dans le cadre du système LMD. Or, la durée de la formation continue pour les infirmiers pratiquée par l’IPPS étant également de 3 ans, elle est davantage celle d’une formation initiale que d’une formation continue.

4 L’IPPS est rattaché au Ministère de l’Emploi et de l’enseignement professionnel et au ministère de la santé depuis 2009 5 Les salles ont des chaises, quelques tables et un tableau et n’ont aucun équipement technique, sauf la salle d’ophtalmologie qui dispose d’un appareil de mesure qui ne fonctionnait pas au moment de la visite.

 Enfin, une complémentarité avec l’IPPS serait à rechercher pour la mise en place d’un dispositif de conversion des ATS et infirmier et sage-femme dans la région pilote. L’IPPS dispose d’une expérience de la formation continue, une bonne connaissance des cursus qui ont été mis en place dans l’école d’infirmiers de Labbé et elle est légitime pour assurer le perfectionnement des cadres de santé.

Tout comme pour les écoles de santé communautaire, le moment semble opportun pour que le MS entame une discussion avec le MEEP pour une décentralisation de l’IPPS dans des régions éloignées de Conakry, qui permettrait ainsi à des ATS de se perfectionner plus facilement dans des professions de santé dont le besoin est clairement identifié, et de répondre positivement aux engagements du gouvernement de la Guinée au forum mondial de l’OMS de 2013 pour les personnels de santé.

1. **PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS MISE EN OEUVRE**

Au niveau central, d’importantes difficultés de disponibilité des représentants du Ministère de la santé ont été rencontrées par l’experte au cours des missions. Elles ont été suffisamment importantes pour modifier l’exécution et le programme de la mission : modifications du nombre de jours de formation dans la région pilote, absence de disponibilité des représentants du Ministère de la santé pour connaitre leurs attentes et discuter des propositions, absence de représentants du Ministère de la santé au cours des réunions de restitution. De ce fait, les délais pour avancer sur les propositions de l’experte ont été grandement allongés par absence de discussion ou de validation des propositions. Ce fait est à rapprocher des nombreuses feuilles de route présentes dans les rapports d’exécution de missions internationales, mais dont les actions ne font pas l’objet de mise en place.

Dans la région pilote, aucun problème n’a été rencontré dans la mise en œuvre du programme de formation à Nzérékoré. Au contraire, la participation de tous les acteurs a été complète et l’experte a pu compter sur le soutien sans faille de toutes les parties : l’unité de projet, la division de la formation de la DRH du MS et l’ensemble des participants.

1. **CONCLUSION**

Les quatre missions relatives à l’élaboration d’un diagnostic des ressources humaines dans une perspective de gestion décentralisée, se sont déroulées de mai 2015 à mai 2016 pour une durée de 85 jours/homme prestés.

L’avancée des travaux pour répondre aux objectifs assignés au TDR initial et au TDR additif permettent de conclure sur les points suivants :

* Les résultats de l’enquête réalisée en juin- juillet 2016, les visites aux structures de santé, les discussions et entretiens avec les personnels de santé permettent de constater que l’effectif actuel de ressources humaines est nettement insuffisant pour qu’une meilleure gestion des effectifs apporte une amélioration du système de santé. Cette insuffisance est accrue par le faible respect des obligations contractuelles et statutaires des agents en poste qui pourra difficilement être restauré sans signe fort du ministère de la santé montrant une volonté d’améliorer la situation des RHS.
* L’amélioration de la situation des RHS nécessite bien évidemment par un recrutement de personnel, ce qui est constaté depuis plusieurs années de manière récurrente, principalement par l’OMS. Pour que ce recrutement soit acquis, il s’agit que les trois ministères impliqués dans le recrutement de personnel, à savoir le ministère des finances, de la fonction publique et de la santé soient conscients que l’état de santé de la population ne peut pas s’améliorer sans ressources humaines qualifiées pour dispenser les soins et que la Guinée est le pays où les ressources humaines en santé est le plus faible du monde.

**8. RECOMMANDATIONS**

**Recommandations pour le renforcement de la gestion des ressources humaines dans une perspective de décentralisation de leur gestion**

**Perspectives, Axes et Actions**

**La situation des RHS et par la même, l’efficacité du système de santé mis en place par le ministère de la santé dans son plan de relance et de résilience, ne changera pas sans orientations fortes du ministère montrant sa volonté de changement.** Plusieurs efforts doivent être fournis pour donner au plan de relance et de résilience du système de santé et au processus de décentralisation des chances de réussir. **Ces efforts concernent certes la gestion des ressources humaines mais aussi l’implication du ministère pour créer les conditions du changement.** Les recommandations qui suivent sont des recommandations fortes pour créer ces conditions.

**Une recommandation générale pour le renforcement de la gestion des ressources humaines** et **trois scenarii** sont proposés ci-joints qui participent à ces orientations et aux décisions qui sont à prendre pour l’amélioration de l’état de santé de la population. Ils sont au choix de la DRH du MS, mais également concernent le BSD en raison de leur implication sur la stratégie et la politique de santé conduite par le MS, qui doit aussi se positionner sur le scenario choisi.

* La recommandation générale est de **mettre en place progressivement une fonction RHS modernisée et dynamique**. Cette recommandation est indépendante du scenario choisi par le MS. Le plan d’actions est à réaliser sur une durée d’une année maximum, elle est à **financement constant**. Il s’agit de poser les bases organisationnelles et stratégiques pour l’établissement du renforcement de la GRH, qui sans ces bases, a peu de chance de réussir.  3 scenarii sont proposés :
  1. Un premier scenario prévoyant un **appui institutionnel à l’IPPS pour mettre en place un dispositif de conversion des ATS en sage-femme dans la région pilote de Nzérékoré.** Cette action est à financement constant pour le MS, la prise en charge étant assurée par le PASA sur les deux sessions sur la durée du projet.
  2. Le scenario n°2 correspond à une situation améliorée des actions suivantes :
* **La médicalisation des centres de santé de la région de Nzérékoré**, en appliquant la méthode de planification des ressources humaines en santé basée sur les objectifs de service et la charge de travail exposée dans la recommandation générale ci-dessus,
* **Un appui à l’école de santé communautaire de Nzérékoré** pour la mise en place du **cursus d’agents de santé communautaire,**
* **Le scenario n°1, soit l’appui à l’IPPS pour la mise en place du dispositif de conversion des ATS en sage-femme**.

Après évaluation à un an de ces actions, elles pourront être portées sur la région de

Kankan, autre région ciblée par l’OMS comme étant en grave pénurie de ressources humaines ou généralisées à l’ensemble du pays.

3. Le scenario n°3 correspond au scenario n°2, amélioré par une expérimentation, dans laquelle certaines structures de santé de la région-pilote seraient dotés d’équipement et de matériel permettant aux professionnels de santé d’y assurer des soins de santé de qualité, dans des conditions de sécurité et d’hygiène de bon niveau. **Ces structures deviendraient centres d’excellence**.

Après évaluation à un an de ce dispositif, le choix sera de généraliser cette expérimentation sur la région ou sur l’ensemble du pays.

|  |
| --- |
| ***Recommandation générale : « Mettre en place progressivement une fonction RH modernisée et dynamique »***    **Pour cela, il s’agit aussi de dépasser le quotidien actuel, limité à la gestion partielle des effectifs et à la dispensation de formations peu en accord avec le plan de relance et de résilience du MS**   * En clarifiant les responsabilités en matière de GRH à exercer au niveau central et les délégations de responsabilités, * En médicalisant les centres de santé et en planifiant les besoins en effectifs, en emplois et en compétences en fonction des objectifs du plan de relance et de résilience du MS, * En déterminant les formations en fonction des besoins réels et en les planifiant sur 5 ans, * En ouvrant des passerelles possibles d’évolution professionnelle pour mobiliser les énergies et motiver les acteurs, * En partageant la fonction RH entre les acteurs et les niveaux d’action.     **Cela nécessitera pour réussir :**    **1.** ***De faire évoluer le contexte organisationnel,*** en clarifiant le rôle des niveaux de décision en matière de GRH :  - Au niveau central de pilotage et dans les structures régionales et provinciales, - Dans les établissements de santé.     1. ***De médicaliser les centres de santé,*** pour assurer des soins primaires de qualité pour la population guinéenne:    * Au niveau central, de planifier les besoins en effectifs, en emplois et en compétences dans les centres et postes de santé pour répondre aux objectifs du plan de relance et de résilience du système de santé,    * D’en partager les résultats avec les niveaux centraux de décision chargés de l’enseignement professionnel (MEEP), du recrutement (MFPREMA) ou du financement (Ministère du budget) des agents de la fonction publique    * De planifier les besoins de formation pour les prochaines années, selon les métiers et les compétences à pourvoir,      1. ***De sensibiliser les directions d’établissement*** ***de santé*** au rôle et au positionnement de la fonction RH :    * Pour la faire reconnaitre comme un métier support ayant ses normes professionnelles, sur des critères qui doivent s’appliquer de la même façon dans tout le pays et à tous les services.    * Cela pour assurer l’équité de traitement et l’équilibre de la répartition des ressources humaines, en limitant les effets néfastes de la complaisance     **Les opportunités à saisir : Plusieurs opportunités sont à saisir car la Guinée connait actuellement beaucoup de projets de changement dans le secteur public.** Parmi elles :   * + Le recensement des personnels en cours de réalisation et le SIRH (intrahealth / PASA), le répertoire des emplois utilisés dans certains hôpitaux et pendant les formations à Nzérékoré,   + L’accord du MEEP pour réfléchir à des formations opérationnelles pour le MS,   + L’existence et l’appui de l’IPPS,   + L’audit organisationnel du MS en cours d’élaboration,   + L’évaluation des engagements de la Guinée au forum mondial de Recife par l’OMS, - La plateforme HEAT de formation en santé communautaire.     **Et des risques à éviter, notamment :**   * + L’absence de clarification sur les rôles en GRH entre le MFPREMA et le MS, qui pourrait à terme, neutraliser les effets du plan de relance et de résilience,   + La démobilisation des agents dans les structures de santé du fait de la faiblesse des effectifs, de leur surcharge de travail et de leurs conditions de travail,   + L’absence d’outils de GRH et d’accompagnement transversal à leur utilisation,   + L’absence de suivi des statuts par les agents fonctionnaires et les inégalités avec les « bénévoles » qui participent aux soins,   + L’absence de reconnaissance des performances individuelles,   + La lourdeur des relations entre niveaux de structures, peu fonctionnelles, essentiellement hiérarchiques et   TOP DOWN. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Plan d’actions : Faire évoluer le contexte organisationnel*** | | |  |  |
| **Actions à mettre en œuvre** | **Objectifs de développement** | **Objectifs opérationnels** | **Evaluation** | **Types d’acteurs** | **Modalités** | **Programmation** |
| **Au niveau central, réviser le cadre organique de la DRH du MS pour lui permettre d’assurer une performance du service dans les domaines principaux de la GRH (gestion administrative,** **développement des RHS, communication /management, représentation du personnel)** | * Clarifier les responsabilités à exercer au niveau central et les délégations de responsabilités * Doter la DRH du MS des compétences nécessaires, quitte à réorienter les agents spécialisés entre ministères | * Définir le rôle de supervision de la GRH du MFPREMA * Définir le rôle de la GRH du MS comme « développeur des compétences des RHS » pour la mise en place du plan de relance du système de santé * Analyser l’organigramme de la DRH du MS et les délégations de   responsabilités, selon la composition des équipes en terme quantitatif et qualitatif | Les rôles en GRH entre le MFPREMA et le MS sont clairement définis et actés    Le nouveau cadre organique de la DRH du MS est  publié | MFPREMA  MS        MS et DRH du MS en collaboration avec des DRH des services décentralisés et d’établissements de santé | Définition des rôles à partir d’une revue des réalisations dans d’autres contextes (Togo, Maroc, etc)  Désignation d’un groupe de pilotage pour l’élaboration du cadre organique  Revue de la littérature sur les domaines de la GRH, les compétences nécessaires Rédaction du cadre organique Accompagnement au changement auprès des cadres de santé **au niveau central** et décentralisé | A court terme, cette absence de clarification a un effet bloquant pour l’amélioration de la situation des RHS et par conséquent pour la réalisation du plan de relance et de résilience du système de santé |
| **Au niveau de Nzérékoré, poursuivre le**  **développement du volet RH des projets d’établissement hospitalier** |  Les changements  intègrent l’étude des évolutions des emplois et des dispositifs RH. | Niveau des établissements :  La gestion prévisionnelle RH est un levier du projet d’établissement | Les DRH  d’établissements s’impliquent dans la réalisation du projet d’établissement | DRH  d’établissement : Collaboration avec tous les services | La démarche de constitution des projets d’établissements hospitaliers est en cours de réalisation par les experts LT du PASA à Nzérékoré**.** | En fonction des délais prévus par les experts  PASA à Nzérékoré |

**Assistance technique au « projet d’Appui à la Santé en République de Guinée (PASA) 1**

**Conseil Santé S.A. - Coopération Technique Belge**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | ***Plan d’actions : Médicaliser les centres de santé*** | | |  |  |
| **Actions à mettre en œuvre** | | | **Objectifs de développement** | **Objectifs opérationnels** | **Evaluation** | **Types d’acteurs** | **Modalités** | **Programmation** |
|  | **Au niveau central, planifier les besoins en**  **effectifs, en emplois et en compétences dans les centres et postes de santé pour répondre aux objectifs du plan de relance et de résilience du système de santé** |  | * Répondre aux engagements pris par le gouvernement guinéen au forum mondial des RHS à Recife en 2013 * Médicaliser les centres de santé pour assurer des soins primaires de qualité * Partager les résultats avec les niveaux centraux de décision | **Définir un effectif cible de personnel soignant et non soignant comportant au minimum le personnel soignant suivant :**   * **Dans un centre de santé : un médecin, une sage-femme et un infirmier,** * **Dans un poste de santé : un infirmier ; l’effectif étant évolutif en fonction des objectifs de service et des résultats obtenus dans le centre ou le poste de santé** * **Le personnel non soignant doit répondre aux besoins en informatique, en hygiène, en préparation pharmaceutique et analyses de laboratoire d’un centre de santé**   Appuyer le MS pour :   * Déterminer les critères basés sur des « évidences » pour mesurer les performances des RHS * Constituer des indicateurs d’activité des RHS dans les centres, et des tableaux de bord stratégiques * Calculer les effectifs cible de RHS et mesurer les écarts entre situation   actuelle et cible | L’effectif cible par centre de santé et poste de santé est défini, acté et commun à toutes les directions du MS et  dans les régions                                  Le MS s’est positionné sur un  effectif cible    Les 3 niveaux de décision sont  informés | MS : BSD et DRH Avec quelques directeurs de région et d’établissements  pour tester les propositions sur le  terrain                                    MFPREMA pour le recrutement,  Ministère du budget pour le financement | Constituer un petit groupe avec les différents acteurs chargé de déterminer l’effectif cible de personnel soignant et non soignant, d’en assurer le suivi et l’évaluation.    La détermination de l’effectif cible est à mener au niveau central avec une participation du niveau décentralisé pour être opérationnelle, acceptable et applicable      Les référentiels emplois de médecin, sage-femme et infirmier figurant en annexe du rapport sont à utiliser dans le cadre de la détermination de l’effectif cible dans un centre ou un poste de santé.    Une fiche action sur la planification des ressources humaines est fournie en annexe à ce rapport. | CT |
| **Au niveau central, planifier les besoins de formation pour les prochaines années, selon les métiers et les**  **compétences à pourvoir** | | | * Répondre aux engagements pris par le gouvernement guinéen au forum mondial des RHS à Recife en 2013 * Adopter une gestion moderne des RHS | A partir de l’effectif cible, calculer l’effectif par métier à former, à convertir, à redéployer sur une période de 5 ans | Le plan de formation des 5 prochaines  années est défini | MS : DRH, BSD  MEEP  IPPS |  | En suivant le calcul de l’effectif cible, soit débuter 4 mois après la mise en place |

**2**

***Les Scenarii pour le renforcement de la gestion des ressources humaines dans un contexte de décentralisation de la gestion***

|  |
| --- |
| ***Scenario n°1 : « Appui institutionnel pour la mise en place d’un dispositif de conversion des ATS en sagefemme dans la région de Nzérékoré »***    Il s’agit d’apporter un appui à l’IPPS pour corriger la pénurie de sage-femme dans la région de Nzérékoré, qui a des conséquences sur la mortalité maternelle et infantile.   * La Guinée s’était engagée au forum mondial de Recife, à convertir en sage-femme 60 ATS de 2015 à 2017 sur la région de Nzérékoré. Le dispositif de conversion permettrait de convertir **10 ATS en sagefemme sur 6 mois, soit 20 par an si ce dispositif est mis en place 2 fois sur l’année.** Du fait de la difficulté pour recruter des formateurs, il n’est pas recommandé d’augmenter le nombre de sessions annuelles. * La durée de la formation serait de 6 mois au total, dont 3 mois de cours théorique et 3 mois de stage pratique, * L’IPPS serait le pivot de ce dispositif de perfectionnement des ATS, qui serait « délocalisé » pour cette formation * La formation théorique serait dispensée au centre de formation de Sérédou et les stages pratiques dans les établissements de santé réhabilités de la région pilote, * 4 formateurs (obstétriciens et sages-femmes) formés au SONU dans la région et un formateur de l’IPPS seraient mobilisés, * La formation serait prise en charge par le PASA pour les deux sessions de formation réalisées sur la période du projet. * Cette formation est réalisée à coût constant pour le MS et sans modification statutaire pour les étudiants, * Ce dispositif pourrait être effectif en octobre 2016, si le MS se positionne favorablement sur sa mise en place. * Après évaluation à un an de ce dispositif, le choix sera à faire de généraliser ce dispositif à Kankan, autre région sur laquelle s’était engagée la Guinée sur la mise en place de ce dispositif au forum de Recife, de le généraliser sur la Guinée, et/ou de l’adapter pour la conversion d’ATS en infirmiers.   Le plan d’actions et le budget prévisionnel a été discuté avec le DRH du MS, avec la DRS et les experts LT du PASA à Nzérékoré, au cours de la réunion de restitution de la mission le 28 avril 2016 à Nzérékoré ; la faisabilité a été étudiée et un budget prévisionnel a été élaboré. |

**Assistance technique au « projet d’Appui à la Santé en République de Guinée (PASA) 1**

**Conseil Santé S.A. - Coopération Technique Belge**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | ***Plan d’actions pour le scenario n°1*** | | | | | | | |  | | |  | | |
| **Actions à mettre en œuvre** | | **Objectifs de développement** | **Objectifs opérationnels** | | | | | | **Types d’acteurs** | | **Modalités** | | | **Programmation** | | |
| **Préparer conditions optimales pour mise en place**  **dispositif** | **les**  **la du** | Perfectionner des ATS fonctionnaires en poste, sur le métier de sagefemme.  Ceux-ci  s’engageront à rester 3 ans dans leur lieu d’exercice ou dans un autre lieu public d’exercice de la région, après leur formation. | * Identifier les membres du comité de pilotage pour la mise en place, le suivi et l’évaluation du dispositif * Intégrer la direction de l’IPPS à la mise en place de ce dispositif régional, pour sa connaissance sur le perfectionnement du personnel de santé et pour la durabilité du dispositif, dans l’attente d’augmenter l’effectif de sages-femmes à recruter. * Intégrer au moins un formateur de l’IPPS dans l’équipe de formateurs de la formation théorique | | | | | | DRS de Nzérékoré    Equipe PASA    IPPS    Personnes ressources du réseau (médecins et sages-femmes formés au SONU)    Futurs ATS identifiés | | Réunir l’équipe de pilotage, définir les rôles de chacun pour la mise en place, le suivi et l’évaluation du dispositif avec échéancier    Rédiger un document de cadrage détaillant le dispositif finalisé, qui servira à l’équipe de pilotage pour  communiquer sur le dispositif et pour les futurs étudiants    La formation étant de 6 mois, il ne s’agit pas d’une formation qualifiante, donnant droit à une augmentation de niveau statutaire    Evaluation de la formation après la première session pour réajustement des cursus, plannings, lieux de stages pratiques, etc.  Evaluation à un an pour portage du dispositif sur d’autres régions ou généralisation et/ou adaptation pour la conversion des ATS en infirmier | | | CT                              6 mois    1 an | | |
| **Planifier formation** | **la** | Valider le nombre de participants à  chaque formation        Définir le lieu des  formations | 10 personnes par session de 6 mois pour ne pas « vider » les structures sanitaires dans lesquelles exercent les ATS et en fonction des capacités d’accueil de la salle et des terrains de stage. Deux sessions par an peuvent être organisées.    Formation théorique : au centre de perfectionnement de Sérédou, qui a un hébergement pour les participants extérieurs    Stages pratiques : de préférence dans les structures réhabilitées des provinces de résidence des ATS | | | | | | Prise en charge des frais de transport, d’hébergement, etc. pendant la durée de la formation par le PASA | | A valider avec les membres du comité de pilotage    Le budget prévisionnel joint en annexe est basé sur ces dispositions qui prévoit deux hypothèses : Hypothèse 1 : les 10 ATS sont domiciliés à Nzérékoré,  Hypothèse 2 : 3 sont domiciliés à Nzérékoré, 7 dans les communes de la région pilote. | | | CT | | |
|  |  | Définir le contenu de la formation | Cursus théorique du SONU déjà utilisé pour le recyclage des ATS. | | | | | |  | | Vérifier auprès de la DRH du MS, de l’IPPS et de la direction de la santé familiale si ce programme peut être dispensé aux étudiants sur 3 mois. Dans la négative, utilisation des modules portant sur la santé de la mère et de l’enfant de HEAT pour le perfectionnement des ATS, comme il est d’ailleurs utilisé au Rwanda. | | | CT | | |
|  | | Identifier les  formateurs | 5 formateurs pour le cursus théorique, soit 2 semaines de formation par formateur. Il y a actuellement deux sages-femmes et 2 obstétriciens formés au SONU à Nzérékoré. Un enseignant de l’IPPS renforcerait le dispositif. | | | | | |  | | Prise en charge par le PASA des frais incombant aux formateurs pendant la durée des sessions. | | | CT | | |
| **Budget prévisionnel pour une session de formation de 6 mois pour 10 ATS Figurent ci-joints :**   * **Le budget prévisionnel pour la formation théorique des ATS** * **Le budget prévisionnel pour les formateurs de la formation théorique** * **Le budget prévisionnel pour la formation pratique des ATS** * **Budget prévisionnel pour les formateurs des structures de santé (formation pratique)**  **Le budget prévisionnel total pour un session de 10 ATS pendant 6 mois.** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Budget prévisionnel pour la formation théorique des ATS** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **Devis prévisionnel en FGN** | | |  | | | | |
| **Frais d'hébergement** | | | | | **Nbre d'ATS** | | **Nbre de jours** | | **Montant unitaire** | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | | | |
| Hébergement | | | | | 10 | | 86 | | 45 000 | | 38 700 000 | | 38 700 000 | sur facture du prestataire | | | | |
| Location de la salle | | | | | 10 | | 86 | | 35 000 | | 3 010 000 | | 3 010 000 |
| Carburant (groupe électrogène) | | | | | 1 | | 86 | | 320 000 | | 27 520 000 | | 27 520 000 |
| **Total** | | | | |  | |  | |  | | **69 230 000** | | **69 230 000** |
| **Forfait perdiem** | | | | | **Nbre d'ATS** | | **Nbre de jours** | | **Montant unitaire** | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | | | |
| (repas et autres) | | | | | 10 | | 86 | | 200 000 | | 172 000 000 | | 172 000 000 | sur attestation sur l'honneur | | | | |
| **Total** | | | | |  | |  | |  | | **172 000 000** | | **172 000 000** |
| **Frais de transport** | | | | | **Nbre d'ATS** | | **retours à domicile** | | **Montant unitaire** | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | | | |
| Lieu de résidence vers Nzérékoré (forfaitaire) 1 weekend /mois pendant la durée de la formation | | | | | 10 | | 2 | | 100 000 | | 2 000 000 | | 2 000 000 | sur attestation sur l'honneur | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | | **2 000 000** | | **2 000 000** |
| **Frais de papeterie** | | | | | **Nbre d'ATS** | | **Montant**  **forfaitaire** | |  | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | | | |
| Kit pédagogique | | | | | 10 | | 50 000 | |  | | 500 000 | | 500 000 | sur facture du prestataire | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | | **500 000** | | **500 000** |
| **provision pour soins médicaux des ATS** | | | | | 10 | | 10 000 | |  | | **100 000** | | **100 000** |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Total formation théorique pour les 10 ATS en FGN** | | | | | | | | | | | **243 830 000** | | **243 830 000** |  | | | | |
| **Total formation théorique pour les 10 ATS en euros** | | | | | | | | | | | **28 686** | | **28 686** |
| **Budget prévisionnel pour les formateurs de la formation théorique (2 obstétriciens et 2 sages-femmes des hôpitaux de Nzérékoré et un formateur de l'IPPS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Perdiem** | | | | | **Nbre de formateurs** | | **Nbre de jours/ formateur** | **Montant unitaire** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | |
| forfait perdiem | | | | | 5 | | 18 | 150 000 | | | 13 500 000 | | 13 500 000 |  | |
| **Total** | | | | |  | |  |  | | | **13 500 000** | | **13 500 000** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Frais de transport** | | | | | **Nbre de formateurs** | | **Nbre de voyages** | **Montant unitaire** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | |
| Leu de résidence vers Nzérékoré pour le formateur de l'IPPS (présent 1 semaine sur 5) | | | | | 1 | | 3 | 2 400 000 | | | **7 200 000** | | **7 200 000** | sur attestation sur l'honneur | |
| **Frais d'hôtellerie** | | | | | **Nbre de formateurs** | | **Nbre de repas pendant 18 jours par formateur** | **Montant unitaire** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** |
| Repas | | | | | 5 | | 36 | 150 000 | | | 5 400 000 | | 5 400 000 |
| Hébergement pour le formateur de l'IPPS | | | | | 1 | | 4 nuits toutes les 5 semaines | 350 000 | | | 4 200 000 | | 4 200 000 |
| **Total** | | | | | | | | | | | **9 600 000** | | **9 600 000** |
| **Total formation théorique pour les formateurs en FGN** | | | | | | | | | | | **30 300 000** | | **30 300 000** |  | |
| **Total formation théorique pour les formateurs en euros** | | | | | | | | | | | **3 565** | | **3 565** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total général formation théorique en FGN** | | | | | | | | | | | **274 130 000** | | **274 130 000** |  | |
| **Total général formation théorique en euros** | | | | | | | | | | | **32 251** | | **32 251** |
| **Budget prévisionnel pour la formation pratique des ATS** | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  |  |  | | | **Devis prévisionnel en FGN** | | |  | | |
| **Frais d'hébergement** | | | | | | **Nbre d'ATS** | **Nbre de jours** | **Montant unitaire** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | |
| Hébergement sur lieux de stage pour les ATS (forfait maximum) | | | | | | 10 | 60 | 45 000 | | | 0 | | 8 100 000 | sur facture | | |
| Frais de participation | | | | | | 10 | 60 | 150 000 | | | 90 000 000 | | 90 000 000 |  | | |
| Forfait per diem (repas et autres)) | | | | | | 10 | 60 | 80 000 | | | 48 000 000 | | 48 000 000 | sur attestation sur l'honneur | | |
| **Total** | | | | | |  |  |  | | | **138 000 000** | | **146 100 000** |  | | |
| **Frais de transport** | | | | | | **Nbre d'ATS** | **Nbre de voyages** | **Montant moyen**  **/voyage** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | |
| Lieu de résidence vers lieux de stage (forfaitaire) | | | | | | 10 | 60 | 100 000 | | | 0 | | 60 000 000 | sur attestation sur l'honneur | | |
| **Total** | | | | | |  |  |  | | | **0** | | **60 000 000** |
| **Frais d'habillement** | | | | | | **Nbre d'ATS** | **Montant**  **forfaitaire** | **Prix individuel** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Modalité de paiement prévu** | | |
| Vêtements jetables, chaussures | | | | | | 10 | Pris en char ge par JHPIEGO | | | | | | |  | | |
| **Total formation pratique pour les 10 ATS en FGN** | | | | | | | | | | | **138 000 000** | | **206 100 000** |  | | |
| **Total formation pratique pour les 10 ATS en euros** | | | | | | | | | | | **16 235** | | **24 247** |
| **Bu dget prévisionn el pour les formateurs des structu res de santé (formation pratique)** | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Forfait per diem** | | | | | | **Nbre de formateurs** | **Nbre de jours** | **Montant du per diem en**  **FGN** | | | **Hypo. 1** | | **Hypo. 2** | **Commentaires** | | |
| **Obstétricien de l'hôpital** | | | | | | 2 | 60 | 150 000 | | | 18 000 000 | | 18 000 000 | **Facilité accordée en termes de formation, bourse de formation pour participation à des**  **congrès** | | |
| **Sage-femme maîtresse de l'hôpital ou faisant fonction** | | | | | | 2 | 60 | 150 000 | | | 18 000 000 | | 18 000 000 |
| **Total formation pratique pour les formateurs en FGN** | | | | | | | | | | | **36 000 000** | | **36 000 000** |
| **Total formation pratique pour les formateurs en euros** | | | | | | | | | | | **4 235** | | **4 235** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Total formation pratique en FGN** | **174 000 000** | **242 100 000** |
| **Total formation pratique en euros** | **20 471** | **28 482** |
|  |  |  |
| **Total général pour une session de formation de 6 mois de 10 ATS en FGN** | **448 130 000** | **516 230 000** |
| **Total général pour une session de formation de 6 mois de 10 ATS en euros** | **52 721** | **60 733** |

|  |
| --- |
| ***Scenario n°2 : « Appui institutionnel pour la médicalisation des centres de santé de la région pilote, le renforcement de la formation initiale et la mise en place du dispositif de conversion des ATS en sagefemme »***    Il s’agit du **scenario n°1, amélioré des actions suivantes** :   * **L’appui à l’école de santé communautaire de Nzérékoré pour la mise en place d’un cursus d’agents de santé communautaire :**   + La DRH du MS souhaite développer un programme de santé communautaire pour fournir des soins de santé aux populations mal desservies des zones rurales. L’initiative de la DRH vise à former 2 agents de santé communautaire pour 1 500 habitants, soit 2 218 agents sur la région de Nzérékoré (recensement 2014). Cette formation serait dispensée dans les écoles de santé communautaire et remplacerait le cursus d’agent technique de santé.   + Afin d’appuyer le MS pour former les agents de santé communautaire, une ONG installée à Conakry, se propose d’accompagner la mise en place d’un cursus d’agent de santé communautaire développé à partir d’une plateforme de e-learning, HEAT, à l’école de santé communautaire de Nzérékoré. Ce cursus a été mis en place dans plusieurs pays d’Afrique (Ethiopie, Rwanda, etc.) et bénéficie du soutien de plusieurs partenaires (UNICEF, Save the children, etc.)   + Les directeurs de plusieurs directions du MS impliquées dans ce programme ont été consultés en mars 2016 et ont accueillies favorablement ce projet. Une réunion commune MS/membres de cette ONG serait de nature à faire avancer ce dossier et à décider de sa mise en place à titre expérimental dans la région pilote du PASA.   + Après évaluation à un an de ce dispositif, il pourrait être porté sur les autres écoles de santé communautaire de Guinée. * **Le renforcement de la médicalisation des centres et postes de santé de la région de Nzérékoré**, afin de proposer à la population de la région pilote des soins de santé primaires de qualité, assurés par du personnel soignant qualifié et compétent, en appliquant l’effectif cible acté par le MS (Cf.   recommandation générale) |

**1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Plan d’actions pour le renforcement de l’école de santé communautaire*** | | |  |
| **Actions à mettre en œuvre** | **Objectifs de développement** | **Objectifs opérationnels** | **Types d’acteurs** | **Modalités** | **Programmation** |
| **Préparer les conditions**  **optimales pour**  **le**  **développement**  **du cursus à l’école de santé communautaire de Nzérékoré** | Soutenir l’école pour mettre en place un programme en  santé communautaire, pour répondre à l’initiative du MS visant à former 2 agents de santé communautaire pour  1 500 habitants | * Recueillir l’avis du MEEP sur la démarche de modification du cursus de cette école et sur cette formation * Recueillir l’avis des directions du MS rencontrées individuellement en mars 2016 avec la DRH et l’ONG Ehealth pour définir le rôle, les attributions et les compétences souhaitables d’un agent de santé communautaire et sur le principe d’utilisation de la plateforme HEAT * Planifier les prochaines étapes pour la mise en place de la plateforme par le comité de pilotage | MEEP  MS : DRH, BSD, direction de la santé familiale, direction de la santé  communautaire,  autres directions du MS concernées par l’amélioration de la santé  communautaire MEEP  L’ONG Ehealth | Le MEEP, interrogé par le MS en mars 2016, a donné un accord écrit à cette démarche et déléguer 3 personnes du MEEP pour y participer. Il s’agit de fixer la date de la première réunion.    Réunir les directeurs du MS rencontrés en mars avec le DRH et Ehealth    Le comité de pilotage sera chargé de mettre en place ce dispositif, de le suivre et l’évaluer.  Après évaluation, ce dispositif pourrait être généralisé aux autres écoles de santé communautaire de Guinée. | CT          CT      MT |
|  |  | ***Plan d’actions pour le renforcement de la médicalisation des centres et postes de santé*** | | |  |
| **Actions à mettre en œuvre** | **Objectifs de développement** | **Objectifs opérationnels** | **Types d’acteurs** | **Modalités** | **Programmation** |
| **Préparer les conditions de**  **mise en place** | Médicaliser le premier niveau de soins du système de santé dans la région  de Nzérékoré | * Analyser les résultats de l’enquête de recensement des RHS sur la région * Constater les écarts avec l’effectif cible défini par le MS, * Calculer l’effectif cible de RHS pour les centres et postes de santé dans la région de Nzérékoré * Mesurer les écarts entre la situation actuelle et l’effectif cible * Planifier l’atteinte de l’effectif cible sur une période à définir en tenant compte des contraintes budgétaires * Préparer les redéploiements à l’intérieur de la région * Préparer les concours régionaux pour les recrutements * Tester les indicateurs d’activités retenus par le MS et le tableau de bord de performance des   RHS dans les centres ou les postes de santé  Préparer les affectations | DRS de Nzérékoré    DPS de la région de  Nzérékoré | Constituer une équipe de pilotage, définir les rôles de chacun pour la mise en place, le suivi et l’évaluation du renforcement de la médicalisation dans les centres et les postes avec échéancier    L’effectif cible de personnel soignant et non soignant doit préalablement être acté par le MS (cf. recommandation générale). Il doit comporter au minimum le personnel soignant suivant :   * Dans un centre de santé : un médecin, une sage-femme et un infirmier, * Dans un poste de santé : un infirmier ; * L’effectif étant évolutif en fonction des objectifs de service et des résultats obtenus dans le centre ou le poste de santé La démarche de planification des RHS doit s'intégrer à un plan d'actions plus global de réforme du management et de la gestion des services sanitaires à Nzérékoré, afin que la détermination des effectifs cible soit perçue comme un outil de progrès dans la performance globale du système. | MT |
| **Analyser annuellement les indicateurs de performance** |  | * Observation des écarts entre le nombre de consultation par médecin et par jour des différents centres de santé de la région * Fixation d’un objectif contractuel avec le chef de centre pour augmenter la productivité des RHS par exemple en recherchant les moyens d’augmenter l’attractivité du centre pour la population couverte par le centre de santé |  | A valider avec les membres du comité de pilotage  Etablissement de contrat pluriannuel entre le centre ou le poste de santé et la DPS avec évaluation annuel des résultats obtenus  La fiche action sur la planification des RHS jointe au rapport comporte des pistes d’actions et des clefs d’analyse pour une DRS ou DSP. | LT |

|  |
| --- |
| ***Scenario n°3 : « Appui institutionnel pour la médicalisation des centres de santé de la région pilote, pour le renforcement de la formation initiale avec mise en place du dispositif de conversion des ATS en sagefemme et mise en place de centres d’excellence pour assurer des soins de qualité dans un environnement de bon niveau »***    Il s’agit du **scenario n°2, amélioré par l’expérimentation de centres d’excellence** :   * Plusieurs structures de santé de la région pilote vont être dotées de matériel et équipement supplémentaire par le PASA (DAO en cours d’élaboration à la DUE au 25/05/2016). Sont concernés :   + L’hôpital régional, 3 hôpitaux préfectoraux, 2 CMC, 2CSA et 10 CSR   + Les équipements supplémentaires dont ils vont être dotés sont les suivants : o Un forage avec château d’eau pour l’approvisionnement en eau ; o Équipement minimal pour le diagnostic (laboratoire et imagerie) ;   o Ambulances pour les hôpitaux, les CMC et CMA et motos ambulances pour les CSR ;     * Le scenario n°3 propose de porter ces structures au niveau de centres d’excellence, en améliorant l’équipement et en les dotant de personnel de nature à faire fonctionner de manière optimale ces structures. Ces structures seraient lieux d’apprentissage pratique pour les conversions d’ATS en sagefemme et infirmier. Seraient à prévoir : o L’approvisionnement 24h/24 en électricité,   + - Le matériel d’hygiène requis pour éviter la propagation des infections (notamment draps, champs opératoires) et le système de nettoyage de ce matériel     - L’équipement diagnostique correspondant à leur niveau de dispensation de soins o Les moyens de communication internet * Le personnel dont serait doté ces structures seraient le personnel médical, paramédical et administratif nécessaire pour le fonctionnement du centre. L’effectif serait calculé en application des travaux relatifs à la médicalisation des centres et des postes de santé réalisés dans le scénario n°2.   Après évaluation à un an de ces actions et analyse des indicateurs de santé de la population de ces centres d’excellence, le choix sera de généraliser cette expérimentation sur la région ou sur l’ensemble du pays |

**1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ***Plan d’actions pour la mise en place de centres d’excellence*** | | |  |
| **Actions à mettre en œuvre** | **Objectifs de développement** |  | **Objectifs opérationnels** | **Types d’acteurs** | **Modalités** | **Programmation** |
| **Préparer les conditions de**  **mise en place** | Assurer des soins de qualité dans un environnement de bon niveau | *  | Calculer l’effectif cible sur les structures de santé concernées en fonction des travaux prévus par le scenario 2 (personnel médical, paramédical et administratif)  Chiffrer l’impact et le communiquer au niveau  central (MS, MFPREMA) Préparer les affectations  Mettre en place les indicateurs d’activités retenus par le MS et le tableau de bord de performance des RHS dans les structures de santé concernées  Procéder aux mesures correctives selon les résultats de l’évaluation à un an  Négociation d’un contrat pluriannuel d’objectif entre la DRS/DPS et le responsable de la structure pour augmenter l’attractivité de la structure pour la population | DRS de Nzérékoré    DPS de la région de  Nzérékoré    Communes et centre de gestion    (BSD et DRH du MS MFPREMA pour le calcul de l’effectif cible, le recrutement et l’affectation du  personnel) | Constituer une équipe de pilotage, définir les rôles de chacun pour la mise en place, le suivi et l’évaluation des actions pour la mise en place des centres d’excellence avec échéancier    Rappel : L’effectif cible de personnel soignant et non soignant doit préalablement être acté par le MS (cf. recommandation générale). Il doit comporter au minimum le personnel soignant suivant :   * Dans un centre de santé : un médecin, une sage-femme   et un infirmier,   * Dans un poste de santé : un infirmier ; * L’effectif étant évolutif en fonction des objectifs de service et des résultats obtenus dans le centre ou le poste de santé * La structure est à doter de personnel administratif pour assurer son fonctionnement (statisticien, informaticien, secrétariat, personnel d’entretien, chauffeur, lingère, etc.). | MT |
| **Mettre en place le matériel**  **supplémentaire** | Obtenir des centres d’excellence qui serviront de lieux de stage pour les ATS à convertir |  | Définir un « kit » de matériel supplémentaire par type de structure de santé (kit pour hôpital régional, pour hôpital provincial, pour un centre de santé)  Calculer le coût du matériel supplémentaire pour l’ensemble des structures d’excellence Mettre en place le matériel et vérifier son opérationnalité  Assurer si nécessaire, une formation aux agents pour : o la contractualisation et l’utilisation des indicateurs, des tableaux de bord,  o L’utilisation du matériel  Evaluer les résultats obtenus par ces centres après un an de fonctionnement à partir des indicateurs d’état de santé dans la population couverte et la population non couverte par ces centres d’excellence. | Comité de pilotage              Comité de pilotage          Personnel médical, paramédical et administratif des centres d’excellence | Comité de pilotage  En fonction des résultats obtenus, proposer au MS une généralisation des centres d’excellence sur une préfecture, la région de Nzérékoré ou sur le pays. | MT |

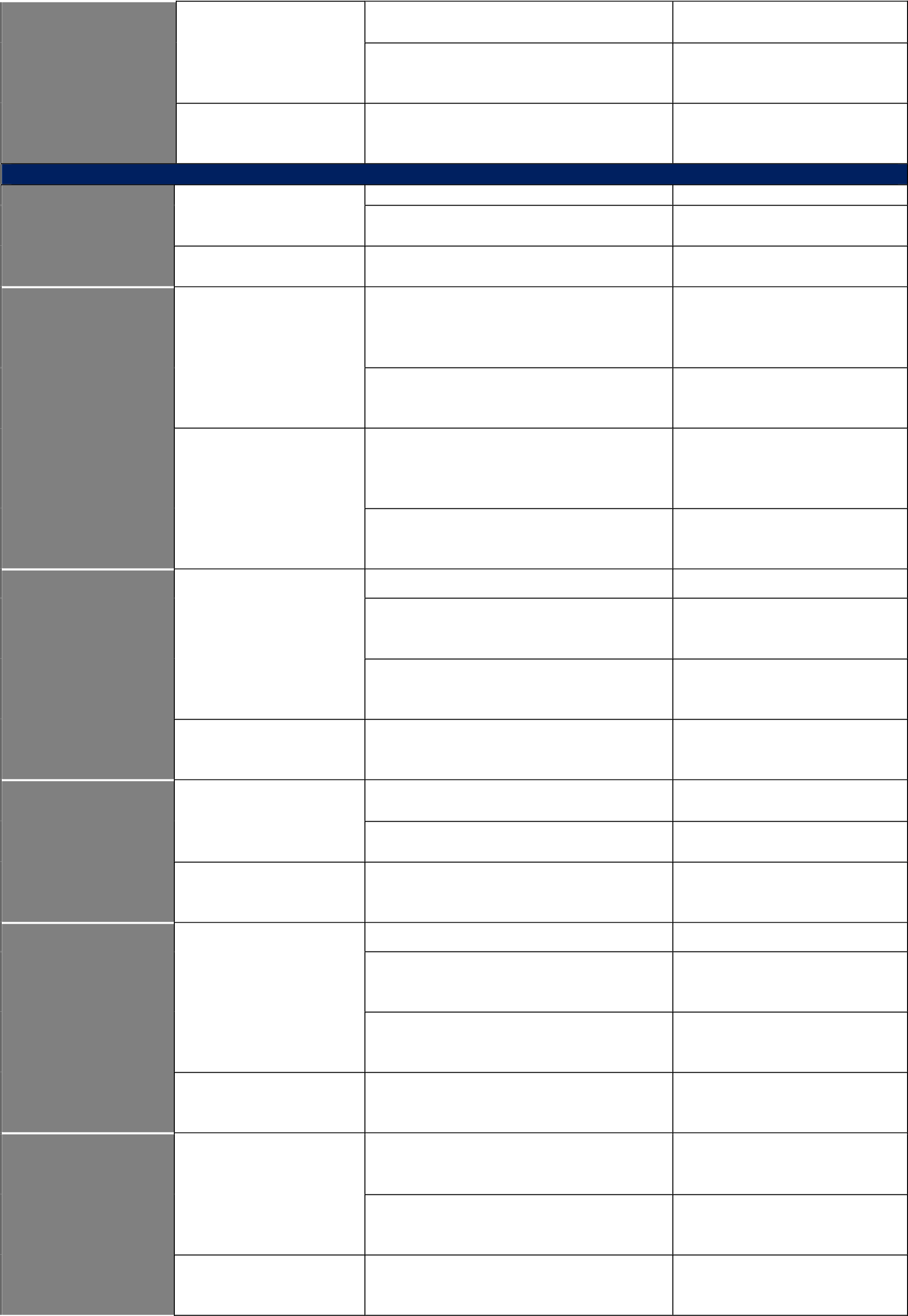
1. **ANNEXES** 
   1. **Résultats de l’enquête sur les RHS** 
      1. Fiche technique de l’enquête sur les RHS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre** | **Enquête sur les RHS des formations sanitaires de deux préfectures de la région de Nzérékoré : préfectures de Lola et de Macenta** | |
| **Objectif général de l’enquête** | ■  ■ | Actualiser le diagnostic RHS de 2013  Estimer les besoins en RHS dans les formations sanitaires |
| **Objectifs spécifiques** | ■  ■  ■ | Déterminer le nombre exact de RHS par centre, inclus les RHS non rémunérés par l’Etat Déterminer la catégorie de RHS (infirmier d’Etat, ATS,…) réalisant les soins de santé (consultations curatives, accouchements, consultations des différents programmes de santé des centres, vaccinations...)  Estimer la durée des activités de soins ou de support (archivage, gestion des médicaments, …) des RHS des centres |
|  | ■ | Connaître les moyens à disposition des RHS pour réaliser leur travail (source d’énergie, eau courante, …) |
| **Nombre de formations sanitaires concernées par l’enquête** | ■  ■ | Préfecture de Lola : 7 centres de santé sur 10 formations sanitaires, et les postes de santé (l’enquête sur l’hôpital préfectoral de Lola, le centre de santé urbain de Lola et le centre rural de Bossou ont été réalisée le 29/05 et le 1 et 2/06/2015).  Préfecture de Macenta : 15 centres de santé sur 18 formations sanitaires et les postes de santé (l’enquête sur l’hôpital préfectoral de Macenta et le centre de santé urbain de  Hermakono et le centre rural de Seredou ont été réalisée le 30/05 et le 3/06/2015) |
| **Enquêteurs** | Facilitateurs :  ■ Point focal à la DRS de Nzérékoré : Dr Wowo/Dr Matthieu  ■ Point focal AT : AT LT PASA de Nzérékoré  ■ Enquêteurs : Pour les préfectures de Lola et Macenta : 2 personnes de chacune des DPS | |
| **Support de l’enquête** | Questionnaire d’enquête joint:  ■ Testé par les consultants dans les centres de santé visités du 29 mai au 3 juin 2015 dans les 2 préfectures,  ■ discuté avec le point focal de l’enquête le 2/06/2015 à Nzérékoré | |
| **Date de l’enquête** | Du 29 juin jusqu'au 19 juillet (6 jours Lola pour 7 CS et 12 jours Macenta pour 15 centres). Les enquêtes sur les effectifs des postes de santé ont été faites par téléphone. | |
| **Exploitation des questionnaires** | Les questionnaires complétés ont été transmis par scan aux AT CT du PASA qui en ont faits la saisie, l’exploitation et l’analyse. Les questionnaires complétés sont disponibles auprès du chef de mission PASA | |
| **Utilisation des résultats** | Bil  ■  ■  ■ | an de l’enquête faisant état de :  L’effectif réel des RHS dans les formations sanitaires des deux préfectures, par catégorie (infirmier, sage-femme, ATS, etc.), rémunéré ou non par l’Etat  La catégorie de RHS (infirmier d’Etat, ATS, etc.) réalisant les soins de santé (consultations curatives, accouchements, consultations des différents programmes de santé des centres, vaccinations...)  La durée des activités de soins ou de support (consultations, archivage, gestion des médicaments, etc.) des RHS des centres |
|  | ■ | Les moyens à disposition des RHS pour réaliser leur travail (source d’énergie, eau courante, …) |
|  | Le bilan a servi de base pour déterminer les thèmes prioritaires de GRH sur lesquels porteront la formation à Nzérékoré en novembre 2015. | |
| **Logistique de l’enquête** | La réalisation de l’enquête (déplacements des enquêteurs pendant la durée de l’enquête, frais de carburant, repas, supports d’enquête) a été prise en charge sur les dépenses accessoires du PASA. | |

* + 1. Questionnaire de l’enquête sur les RHS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM ET PRENOM DE**  **L’ENQUETEUR** | …………………………………………….  …………………………………………….. | |
| **FONCTION** | ……………………………………………..  ……………………………………………… | |
| **NUMERO DE TELEPHONE** | …………………………………………….. | |
| **REGION DE N’ZEREKORE** | **Préfecture de :**  **………………………………………………………………………………** | |
| **LE CENTRE DE SANTE** | Nom | ……………………………………………………. |
| Type | Urbain Rural |
| **LE CHEF DU CENTRE DE SANTE** | Nom & Prénom | …………………………………………………. |
| Téléphone | ………………………………………………….. |
| Qualité | Médecin  Infirmier d’Etat /Aide de santé (AS)  Sage-femme (SF)  Agent technique de santé (ATS)  Autre *Préciser*………………………………….. |
| Logé sur place | Oui Non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A - Informations diverses** | | | | | | | |
| **A1. Date de la visite** | | | | | …………………………………….. | | |
| **A2. Heure de la visite** | | | | | …………………………………….. | | |
| **A3. Nombre de patients présents** | | | | | …………………………………….. | | |
| **A4. Pourcentage d’activité réalisé hors du centre de santé** | | | | | …………………………………….. | | |
| **A5. Quelles activités sont réalisées hors du centre de santé ?** | | | | | ………………………………………  ……………………………… ……...  ………………………………........... | | |
| **A6. Quels sont les jours d’affluence ?** | | | | | ……………………...……………… ……………………………………..  ……………………………………… | | |
| **A7. Le centre de santé dispose-t-il d’un ordinateur ?** | | | | | Oui Non | | |
| **A8. Le centre de santé dispose-t-il d’eau courante ?** | | | | | Oui Non | | |
| **A9. Le centre de santé dispose-t-il d’électricité ?** | | | | | Oui Non | | |
| **A10. Si oui, quelle est la source d’énergie ?** | | | | | Electricité courante :  Groupe électrogène :  Energie solaire :  Autre *Préciser* :  ……………………………………… | | |
| **A11. Le centre de santé dispose-t-il de WC ?** | | | | | Oui Non  Si oui, combien ?...................... | | |
| **A12. Quel est l’état de propreté du centre de santé ?** | | | | | Très propre  Moyennement propre  Sale  Très sale | | |
| **A13. Autres commentaires :**  ........................................................................................................................................................................................ ............................................................................................................ | | | | | | | |
| **B. Population de la zone d’attractivité du centre de santé** | | | | | | | |
| **B1. Population couverte par le centre de santé en nombre d’habitants** | | | | ……………………………………………………… | | | |
| **B2. Nombre de centres de santé urbains de la zone d’attractivité (s’il s’agit d’un centre de santé urbain)** | | | | …………………………………………………….. | | | |
| **B3. Nombre de postes de santé de la zone d’attractivité** | | | | ………………………………………………………. | | | |
| **B4. Nombre de premiers contacts réalisé par le centre de santé sur l’année (période d’avril 2014 à avril 2015)** | | | | ………………………………………………………. | | | |
| **C. Effectif en personnel du centre de santé** | | | | | | | |
| **C1. MEDECIN** | | *C1.1.Nombre* | ……………………………………………………………. | | | | |
| *C1.2. Spécialités* | …………………………………………………………….  …………………………………………………………… | | | | |
| **C2. PERSONNEL**  **PARAMEDICAL** | | *C2.1. Effectif total de paramédicaux* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C2.2. Sagesfemmes* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C2.3. Infirmiers d’Etat (Aide de*  *santé)* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C2.4. Agents techniques de*  *santé* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C2.5. Technicien de laboratoire*  *diplômé* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C2.6. Autres personnels paramédicaux* | Nombre : ………………………………… …………….. Spécialités : ……………………………… ………………… ……………………………………………… ………………. | | | | |
| **C3. PERSONNEL DE SUPPORT** | | *C3.1. Matrone*  *(filles de salle)* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C3.2. Techniciens de surface*  *(agents d’entretien)* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | | ……….. |
| Nombre total non rémunéré par le  Ministère de la santé (stagiaires) | | | | ……….. |
| *C3.3. Gardien* | ……………………………………………… …………… | | | | |
| *C3.4. Chauffeur* | ……………………………………………… …………… | | | | |
| **D. Activités de base** | | | | | | | |
| **D1.**  **CONSULTATIONS**  **CURATIVES** | | *D1.1. Nombre de consultations curatives par an* | ……………………………………………… ……… | | | | |
| *D1.2. Existe-t-il un accueil pour les urgences ?* | Oui Non | | | | |
| *D1.3.*  *Organisation* | Existe-t-il des lits d’observation ? | | | | Oui Non  Si oui, combien ?.............  et quel est le temps de présence dans le lit ?....... |
| Nombre de patients par an qui utilisent les lits d’observation | | | | ……………………........ |
| Temps moyen d’attente pour une consultation | | | | ……………………......... |
| Durée moyenne de la consultation curative | | | | ……………………........ |
| *D1.4.*  *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de l’accueil et de l’orientation des patients à l’arrivée dans le centre | | | | …………………………  …………………………  ………………………… |
| Qualification de l’agent qui assure les consultations curatives | | | | …………………………  ………………………… |
| Cet agent est-il présent tous les jours ouvrables de la semaine ? | | | | Oui Non |
| Si non, qui d’autres assurent les consultations curatives ? | | | | …………………………  ………………………… |
| Un agent est-il présent de nuit pour assurer les consultations curatives ? | | | | Oui Non |
| **D2.**  **ACCOUCHEMENTS** | | *D2.1. Nombre d’accouchements par an au centre de santé* | ……………………………………………………… | | | | |
| *D2.2. Nombre d’accouchements par an dans les postes de santé* | ……………………………………………………… | | | | |
| *D2.3.*  *Organisation* | Nombre de tables  d’accouchements fonctionnelles | | | …………………….... | |
| Nombre de lits pour suites de  couches et/ou pré-travail | | | …………………….... | |
| *D2.4.*  *Personnel* | Nombre de sages-femmes | | | …………………….... | |
| Accouchements effectués par quelle(s) catégorie(s) de personnel? | | | ………………………  ……………………… | |
| Combien de personnes au total effectuent les accouchements? | | | …………………….... | |
| **E. Activités liées aux programmes de santé** | | | | | | | |
| *Les activités des programmes de santé sont-elles réalisées dans les locaux du centre de santé ?* | | | | | | Oui Non  Si non, où ?................... | |
| **E1. SANTE**  **MATERNELLE ET**  **INFANTILE** | *E1.1. Organisation* | | Nombre de consultations prénatales effectué par femme | | | ………………………. | |
| Nombre de consultations prénatales effectué par jour | | | ………………………. | |
| Quelle est la durée d’une consultation prénatale ? | | | ………………………. | |
| Nombre de femmes vaccinées par jour | | | ………………………. | |
| **N** ombre d’enfants vus par jour pour une vaccination | | | ………………………. | |
| Quelle est la durée moyenne d’une vaccination? | | | ………………………. | |
| Nombre d’enfants vus par jour pour maladie ? | | | ………………………. | |
| *E1.2.*  *Personnel* | | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? | | | ……………………….. ………………………. | |
| Combien de personnel effectuent les consultations? | | | ………………………. | |
| **E2. PCIME** | *E2.1. Organisation* | | Nombre de consultations effectuées par jour | | | ………………………. | |
| *E2.2. Personnel* | | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? | | | ………………………..  ……………………… | |
| **E3. PREVENTION**  **DE LA**  **TRANSMISSION**  **MERE-ENFANT**  **AU VIH** | *E3.1. Organisation* | | Nombre de consultations effectuées par jour | | | ………………………. | |
| *E3.2. Personnel* | | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? | | | ……………………….. ……………………….. | |
| **E4.**  **PLANIFICATION**  **FAMILIALE** | *E4.1. Organisation* | | Nombre de consultations effectuées par jour | | | ………………………. | |
| *E4.2. Personnel* | | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? | | | ……………………….. ……………………….. | |
| **E5. LUTTE CONTRE LES**  **IST/VIH/SIDA** | *E5.1. Organisation* | | Nombre de consultations effectuées par jour | | | ………………………. | |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? | | | Oui Non Si oui, où ?....................  ……………………….. | |
| *R5.2. Personnel* | | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? | | | ……………………….. ……………………….. | |
| **E6. LUTTE CONTRE LA LEPRE ET LA**  **TUBERCULOSE** | *E6.1. Organisation* | | Nombre de consultations effectuées par jour | | | ………………………. | |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? | | | Oui Non Si oui, où ?....................  ……………………….. | |
| *E6.2. Personnel* | | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? | | | ……………………….. ……………………….. | |

Nombre de consultations effectuées ………………………. par jour

*E7.1. Organisation*Le patient est-il référé si le cas est Oui Non

**E7. LUTTE**

**CONTRE LE** avéré ? Si oui, où ?....................

**PALUDISME** ………………………..

Consultations effectuées par ………………………..

*E7.2. Personnel* quelle(s) catégorie(s) de personnel ? ………………………..

………………………..

**F. Autres activités**

Nombre de TDRs effectué par jour ………………………………

*F1.1. Organisation* Nombre d’autres analyses effectué ……………………………… **F1. LABORA-**

**TOIRE** par jour

*F1.2. Personnel*Qualification de l’agent qui s’occupe ……………………………… des analyses

Combien de temps consacré en ……………………………… moyenne par semaine à ranger les ……………………………… boites de médicaments, vérifier les ………………………………

*F2.1. Organisation* dates, préparer les commandes ? ………………………………

Combien de temps consacré en ………………………………

moyenne par semaine à dispenser

**F2. GESTION DES** les médicaments ?

**MEDICA-MENTS** Qualification de l’agent qui s’occupe ……………………….. ……. de la gestion et de ………………………………

l’approvisionnement en ……………………………… *F2.2. Personnel*médicaments ………………………………

Qualification de l’agent qui dispense ………………………………

les médicaments ………………………………

………………………………

Il y a-t-il un stérilisateur ? Oui Non

Si non, comment est faite la ………………………………

stérilisation ? ………………………………

*F3.1. Organisation* ………………………………

**F3. STERILISA** Temps moyen consacré par semaine ………………………………

**TION** à cette tâche ………………………………

………………………………

Qualification de l’agent qui s’occupe ………………………………

*F3.2. Personnel*de cette tâche ………………………………

………………………………

Existe-t-il des archives au centre de Oui Non santé ?

*F4.1. Organisation* Temps moyen consacré par semaine ………………………………

**F4.**

**ARCHIVES** à cette tâche

Qualification de l’agent qui s’occupe ………………………………

*F4.2. Personnel*de cette tâche ………………………………

………………………………

Il y a-t-il un incinérateur ? Oui Non

Si oui, combien de fois par semaine ……………………………… est-il utilisé ? ……………………………… *F5.1. Organisation* ………………………………

**F5.**

**GESTION DES** Si non, comment sont éliminés les ………………………………

**DECHETS** déchets ? ………………………………

………………………………

Qualification de l’agent qui s’occupe ………………………………

*F5.2. Personnel*de cette tâche ………………………………

………………………………

Quel type de réfrigérateur est en Frigo à électricité courante

fonctionnement ? Frigo à pétrole

Frigo à énergie solaire *F6.1. Organisation*

**F6.** Combien de temps moyen consacré ………………………………

**CHAINE DU** par semaine à la gestion de la ………………………………

**FROID** chaine de froid ? ………………………………

Qualification de l’agent qui s’occupe ………………………………

*F6.2. Personnel*de cette tâche ………………………………

………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **F7.**  **TRANS-PORTS**  **SANI-TAIRES** | *F7.1. Organisation* | Il y a-t-il une ambulance ? | Oui Non |
| Quel est le moyen le plus fréquent que prennent les patients pour venir au centre de santé ? | Ambulance  Bus  Taxi  Voiture personnelle  Voiture d’un proche  Autre *Préciser*…………… |
| Quel est le moyen le plus fréquent que prennent les patients pour se rendre du centre de santé au centre de référence ? | Ambulance  Bus  Taxi  Voiture personnelle  Voiture d’un proche  Autre *Préciser*…………… |
| **G. COMMENTAIRE GENERAL :**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | |

9.1.3. Résultats de l’enquête sur les RHS en juin-juillet 2015

|  |  |
| --- | --- |
| **Périmètre de l’enquête** | **Toutes les formations sanitaires des préfectures de Lola et Macenta :**   * Les 2 **hôpitaux préfectoraux** de Lola et Macenta * Tous les **centres de santé** : 26 centres de santé dont 9 à Lola et 17 dans la province de Macenta * 57 (82,6%) **postes de santé** fonctionnels sur 69 postes de santé dans la province de Macenta * 17 (44,7%) **postes de santé** fonctionnels sur 38 postes de santé dans la province de Lola |
| **Période de l’enquête : du 3 juin au 16 juillet 2015**  Questionnaire élaboré par les expertes CT  Enquête réalisée par les agents des 2 DPS avec la DRS comme point focal |
| **Localisation**   * Les hôpitaux préfectoraux sont situés dans les chefs-lieux de ces deux préfectures * 4 centres de santé urbains : 1 à Lola et 3 à Macenta situés dans les chefs lieux de la province * 22 centres de santé ruraux : 8 à Lola et 14 à Macenta * Tous les postes de santé sont ruraux |
| **Le directeur ou chef de la formation sanitaire** | **Qualité du directeur ou du chef de la formation sanitaire :**   * Les 2 directeurs d’hôpitaux sont médecins * Aucun centre de santé dirigé par un médecin * 6 CS dirigés par un AS, 20 centres sur 26 dirigés par un ATS, et aucun par une SF * Dans les postes de santé de Lola, 1 tenu par un infirmier à Lola, 2 à Macenta, et les autres par des ATS. **44 PS sont tenus par des ATS non fonctionnaires.** |
| **Logement**  - 10 chefs de centre logés sur place, aucun chef de centre urbain n’est logé sur place |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **A - Informations diverses** |
| **Heure de l’enquête** | **Visite la matinée sauf dans un centre où la visite était en début d’après midi** |
| **Nombre de patients présents** | **Moyenne : 4 patients présents** |
| **Pourcentage d’activité réalisé à l’extérieur** | **Moyenne : Macenta : 1/3 de l’activité Lola : 2/3 de l’activité est réalisée à l’extérieur** |
| **Quelles activités sont réalisées hors du centre de santé ?** | **Activités de soins :** Stratégies avancées, vaccinations, dépistage, consultations prénatales,  **Activité communautaire :** sensibilisation de la communauté, planification familiale **Activités administratives :** supervision des postes de santé, formations, réunions mensuelles avec DPS |
| **Quels sont les jours d’affluence ?** | **1 à 3 jours par semaine correspondant notamment aux jours de marché** |
| **La formation a un ordinateur ?** | **Hôpital :** oui  **Centre de santé et poste de santé : Aucun ne dispose d’un ordinateur** |
| **Le centre de santé dispose-t-il d’eau courante ?** | **Seuls 2 centres ont l’eau courante**, pour les autres : Forage à proximité immédiate du centre de santé, un centre signale un forage souvent à sec |
| **Le centre de santé dispose-t-il d’électricité ?** | **Hôpital :** oui avec bloc électrogène  **Aucun CS n’a l’électricité sauf un** dans la salle d’accouchement par panneaux  photovoltaïques  **PS :** non |
| **Si oui, quelle est la source d’énergie ?** | **Hôpital :** pétrole pour bloc électrogène  **Centres de santé** : Energie solaire mais non fonctionnel sauf dans un cas, **pétrole** pour le fonctionnement du réfrigérateur |
| **dispose-t-il de WC ?** | **Hôpital :** oui  **Centre de santé :** Oui  **Poste de santé :** question non posée dans l’enquête |
| **Quel est l’état de propreté du centre de santé ?** | **Hôpital** : Macenta : les salles visitées sont relativement propres compte tenu des difficultés d’entretien, Lola est en cours de transfert sur un autre site neuf.  **Centre de santé : 81% sont jugés moyennement propres par les enquêteurs**  **A noter : il n’y a pas de draps dans les lits d’hospitalisation** |
| **Commentaires des enquêteurs :**  **tenant à l'eau** : dans 1 cas, le centre a un forage souvent à sec, donc pas d'eau à ces périodes, Locaux du centre servant d'entrepôt pour des objets sans rapport avec la formation sanitaire (motos, brouette, sac de ciment..).  **tenant aux alentours de la formation sanitaire** : alentours très souvent en mauvais état (espace non entretenu, papiers, plastique qui jonchent le sol),  **à l’entretien du centre ou du matériel** : sol du centre en ciment en mauvais état et difficile d'entretien, matériel du centre en mauvais état, mal entretenu et sale (pèse-bébé, tables d'accouchement) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **B. Population de la zone d’attractivité du centre de santé** | |
| **Population couverte par le centre de santé en nombre d’habitants** | En moyenne, 15825 habitants pour un centre de santé |
| **Nombre de postes de santé de la zone d’attractivité** | Moyenne : 2 PS par centre de santé |
| **Nombre de premiers contacts réalisé par le centre de santé sur l’année** | **Hôpital** : 2683 en moyenne par mois  **Centre de santé :** en moyenne 2025 premiers contacts par centre et par mois |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **C. Effectif en personnel des formations sanitaires** | | |  |
| **MEDECIN** | *Nombre* | **Total : 9 médecins**   * **Hôpital :** 4 Lola et 5 Macenta +1 chirurgien-dentiste * **Centre de santé : Aucun médecin** * **Poste de santé : -** | |  |
| *Spécialités* | Lola : 2 chirurgiens, 1 MG, 1 pédiatre | |  |
|  |  | Macenta : 1GO, 1 chirurgien, 1 MG, 1 chirurgien-dentiste, ophtalmologiste | | 1 |
| **Personnel paramédical dans les hôpitaux préfectoraux** | *Effectif total de paramédicaux* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **Macenta : 26**  **Lola : 16** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **Macenta 23**  **Lola 20** | |
| *Sages-femmes* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | 1. **Macenta** 2. **Lola** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **2 Macenta**  **6 Lola** | |
| *Infirmiers d’Etat (Aide de santé)* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **3 Macenta**  **5 Lola** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **2 Macenta**  **10 Lola** | |
| *Agents techniques de santé* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **18 Macenta**  **9 Lola** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **6 Macenta**  **4 Lola** | |
| *Technicien de*  *laboratoire diplômé* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | 1. **Macenta** 2. **Lola** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **0 Macenta**  **0 Lola** | |
| *Autres personnels paramédicaux* | Lola : 1 hygiéniste, 1 pharmacien, 1 biologiste  Macenta **:**3 biologistes, 1 pharmacien, 1 assistant pharmacie, 10 hygiénistes | | |
| **Personnel paramédical dans les centres de santé** | *Effectif total de paramédicaux* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **110** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **164** | |
| *Sages-femmes* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **4** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **6** | |
| *Infirmiers d’Etat ( Aide de santé )* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **13** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **1** | |
| *Agents techniques de santé* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **101** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **150** | |
| *Technicien de*  *laboratoire diplômé* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **0** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **6** | |
| *Autres personnels paramédicaux* | Nombre : **11**  Spécialités : agent de soins, biochimiste, biologiste | | |
| **Personnel paramédical dans les postes de santé** | *infirmier* | Infirmier fonctionnaire | **3** | |
| Infirmier non rémunéré par le MS | **0** | |
| *ATS* | ATS fonctionnaires | **26** | |
| ATS non rémunéré par le MS | **45** | |
| **Personnel de support dans les centres de santé** | *Matrone (filles de*  *salle)* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **0** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **127** | |
| *Techniciens de surface (agents*  *d’entretien)* | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | **0** | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | **19** | |
| *Gardien* | **1** |  | |
| *Chauffeur* | **1** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **D. Activités de base des centres de santé** | | |
| **CONSULTATIONS CURATIVES** | *Nombre de consultations curatives par an* | | **Moyenne : 2970 consultations curatives par an par centre de santé soit 8 par jour en moyenne dans un centre** |
| *Existe -t-il un accueil pour les urgences ?* | | Non dans 14 cas sur 25 |
| Existe-t-il des d’observation ?      *Organisation* | lits | En moyenne, 5 par centre, ces lits sont aussi utilisés pour le postpartum ; le temps de présence dans le lit est de **24H** |
| Nombre de patients par an en moyenne qui utilisent les lits d’observation : **558 patients par an et par centre soit plus d’un patient par jour** |
| Temps moyen d’attente pour une consultation : **40 mn** |
| Durée moyenne de la consultation curative : **30 mn** |
| *Personnel* |  | Qualification de l’agent qui s’occupe de l’accueil et de l’orientation des patients à l’arrivée dans le centre **Dans 36% des cas, par du personnel non rémunéré (ATS, garçon de salle, matrone)** |
| Qualification de l’agent qui assure les consultations curatives **Dans 72% des cas par des ATS** |
| Un agent est-il présent de nuit pour assurer les consultations curatives ? **Non dans 72% des centres** |
| **ACCOUCHEMENTS** | *Nombre d’accouchements an au centre de santé* | *par* | **En moyenne, 489 accouchements par an et par centre de santé** |
| *Nombre d’accouchements par an dans les postes de santé* | | **En moyenne, 54 accouchements par an et par poste de santé** |
| *Organisation* | | Nombre de tables d’accouchements fonctionnelles : **en moyenne 1 par centre** |
| Nombre de lits pour suites de couches et/ou pré-travail : **en moyenne, 2 à 3 par centre** |
| *Personnel* | | Nombre de sages-femmes : **0,4 par centre en moyenne** |
| Accouchements effectués par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS, les sages-femmes ne font pas les accouchements même s’il y a une sage-femme dans le centre** |

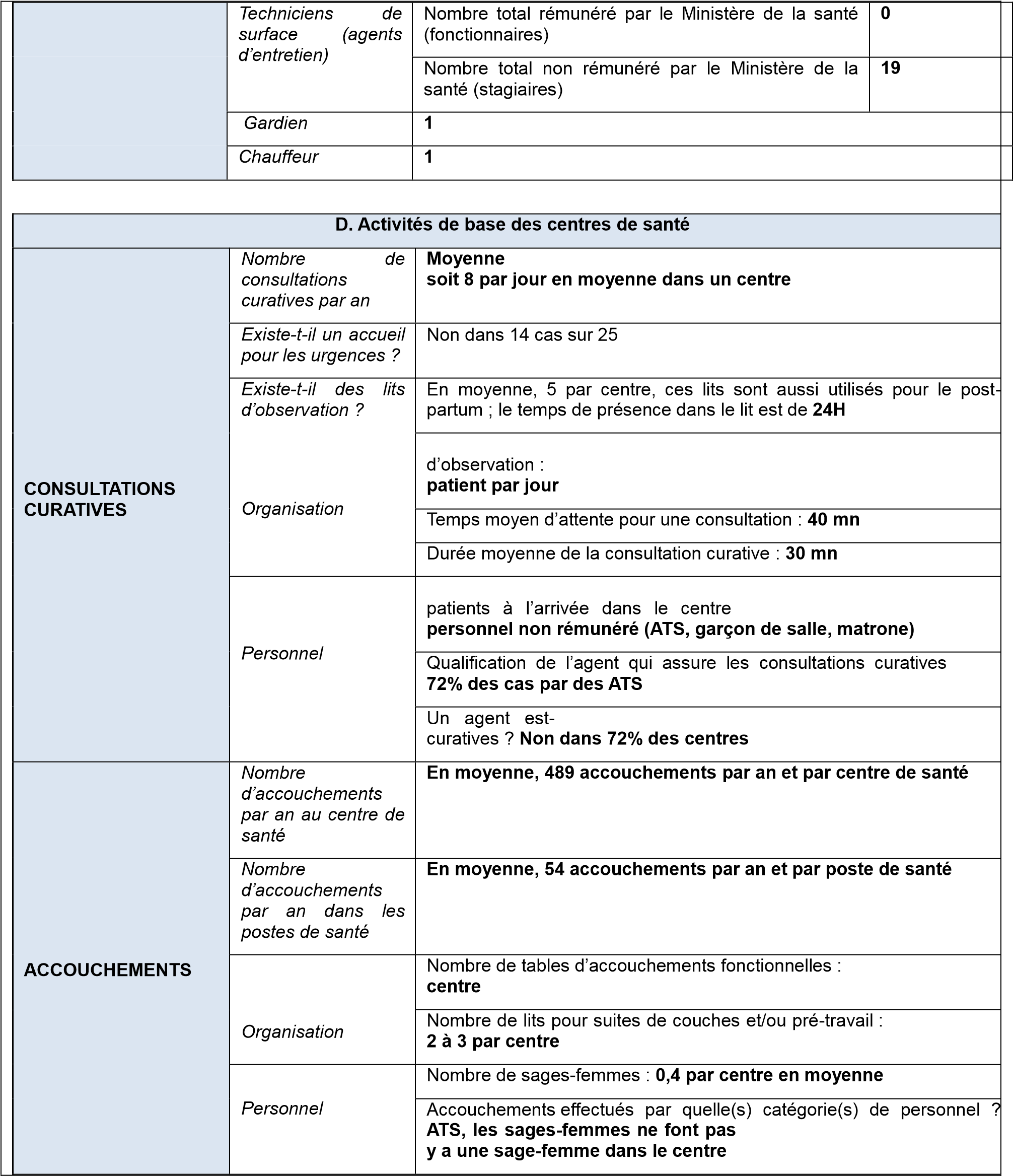
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **E. Activités liées aux programmes de santé** | | | |
| *Les activités des programmes de santé sont-elles réalisées dans les locaux du centre de santé ?****oui*** | | | |
| **SANTE**  **MATERNELLE INFANTILE** | **ET** | *Organisation* | Nombre de consultations prénatales effectué par femme : **3 à 4 consultations prénatales par femme en moyenne** |
| Nombre de consultations prénatales effectué par jour : **9,52 par jour. Donnée inexploitable car en contradiction avec les données collectées sur le rapport trimestriel des DSP** |
| Quelle est la durée d’une consultation prénatale ? **45 mn en moyenne** |
| Nombre de femmes vaccinées par jour : **4 à 5 femmes en moyenne par centre** |
| **N**ombre d’enfants vus par jour pour une vaccination : **12 enfants en moyenne par jour et par centre** |
| Quelle est la durée moyenne d’une vaccination ? **15 mn** |
| Nombre d’enfants vus par jour pour maladie ? **4 à 5 enfants vus par jour pour maladie** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **principalement des ATS, même dans les centres où il y a une sage-femme** |
| **PCIME** |  | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **5 par jour et par centre mais par jour ou par semaine- Donnée inexploitable car en contradiction avec le rapport trimestriel des DSP** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS** |
| **PREVENTION DE LA TRANSMISSION**  **MERE-ENFANT AU**  **VIH** | | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **0,75 par jour et par centre en**  **moyenne** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou AS** |
| **PLANIFICATION**  **FAMILIALE** | | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **2 à 3 consultations par jour et par centre-** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS, agent communautaire, sage-femme, infirmier, ou fille de salle** |
| **LUTTE CONTRE**  **LES IST/VIH/SIDA** | | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **1 à 2 consultations par jour et par centre** |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? **oui dans 52% des centres vers l’hôpital préfectoral ou le centre médical MPA** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou infirmier s’il y a un infirmier dans le centre** |
| **LUTTE CONTRE LA**  **LEPRE ET LA**  **TUBERCULOSE** | | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **0, 36 consultations par jour et par centre en moyenne, soit moins d’une par jour** |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? **oui dans 60% des cas, vers l’hôpital préfectoral ou le centre médical MPA ou la mission Phil africaine** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou infirmier s’il y a un infirmier dans le centre** |
| **LUTTE CONTRE LE**  **PALUDISME** | | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **4 à 5 consultations par jour et par centre- Donnée inexploitable car en contradiction avec le rapport trimestriel des DSP** |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? **oui dans 44 % des centres vers l’hôpital préfectoral** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou infirmier s’il y a un infirmier dans le centre** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **F. Autres activités** |
| **LABORATOIRE** |  | *Organisation* | Nombre de TDRs effectué par jour : **en moyenne, 6 par jour et par centre** |
| Nombre d’autres analyses effectué par jour : **pas d’autres analyses sauf dans 3 centres ayant du personnel spécialisé (biochimiste, aide de laboratoire, biologiste)** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe des analyses : **ATS ou personnel spécialisé dans les 3 centres qui en disposent** |
| **GESTION**  **MEDICAMENTS** | **DES** | *Organisation* | Combien de temps consacré en moyenne par semaine à ranger les boites de médicaments, vérifier les dates, préparer les commandes ? **5 heures en moyenne par centre et par semaine** |
| Combien de temps consacré en moyenne par semaine à dispenser les médicaments ? **15 heures par semaine en moyenne par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de la gestion, de l’approvisionnement et de la dispensation en médicaments : **uniquement ATS sauf dans un centre** |
| **STERILISATION** |  | *Organisation* | Il y a-t-il un stérilisateur ? **2 centres disposent d’un stérilisateur** |
| Si non, comment est faite la stérilisation ? **solution chlorée** |
| Temps moyen consacré par semaine à cette tâche : **2h30 en moyenne par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **ATS ou matrone** |
| **ARCHIVES** |  | *Organisation* | Existe-t-il des archives au centre de santé ? **oui pour les femmes enceintes, sauf 2 centres n’en disposent pas. Pas de dossier patient** |
| Temps moyen consacré par semaine à cette tâche : **3h en moyenne par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **ATS, infirmier, matrone**, |
| **GESTION**  **DECHETS** | **DES** | *Organisation* | Il y a-t-il un incinérateur ? **Non sauf dans 2 centres** |
| Si non, comment sont éliminés les déchets ? **dans 75% des centres, enfouissement dans une fosse et les déchets sont brulés ; dans 25 % des centres, les déchets sont jetés dans une fosse ;** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **garçon de salle, agent d’entretien, ATS** |
| **CHAINE DU FROID** |  | *Organisation* | Quel type de réfrigérateur ? **18 centres déclarent un frigo à énergie solaire et 7 centres ont un frigo à pétrole-** |
| Combien de temps moyen consacré par semaine à la gestion de la chaine de froid ? **1h30 en moyenne par semaine et par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **ATS** |
| **TRANSPORTS SANITAIRES** | | *Organisation* | Il y a-t-il une ambulance ? **Non sauf un centre** |
| Quel est le moyen le plus fréquent que prennent les patients pour venir au centre de santé ? **taxi moto, voiture perso ou d'un proche** |
| Quel est le moyen le plus fréquent que prennent les patients pour se rendre du centre de santé au centre de référence ? **idem** |

|  |
| --- |
| **COMMENTAIRE GENERAL RECEUILLIS PAR LES ENQUÊTEURS :**  **La faible fréquentation des centres de santé expliquée par :**   * **l’absence de personnel qualifié pour s’occuper de l’accueil et du point de vente,** * **la faible qualité des agents impliqués dans les programmes et dans les soins de santé,** * **les mauvaises conditions de travail (manque d’eau, pas d’incinérateur, tables d’accouchement cassées,…) - l’absence de moyens de transport pour le PEV,** * **la mauvaise compréhension des femmes sur la PTME qui refusent de suivre ce programme,** * **le faible nombre de médicaments disponibles dans le centre,** * **mauvaise hygiène dans le centre,** * **l’absence de personnel pour les soins spécialisés en ophtalmologie et dentisterie.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Périmètre de l’enquête** | **Toutes les formations sanitaires des préfectures de Lola et Macenta :**   * Les 2 **hôpitaux préfectoraux** de Lola et Macenta * Tous les **centres de santé** : 26 centres de santé dont 9 à Lola et 17 dans la province de Macenta * 57 (82,6%) **postes de santé** fonctionnels sur 69 postes de santé dans la province de Macenta * 17 (44,7%) **postes de santé** fonctionnels sur 38 postes de santé dans la province de Lola |
| **Période de l’enquête : du 3 juin au 16 juillet 2015**  Questionnaire élaboré par les expertes CT  Enquête réalisée par les agents des 2 DPS avec la DRS comme point focal |
| **Localisation**   * Les hôpitaux préfectoraux sont situés dans les chefs-lieux de ces deux préfectures * 4 centres de santé urbains : 1 à Lola et 3 à Macenta situés dans les chefs lieux de la province * 22 centres de santé ruraux : 8 à Lola et 14 à Macenta - Tous les postes de santé sont ruraux |
| **Le directeur ou chef de la formation sanitaire** | **Qualité du directeur ou du chef de la formation sanitaire :**   * Les 2 directeurs d’hôpitaux sont médecins * Aucun centre de santé dirigé par un médecin * 6 CS dirigés par un AS, 20 centres sur 26 dirigés par un ATS, et aucun par une SF * Dans les postes de santé de Lola, 1 tenu par un infirmier à Lola, 2 à Macenta, et les autres par des ATS. **44 PS sont tenus par des ATS non fonctionnaires.** |
| **Logement**  - 10 chefs de centre logés sur place, aucun chef de centre urbain n’est logé sur place |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **A - Informations diverses** | | | | | | | | | | |
| **Heure de l’enquête** | | | **Visite la matinée sauf dans un centre où la visite était en début d’après midi** | | | | | | | | | | |
| **Nombre de patients présents** | | | **Moyenne : 4 patients présents** | | | | | | | | | | |
| **Pourcentage d’activité réalisé à l’extérieur** | | | **Moyenne : Macenta : 1/3 de l’activité Lola : 2/3 de l’activité est réalisée à l’extérieur** | | | | | | | | | | |
| **Quelles activités sont réalisées hors du centre de santé ?** | | | **Activités de soins :** Stratégies avancées, vaccinations, dépistage, consultations prénatales,  **Activité communautaire :** sensibilisation de la communauté, planification familiale **Activités administratives :** supervision des postes de santé, formations, réunions mensuelles avec DPS | | | | | | | | | | |
| **Quels sont les jours d’affluence ?** | | | **1 à 3 jours par semaine correspondant notamment aux jours de marché** | | | | | | | | | | |
| **La formation a un ordinateur ?** | | | **Hôpital :** oui  **Centre de santé et poste de santé : Aucun ne dispose d’un ordinateur** | | | | | | | | | | |
| **Le centre de santé dispose-t-il d’eau courante ?** | | | S**euls 2 centres ont l’eau courante**, pour les autres : Forage à proximité immédiate du centre de santé, un centre signale un forage souvent à sec | | | | | | | | | | |
| **Le centre de santé dispose-t-il d’électricité ?** | | | **Hôpital :** oui avec bloc électrogène  **Aucun CS n’a l’électricité sauf un** dans la salle d’accouchement par panneaux  photovoltaïques  **PS :** non | | | | | | | | | | |
| **Si oui, quelle est la source d’énergie ?** | | | **Hôpital :** pétrole pour bloc électrogène  **Centres de santé** : Energie solaire mais non fonctionnel sauf dans un cas, **pétrole** pour le fonctionnement du réfrigérateur | | | | | | | | | | |
| **dispose-t-il de WC ?** | | | **Hôpital :** oui  **Centre de santé :** Oui  **Poste de santé :** question non posée dans l’enquête | | | | | | | | | | |
| **Quel est l’état de propreté du centre de santé ?** | | | **Hôpital** : Macenta : les salles visitées sont relativement propres compte tenu des difficultés d’entretien, Lola est en cours de transfert sur un autre site neuf.  **Centre de santé : 81% sont jugés moyennement propres par les enquêteurs**  **A noter : il n’y a pas de draps dans les lits d’hospitalisation** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Commentaires des enquêteurs :**  **tenant à l'eau** : dans 1 cas, le centre a un forage souvent à sec, donc pas d'eau à ces périodes, Locaux du centre servant d'entrepôt pour des objets sans rapport avec la formation sanitaire (motos, brouette, sac de ciment..). **tenant aux alentours de la formation sanitaire** : alentours très souvent en mauvais état (espace non entretenu, papiers, plastique qui jonchent le sol),  **à l’entretien du centre ou du matériel** : sol du centre en ciment en mauvais état et difficile d'entretien, matériel du centre en mauvais état, mal entretenu et sale (pèse-bébé, tables d'accouchement) | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **B. Population de la zone d’attractivité du centre de santé** | | | | | | | | | | | |
| **Population couverte par le centre de santé en nombre d’habitants** | | | | | | | En moyenne, 15825 habitants pour un centre de santé | | | | |
| **Nombre de postes de santé de la zone d’attractivité** | | | | | | | Moyenne : 2 PS par centre de santé | | | | |
| **Nombre de premiers contacts réalisé par le centre de santé sur l’année** | | | | | | | **Hôpital** : 2683 en moyenne par mois  **Centre de santé :** en moyenne 2025 premiers contacts par centre et par mois | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **C. Effectif en personnel des formations sanitaires** | | | | | | | | | | | |
| **MEDECIN** | | | *Nombre* |  | | **Total : 9 médecins**   * **Hôpital :** 4 Lola et 5 Macenta +1 chirurgien-dentiste * **Centre de santé : Aucun médecin** * **Poste de santé : -** | | | | | |
| *Spécialités* |  | | Lola : 2 chirurgiens, 1 MG, 1 pédiatre  Macenta : 1GO, 1 chirurgien, 1 MG, 1 chirurgien-dentiste, 1 ophtalmologiste | | | | | |
|  | | | *Effectif total paramédicaux* | *de* | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **Macenta : 26**  **Lola : 16** | | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **Macenta 23**  **Lola 20** | | |
| *Sages-femmes* |  | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | 1. **Macenta** 2. **Lola** | | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **2 Macenta**  **6 Lola** | | |
|  | | **Personnel paramédical dans les hôpitaux préfectoraux** | | | *Infirmiers d’Etat (Aide de santé)* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **3 Macenta**  **5 Lola** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **2 Macenta**  **10 Lola** | | |  | |
| *Agents techniques de santé* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **18 Macenta**  **9 Lola** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **6 Macenta**  **4 Lola** | | |  | |
| *Technicien de*  *laboratoire diplômé* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | 1. **Macenta** 2. **Lola** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **0 Macenta**  **0 Lola** | | |  | |
| *Autres personnels paramédicaux* | | | Lola : 1 hygiéniste, 1 pharmacien, 1 biologiste  Macenta **:**3 biologistes, 1 pharmacien, 1 assistant pharmacie, 10 hygiénistes | | | | | |  | |
| **Personnel paramédical dans les centres de santé** | | | *Effectif total de paramédicaux* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **110** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **164** | | |  | |
| *Sages-femmes* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **4** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **6** | | |  | |
| *Infirmiers d’Etat ( Aide de santé )* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **13** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **1** | | |  | |
| *Agents techniques de santé* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **101** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **150** | | |  | |
| *Technicien de*  *laboratoire diplômé* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **0** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **6** | | |  | |
| *Autres personnels paramédicaux* | | | Nombre : **11**  Spécialités : agent de soins, biochimiste, biologiste | | | | | |  | |
| **Personnel paramédical dans les postes de santé** | | | *infirmier* | | | Infirmier fonctionnaire | | | **3** | | |  | |
| Infirmier non rémunéré par le MS | | | **0** | | |  | |
| *ATS* | | | ATS fonctionnaires | | | **26** | | |  | |
| ATS non rémunéré par le MS | | | **45** | | |  | |
| **Personnel de support dans les centres de santé** | | | *Matrone (filles de*  *salle)* | | | Nombre total rémunéré par le Ministère de la santé (fonctionnaires) | | | **0** | | |  | |
| Nombre total non rémunéré par le Ministère de la santé (stagiaires) | | | **127** | | |  | |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **E. Activités liées aux programmes de santé** | | | |
| *Les activités des programmes de santé sont-elles réalisées dans les locaux du centre de santé ?****oui*** | | | |
| **SANTE MATERNELLE**  **ET INFANTILE** | | *Organisation* | Nombre de consultations prénatales effectué par femme : **3 à 4 consultations prénatales par femme en moyenne** |
| Nombre de consultations prénatales effectué par jour : **9,52 par jour. Donnée inexploitable car en contradiction avec les données collectées sur le rapport trimestriel des DSP** |
| Quelle est la durée d’une consultation prénatale ? **45 mn en moyenne** |
| Nombre de femmes vaccinées par jour : **4 à 5 femmes en moyenne par centre** |
| **N**ombre d’enfants vus par jour pour une vaccination : **12 enfants en moyenne par jour et par centre** |
| Quelle est la durée moyenne d’une vaccination ? **15 mn** |
| Nombre d’enfants vus par jour pour maladie ? **4 à 5 enfants vus par jour pour maladie** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **principalement des ATS, même dans les centres où il y a une sagefemme** |
| **PCIME** | | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **5 par jour et par centre mais par jour ou par semaine- Donnée inexploitable car en**  **contradiction avec le rapport trimestriel des DSP** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS** |
| **PREVENTION DE**  **TRANSMISSION**  **ENFANT AU VIH** | **LA MERE-** | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **0,75 par jour et par centre en moyenne** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou AS** |
| **PLANIFICATION**  **FAMILIALE** |  | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **2 à 3 consultations par jour et par centre-** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS, agent communautaire, sage-femme, infirmier, ou fille de salle** |
| **LUTTE CONTRE**  **IST/VIH/SIDA** | **LES** | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **1 à 2 consultations par jour et par centre** |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? **oui dans 52% des centres vers l’hôpital préfectoral ou le centre médical MPA** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou infirmier s’il y a un infirmier dans le centre** |
| **LUTTE CONTRE**  **LEPRE ET**  **TUBERCULOSE** | **LA**  **LA** | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **0, 36 consultations par jour et par centre en moyenne, soit moins d’une par jour** |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? **oui dans 60% des cas, vers l’hôpital préfectoral ou le centre médical MPA ou la mission Phil africaine** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou infirmier s’il y a un infirmier dans le centre** |
| **LUTTE CONTRE**  **PALUDISME** | **LE** | *Organisation* | Nombre de consultations effectuées par jour : **4 à 5 consultations par jour et par centre- Donnée inexploitable car en contradiction avec le rapport trimestriel des DSP** |
| Le patient est-il référé si le cas est avéré ? **oui dans 44 % des centres vers l’hôpital préfectoral** |
| *Personnel* | Consultations effectuées par quelle(s) catégorie(s) de personnel ? **ATS ou infirmier s’il y a un infirmier dans le centre** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **F. Autres activités** |
| **LABORATOIRE** |  | *Organisation* | Nombre de TDRs effectué par jour : **en moyenne, 6 par jour et par centre** |
| Nombre d’autres analyses effectué par jour : **pas d’autres analyses sauf dans 3 centres ayant du personnel spécialisé (biochimiste, aide de laboratoire, biologiste)** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe des analyses : **ATS ou personnel spécialisé dans les 3 centres qui en disposent** |
| **GESTION**  **MEDICAMENTS** | **DES** | *Organisation* | Combien de temps consacré en moyenne par semaine à ranger les boites de médicaments, vérifier les dates, préparer les commandes ? **5 heures en moyenne par centre et par semaine** |
| Combien de temps consacré en moyenne par semaine à dispenser les médicaments ? **15 heures par semaine en moyenne par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de la gestion, de l’approvisionnement et de la dispensation en médicaments : **uniquement ATS sauf dans un centre** |
| **STERILISATION** |  | *Organisation* | Il y a-t-il un stérilisateur ? **2 centres disposent d’un stérilisateur** |
| Si non, comment est faite la stérilisation ? **solution chlorée** |
| Temps moyen consacré par semaine à cette tâche : **2h30 en moyenne par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **ATS ou matrone** |
| **ARCHIVES** |  | *Organisation* | Existe-t-il des archives au centre de santé ? **oui pour les femmes enceintes, sauf 2 centres n’en disposent pas. Pas de dossier patient** |
| Temps moyen consacré par semaine à cette tâche : **3h en moyenne par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **ATS, infirmier, matrone**, |
| **GESTION**  **DECHETS** | **DES** | *Organisation* | Il y a-t-il un incinérateur ? **Non sauf dans 2 centres** |
| Si non, comment sont éliminés les déchets ? **dans 75% des centres, enfouissement dans une fosse et les déchets sont brulés ; dans 25 % des centres, les déchets sont jetés dans une fosse ;** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **garçon de salle, agent d’entretien, ATS** |
| **CHAINE DU FROID** |  | *Organisation* | Quel type de réfrigérateur ? **18 centres déclarent un frigo à énergie solaire et 7 centres ont un frigo à pétrole-** |
| Combien de temps moyen consacré par semaine à la gestion de la chaine de froid ? **1h30 en moyenne par semaine et par centre** |
| *Personnel* | Qualification de l’agent qui s’occupe de cette tâche : **ATS** |
| **TRANSPORTS SANITAIRES** | | *Organisation* | Il y a-t-il une ambulance ? **Non sauf un centre** |
| Quel est le moyen le plus fréquent que prennent les patients pour venir au centre de santé ? **taxi moto, voiture perso ou d'un proche** |
| Quel est le moyen le plus fréquent que prennent les patients pour se rendre du centre de santé au centre de référence ? **idem** |

**COMMENTAIRE GENERAL RECEUILLIS PAR LES ENQUÊTEURS :**

**La faible fréquentation des centres de santé expliquée par :**

* **l’absence de personnel qualifié pour s’occuper de l’accueil et du point de vente,**
* **la faible qualité des agents impliqués dans les programmes et dans les soins de santé,**
* **les mauvaises conditions de travail (manque d’eau, pas d’incinérateur, tables d’accouchement cassées,…)**
* **l’absence de moyens de transport pour le PEV,**
* **la mauvaise compréhension des femmes sur la PTME qui refusent de suivre ce programme,**
* **le faible nombre de médicaments disponibles dans le centre,**
* **mauvaise hygiène dans le centre,**
* **l’absence de personnel pour les soins spécialisés en ophtalmologie et dentisterie.**

**9.2. Les référentiels emplois des personnels en centre de santé**

* + 1. Référentiel emploi du médecin en centre de santé

|  |  |
| --- | --- |
| **Appellation de l’emploi** | **Médecin généraliste (autres appellations : omnipraticien, médecin de famille, médecin de médecine générale)** |
| **Missions** | Prodiguer les soins primaires auprès du patient,  Réaliser aussi des activités auprès du patient de :   * Prévention, * Veille sanitaire et de vigilance, * D’expertise, * De recherche, * De formation permanente pour lui-même, * de concertation avec les instances locales, régionales sanitaires |
| **Activités principales** | Il pratique des consultations dont les principales étapes sont :   * Le recueil des motifs de la consultation auprès du patient, * L’anamnèse : il écoute le patient et l’interroge pour connaître ses antécédents, les symptômes ressentis, l'ancienneté de la maladie et son évolution, les traitements déjà suivis, les attentes du patient... * L’examen physique : à l'issue de l'anamnèse, le médecin a souvent une idée assez précise de la maladie ; l'examen sert à rechercher des signes physiques, et ainsi apporter des preuves pour appuyer un diagnostic. Il utilise pour cela l'inspection, la palpation, l'auscultation, la percussion. * L’inspection : prise des constantes vitales telles que température, pression artérielle, [pouls](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pouls) ; examen des tympans, de la gorge chez les enfants ; * La palpation : examen des ganglions, abdominal, gynécologique, rhumatologique, etc. * L’auscultation : écoute des bruits du cœur et des poumons avec un stéthoscope ; * La percussion : test des réflexes : évaluation neurologique ;   Il peut pratiquer un certain nombre d'examens complémentaires (par exemple un électrocardiogramme) ou bien prescrire un examen dans un laboratoire (prélèvement de tissus, prise de [sang)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sang) ou un cabinet de radiologie. À partir de ce diagnostic, le médecin peut faire une prescription, qui peut être médicamenteuse, l'orientation vers un spécialiste, séances de kinésithérapie, soins infirmiers...  Il peut également effectuer lui-même des soins (injection, suture, pansement).  Il peut également collaborer aux secours publics soit spontanément ou par obligation |

|  |  |
| --- | --- |
|  | légale.  Il a un rôle médico-légal : il peut délivrer des certificats permettant des activités sportives (certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport), pouvant servir de base à une action en justice (constatation de préjudice physique ouvrant droit indemnisation), pouvant déboucher sur une hospitalisation sans consentement (hospitalisation à la demande d'un tiers, hospitalisation d'office) ; il délivre également les certificats de décès. |
| **Activités complémentaires** | Pratique le monitorage du centre de santé à partir des indicateurs de suivi  Participe aux activités de soins communautaires (promotion de la santé dans la communauté, etc.)  Supervise les activités du centre de santé et des postes de santé  Veille à l’élaboration des statistiques et appuie à l’établissement des rapports de suivi  Participe aux réunions mensuelles ou autre (CTPS)  Gère les ressources humaines du centre de santé (micro planification) |
| **Savoir faire** | *Relationnelles (et managériales le cas échéant)*  Ecoute, empathie, capacités de dialogue et de communication avec leurs patients...  Connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier, etc.)  Capacité à aborder de nombreux sujets, avec toutes les générations  Secret professionnel  Pédagogie, compréhension et tact  Sang-froid  *Techniques*  Maîtrise de l’anatomie (doit posséder un savoir très large, des connaissances médicales très étendues pour dépister les affections de ses patients. Grippe, entorse ou pathologie plus lourde : il a pour vocation de tout soigner. De plus, comme tous les médecins, il est « étudiant » toute sa vie car il doit se tenir au courant des évolutions de la médecine.  Respectueux des bonnes pratiques  Suivi et stabilité sur la durée (suivi longitudinal des patients)  *Organisationnelles*  Une endurance à toute épreuve (outre ses compétences médicales, le médecin généraliste doit faire face à des pathologies en tout genre, équilibre personnel et sens de l'observation sont des qualités indispensables |
| **Diplôme requis** | Titulaire d'un Diplôme d’Etudes Supérieures en médecine |
| **Connaissances requises** | Connaissances approfondies en soins  Connaissances approfondies en santé publique, pharmacologie, médicales et/ou scientifiques, hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales, éducation pour la santé, communication et relation d’aide, Psychologie générale, Risques et vigilances, technologies de l’information et de la communication, santé communautaire |
| **Relations professionnelles** | Avec l’équipe cadre de santé pour le travail en collaboration et l’organisation des activités, les médecins pour transmission des informations concernant l’état de santé des patients ; fait le lien entre les autorités de la commune et les autorités administratives |
| **Passerelles** |  |

* + 1. Référentiel emploi de l’infirmier en centre de santé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Appellation de l’emploi** |  | **Infirmier en soins généraux (autres appellations : Infirmier Diplômé d’Etat, Aide de santé, technicien supérieur de santé publique)** |
| **Missions** | ▪  ▪ | Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé du patient.  Contribuer à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. |
|  | ▪ | Intervenir dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, dans des formations sanitaires (éventuellement à domicile), de manière autonome et en collaboration. |
| **Activités principales** | ▪  ▪  ▪  ▪  ▪  ▪ | Réaliser les soins infirmiers de base et polyvalents, sur prescription médicale ou en présence du médecin et en cas d’extrême urgence sur la base de protocoles d’urgence écrits ;  Etablir le projet de soins et un plan de traitement du patient en lien avec le médecin du centre et organiser les activités du projet de soins ; Participer à la surveillance clinique des malades ;  Favoriser le maintien, l’insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle ;  Tenir et mettre à jour le dossier soins du patient et veiller à son archivage ; Contrôler la disponibilité, le bon fonctionnement et gérer les stocks de produits pharmaceutiques, de matériels (saisie, suivi, contrôle, relance commandes) |
|  | ▪ | Veiller à l’hygiène, à l’entretien et au rangement du matériel ; |
|  | ▪ | Participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective ; |
|  | ▪ | Accueillir, encadrer et accompagner pédagogiquement les étudiants et les stagiaires. |
|  | ▪ | Identifier, recenser des besoins et des attentes des patients, spécifiques à son domaine |
|  | ▪ | Réaliser des études, de travaux de synthèse, relatifs à son domaine d'activité |
| **Activités complémentaires** | ▪  ▪  ▪ | Pratiquer des accouchements simples en l’absence de la sage-femme,  Participer ou réaliser la maintenance de la chaine du froid,  Gérer le personnel de santé en lien avec le chef de centre de santé, |
|  | ▪ | Participer à la gestion financière du centre de santé avec le chef de centre, |
|  | ▪ | L’infirmier participe au monitorage, à la supervision des postes de santé et des agents communautaires, |
| **Savoir faire** | ▪  ▪  ▪ | Conduire un entretien d'aide  Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes  Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes |
|  | ▪ | Éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins |
|  | ▪ | Identifier / analyser des situations d'urgence spécifiques a son domaine de compétence et définir les actions |
| **Diplôme requis** | ▪ | Diplôme d’Etat d’Infirmier |
| **Connaissances requises** | ▪  ▪ | **Connaissances approfondies en soins infirmiers**  **Connaissances opérationnelles** en santé publique, pharmacologie, médicales et/ou scientifiques, hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales, éducation pour la santé, communication et relation d’aide, santé communautaire |
|  | ▪ | **Connaissances générales en** Psychologie générale, Risques et vigilances, technologies de l’information et de la communication |
| **Relations professionnelles** | Avec l’équipe cadre de santé pour le travail en collaboration et l’organisation des activités, les médecins pour transmission des informations concernant l’état de santé des patients | |

* + 1. Référentiel emploi de la sage-femme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Appellation de l’emploi** | **Sage-femme** | |
| **Missions** | **En application des objectifs de santé publique, prendre en charge l’ensemble du processus de la naissance :**  ▪ Accompagner la femme ou le couple avant, pendant et après la naissance, diagnostiquer et pratiquer le suivi de la grossesse et de l'accouchement,  ▪ Prendre en charge le nouveau-né et les soins postnataux, tant sur le plan médical, que psychologique et social. | |
| **Activités principales** | **Accueil et suivi**  ▪ Accueillir les couples et les parturientes pour en identifier la situation clinique et  les orienter (entretien/examen, recueil d’information, consultations prénatales,  …)  ▪ Préparer et accompagner le couple à la naissance (séances de préparation à l’accouchement, …)  **Activités techniques**  ▪ Poser le diagnostic pour suivre et surveiller la grossesse et l’accouchement ▪ Repérer les risques selon la procédure définie dans le service,  ▪ Signaler au gynéco-obstétricien ou au chirurgien les grossesses à risque qu’elle a repéré (pour suite à donner : césarienne, etc.),  ▪ Préparer les actes de soins nécessaires au bon déroulement de l’accouchement et de la prise en charge du nouveau-né (déclaration, premiers soins, identification)  ▪ Pratiquer l’accouchement en autonomie ou avec le médecin si l’accouchement est simple,  **Suivi du nouveau-né et de la mère**  ▪ S’assurer de la bonne santé du nouveau-né et contrôler ses réflexes  ▪ Fait la promotion de l’allaitement maternel exclusif  ▪ Prodiguer les soins nécessaires au rétablissement de la mère durant les jours qui suivent l’accouchement (la sage-femme peut aussi se déplacer au domicile de la mère),  ▪ Assurer les séances de rééducation post natale quelques semaines après l’accouchement  **Activités de suivi auprès des femmes**  ▪ Peut pratiquer les vaccinations prévues par la réglementation  ▪ Assurer un suivi gynécologique de prévention  ▪ Prescrire la contraception féminine  **Contribution au fonctionnement du service** | |
|  | ▪ | Accompagner les stagiaires dans leur formation pratique et apporter une appréciation des acquis |
|  | ▪ | Renseigner et contrôler les fichiers sur l’identification et la déclaration du nouveau-né et de la mère |
|  | ▪ | Suivre la consommation des stocks de produits et de matériel pour éviter les ruptures |
|  | ▪ | Mettre en œuvre régulièrement les précautions standards en milieu hospitalier, et prévenir les infections liées aux soins (hygiène) |
| **Activités complémentaires** | ▪  ▪  ▪  ▪ | Organiser et animer des actions de prévention et d’éducation à la santé de la mère et du couple, en application des objectifs de santé publique Mettre en application le programme de lutte contre le VIH et les IST  Participe au monitorage du centre de santé  A des activités de soins communautaires (réunion de sensibilisation de la communauté, etc.) |
|  | ▪ | Participe aux activités du centre de dépistage et de vaccinations (CDV), aux activités de nutrition et diététique |
| **Savoir faire** | ▪  ▪  ▪  ▪  ▪ | Avoir un excellent sens relationnel  Savoir établir une relation de confiance avec la femme, le couple et le bébé  Conseiller, écouter et rassurer la patiente et son entourage  Identifier les informations à communiquer en respectant le secret professionnel, les droits des patients et les protocoles thérapeutiques  Analyser, synthétiser les informations utiles à la prise en charge et à la continuité des soins |
|  | ▪ | Evaluer le degré de douleur des patientes et prendre/ ou préconiser les mesures nécessaires |
|  | ▪ | Identifier rapidement les situations d’urgence et définir les actions à entreprendre |
|  | ▪ | Organiser et adapter ses activités ainsi que son rythme, en fonction des flux du service et des besoins des patientes. |
| **Diplôme requis** | ▪ Diplôme d’Etat de sage-femme | |
| **Connaissances requises** | ▪ **Connaissances approfondies en soins pour les femmes et les nouveau-nés**  ▪ **Connaissances opérationnelles** en santé publique, pharmacologie, médicales et/ou scientifiques, hygiène hospitalière et prévention des infections  nosocomiales, éducation pour la santé, communication et relation d’aide, santé communautaire  ▪ **Connaissances générales en** Psychologie générale, Risques et vigilances, technologies de l’information et de la communication | |
| **Relations professionnelles** | Avec l’équipe cadre de santé pour le travail en collaboration et l’organisation des activités, les médecins pour transmission des informations concernant l’état de santé des patientes et des nouveau-nés | |

* + 1. Référentiel emploi de l’agent technique de santé en centre de santé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Appellation de l’emploi** |  | **Agent technique de santé** |
| **Missions** | ▪ | Dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne |
|  | ▪ | Intervenir dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, dans des structures (éventuellement à domicile), de manière autonome et en collaboration |
| **Activités principales** | ▪  ▪  ▪  ▪ | Accompagnement du patient et/ou du résident et/ou de son entourage (séjour, retour au domicile, placement, etc.)  Accueil, information et orientation des personnes (patients, usagers, familles, nouveaux personnels, stagiaires etc.) Aide l'infirmier à la réalisation de soins  Entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits |
|  | ▪ | Entretien, nettoyage et rangement des matériels, appareillages et dispositifs médicaux |
|  | ▪ | Réalisation de soins de confort et de bien-être |
|  | ▪ | Transmission de ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins |
| **Activités complémentaires** | ▪ | participe au monitorage, à la supervision des postes de santé et des agents communautaires, |
| **Savoir faire** | ▪  ▪  ▪  ▪  ▪  ▪ | Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence  Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et/ou la personne accueillie et / ou son entourage  Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage  Évaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes  Organiser son travail au sein d'une équipe pluri professionnelle |
|  | ▪ | Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne |
|  | ▪ | Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins |
|  | ▪ | Restaurer / maintenir l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne |
|  | ▪ | Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux |
| **Diplôme ou niveau de qualification requis** | Diplôme d’Etat d’agent technique de santé (formation de 3 ans) | |
| **Connaissances requises** | Connaissances générales en :  Bio-nettoyage et hygiène des locaux  Communication et relation d’aide  Hygiène hospitalière  Médicales générales  Soins  stérilisation | |
| **Relations professionnelles** | Avec les infirmiers et sages-femmes pour le travail en collaboration, les cadres de santé pour l’organisation des activités, les médecins pour transmission des informations concernant l’état de santé des patients | |
| **Passerelles** |  | |

**9.3. Fiche Technique de l’Atelier du 20 avril au centre de perfectionnement administratif du MFPREMA à Conakry**

* + - 1. **Titre de l’atelier :**

Les enjeux nationaux et internationaux de la gestion des ressources humaines en santé pour améliorer les performances du système de santé

* + - 1. **Contexte :**

Le gouvernement de la Guinée a participé en 2013 au troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé et a pris plusieurs engagements à atteindre en 2017, pour accélérer les progrès en vue d’une couverture universelle de santé pour sa population. L’OMS est actuellement en phase d’évaluation de ces engagements.

La Guinée a dû affronter une crise sans précédent avec la maladie à virus Ebola et les actions en vue de remplir les engagements pris auprès de l’OMS ont été retardées ; Maintenant que la phase aigüe de l’épidémie semble stabilisée, il est temps de mener une réflexion sur les enjeux que représentent les ressources humaines pour la santé et l’amélioration de leur gestion, pour éviter que de tels épisodes ne se reproduisent.

La GRH est actuellement une fonction en pleine évolution, pour participer et renforcer au mieux l’activité des organisations. La gestion des ressources humaines pour la santé n’échappe pas à cette évolution afin de développer les compétences en vue d’améliorer les performances du système de santé. Attachée et limitée auparavant à la gestion administrative du personnel, la GRH évolue vers la maitrise de nouvelles pratiques managériales de nature à mobiliser les ressources humaines et développer leur potentiel de travail. A part quelques sociétés pionnières, qui aurait pensé voici 30 ans que le bien-être au travail des salariés serait devenu un sujet prioritaire pour un DRH ?

La fonction de GRH regroupe tous ceux qui, à un titre ou un autre, sont responsables d'une des composantes du facteur humain dans l’administration publique. Il s'agit donc d'une fonction partagée entre différents acteurs. Cet atelier se propose de discuter des enjeux que représentent une meilleure gestion des ressources humaines afin d’obtenir une vision commune les évolutions inéluctables qui sont à prévoir, entre le ministère de la santé, chargé de mettre en place la nouvelle politique de santé et le ministère de la fonction publique, de la réforme de l’Etat et de la modernisation de l’administration.

1. **Objectifs de l’atelier**

Compte tenu des objectifs du plan de relance et de résilience du système de santé 2015-

2017, les objectifs de l’atelier sont les suivants :

* + **Partager une vision commune entre les Ministères de la santé et de la fonction publique, de la réforme de l’Etat et de la modernisation de l’administration** sur la gestion des ressources humaines pour la santé,
  + **Discuter d’une gouvernance** à mettre en place pour répondre aux engagements du gouvernement de la Guinée au forum mondial sur les ressources humaines pour la santé et aux orientations de la politique de santé du Ministère de la santé ;
  + **Définir les actions et outils pour la mise en place de la gestion des ressources humaines en santé**.

1. **Participants :** 
   * 10 Responsables de haut niveau du Ministère de la fonction publique, de la réforme de l’Etat et de la modernisation de l’administration ;
   * 10 responsables de haut niveau du Ministère de la santé impliqués dans la mise en place du Plan de relance et de résilience du système de santé ;
2. **Programme de l’atelier :**

* **8h30 :** Accueil des participants

* **8h45- 9h15 :** Ouverture de l’atelier par **Monsieur le Ministre de la santé,** **Monsieur le Ministre de la fonction publique, de la réforme de l’état et de la modernisation de l’administration et Monsieur le Ministre de l’Emploi et de l’Enseignement Professionnel**

* **9h15 – 9h30 :** De l’administration du personnel à la Gestion des Ressources Humaines en santé

**Dr Faza, DRH -Ministère de la santé**

**Guillemette Majesté, consultant en GRH, PASA**

* **9h30- 9h45 :** Echanges avec les participants

* **9H45 -10H15 :** Etat des lieux et engagements de l’Etat en matière de ressources humaines pour la santé en Guinée –

**Dr Faza, DRH -Ministère de la santé**

**Guillemette Majesté, consultant en GRH, PASA**

* **10h15- 10h30 :** Echanges avec les participants

* **10h30-10h45 :** Pause-café

* **10h45-11h00 :** Connaître les compétences des ressources humaines disponibles pour décider et organiser des réponses appropriées

**Dr Doukouré, Intrahealth / PASA**

* **11h00- 11h15 :** Échanges avec les participants

* **11H15- 11H30** : Une expérience de gestion de proximité des ressources humaines à Timbitouni-

**Dr Sattar, Huguette Diakabana, Ehealth**

* **11H30- 12H00** : échanges avec les participants

* **12H00-13H00** : Pause déjeuner

* **13H- 13H15 : Présentation des travaux de groupe** : Les participants se diviseront en 3 groupes qui devront répondre chacun aux questions suivantes :

 **Question 1** : quels sont les domaines d’activité actuellement de la GRH ?

**Animateur :** Dr FASA-PASA **Question 2** : Quel est le meilleur niveau décisionnel pour une GRH efficace ?

**Animateur** : EHeath **Question 3** : Quels outils pour répartir et mobiliser les RHS ?

**Animateur** : Intrahealth

* **13h15- 15h30 :** Travaux des groupes

* **15h30- 16h00 :** Restitution des travaux des groupes par les rapporteurs de chaque groupe

* **16h00- 16h15 :** Conclusions et recommandations issues des travaux-

**Dr Faza DRH Ministère de la santé**

**Guillemette Majesté PASA**  **16h15- 16h30 :** Clôture des travaux et de l’atelier

**Dr Fangamou,** Régisseur du Programme d’Appui au Secteur de la Santé (PASA),

Ministère de la santé

**9.4. Fiche action : La planification des ressources humaines en santé**

La planification des RHS est indispensable pour :

* + - Appuyer le Ministère de la Santé et les services de la DRH en particulier à disposer d’une information fiable concernant les ressources humaines de la santé, à concevoir et élaborer des indicateurs et tableaux de bord au niveau macro-économique et stratégique, permettant ainsi la prise de décision et la défense des budgets au niveau gouvernemental, en matière de gestion des ressources humaines.
    - Appuyer les services de la DRH à mieux connaître les besoins quantitatifs et qualitatifs en RH de la santé, à analyser les flux en formation et en recrutement et à appréhender les priorités afin de préparer les ressources humaines à réaliser les orientations et les objectifs de la santé.
    - Partenaires impliqués au Ministère de la santé : les deux directions chargées de la stratégie de santé et de la gestion des ressources humaines

1. **Les objectifs**

Les objectifs de la planification des ressources humaines sont les suivants :

* + Mesurer les écarts entre les moyens en personnels existants et les moyens nécessaires à un fonctionnement optimum au regard de la performance des personnels, de la qualité des prestations et des objectifs gouvernementaux de couverture sanitaire de la population ;
  + Pour un effectif de personnel donné, objectiver la mesure des inégalités dans la répartition de ces effectifs.

1. **Comment procéder ?**
2. identifier les processus de gestion et de planification des ressources humaines en santé et les difficultés rencontrées (notamment processus de recrutement, d’affectation, de gestion des RHS, formation initiale et continue, satisfaction de la population) par des entretiens ou des rencontres de groupe avec les acteurs clefs (DRH du MS, directions finances du MS, directions régionales de la santé, RHS en poste dans les structures de santé, unions professionnelles de médecins du secteur privé, directeurs de structures sanitaires, etc.).
3. Déterminer les critères à retenir pour constituer l’outil de planification sanitaire. Ces critères doivent être objectifs ; La planification est une gestion des effectifs de RHS basée sur des faits, sur des « évidences ». Ils sont constitués par :
   1. Des bases règlementaires de la gestion des RHS ; par exemple : la réglementation sur le temps de travail, les dispositions réglementaires concernant les gardes et astreintes, les données de population par structure sanitaire définies par la carte sanitaire ; Ces critères sont obtenus à partir d’une revue de la littérature ou à partir des informations fournies au cours des entretiens.
   2. De données d’activités et/ou de charge de travail par catégorie de RHS (médecin, infirmier, …) et de structure sanitaire (centre de santé, hôpital local, régional, …). Ces données sont obtenues par enquête auprès des établissements.

1. constituer les indicateurs d’activité des RHS dans les formations sanitaires (nombre de consultation par jour et par RHS, nombre de patients par médecin et par an, taux d’occupation des lits, nombre d’accouchements par sage-femme et par an, …) ; Ces objectifs de service sont obtenus suite à l’analyse de l’enquête auprès des établissements ou à partir des données disponibles grâce au Système d’Information Sanitaire.
2. Calculer l’effectif cible de RHS nécessaires pour réaliser les différentes activités relevant des centres de santé et des hôpitaux. Cet effectif cible est obtenu à partir de normes internationales en matière de RHS, et/ou à partir des moyennes d’activité pour les RHS, ou à partir du nombre d’actes réalisable par un RHS pendant sa durée de présence au travail, selon la méthode la plus acceptable pour le MS et en fonction des données disponibles.
3. mesurer les écarts entre la situation actuelle dans les structures de santé avec l’effectif cible.

**III. Exemple de production finale**

Cet exemple est issu d’un travail réalisé avec le Ministère de la santé du Maroc en 2014-2015, utilisant ces principes.

**Exemple d’Effectifs cibles pour les centres de santé au Maroc, calculé à partir du temps de travail réglementaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de centres** | **Professionnel concerné** | **Variables** | **Effectif cible** |
| **Dispensaire rural** | **Infirmier** |  | **1 ETP infirmier** |
| **Centre de santé rural et centre de santé urbain sans accouchement** | Médecin présent de jour (8h30-16h30 du lundi au  vendredi) | Consultations médicales : 70 % de son temps ; activités communautaires (activités effectuées en dehors du centre) et administratives : 30% de son temps ; seuil à tester de 30 consultations par médecin par jour calculé en moyenne annuelle | **1 ETP médecin pour 7000 habitants avec ajustement sur le nombre de consultations réalisées par jour et par médecin** |
| Effectif infirmier présent de jour (8h30-16h30 du lundi au  vendredi) | Accueil, consultations curatives, soins infirmiers, distribution des médicaments, programmes de santé  (maladies chroniques, lutte anti-tuberculose, planification familiale, vaccination, prise en charge intégrée des enfants, dépistage des cancers de la femme, suivi pré et post natal, santé scolaire) activités communautaires représentant 30% de l'activité de l'infirmier | **2,6 ETP pour 7000 habitants en centre de santé rural, avec agrégation par**  **circonscription sanitaire**  **2,6 ETP par médecin en centre de santé urbain calculé en fonction de la charge de travail** |
| **Type de centres** | **Professionnel concerné** | **Variables** | **Effectif cible** |
| **CSR et CSU de 2d niveau avec module accouchement** | Médecin présent de jour (8h30-16h30 du lundi au  vendredi) | Consultations médicales : 70 % de son temps ; activités communautaires effectuées en dehors du centre et administratives : 30% de son temps ; seuil à tester de 30 consultations par médecin par jour calculé en moyenne  annuelle | **1 ETP médecin pour 7000 habitants avec ajustement sur le nombre de consultations réalisées par jour et par médecin** |
| Effectif infirmier présent de jour (8h30-16h30 du lundi au  vendredi) | Accueil, consultations curatives, soins infirmiers, distribution des médicaments, programmes de santé  (maladies chroniques, lutte anti-tuberculose, planification familiale, vaccination, prise en charge intégrée des enfants, dépistage des cancers de la femme, suivi pré et post natal, santé scolaire) activités communautaires représentant 30% de l'activité de l'infirmier | **2,6 ETP pour 7000 habitants en centre de santé rural, avec agrégation par**  **circonscription sanitaire**  **2,6 ETP par médecin en centre de santé urbain** |
| Sage-femme | Sages-femmes assurent les soins obstétriques de jour et  en astreinte | **2 sages-femmes ETP avec un seuil à 200 accouchements par sages-femmes par an. L’effectif est d’un ETP de sagefemme supplémentaire par tranche de 200 accouchements supplémentaires.** |
| **Centre de santé de 2d niveau avec**  **UMP et module d'accouchement** | Présence de jour (8H30-  16H30 du lundi au vendredi) et Permanence d'un médecin et d'un infirmier 24H/24 pour  l'UMP | Les médecins et les agents paramédicaux assurent les activités courantes du centre et l'activité d'UMP | **Déduction faite de l'effectif médical d'un centre sans UMP**  **5 ETP de médecin en 12/36 et 5 ETP d’infirmier en 12/36 avec ajustement sur le nombre de passages annuels au service des urgences avec seuil de 16500 passages annuels. Si > 5ETP médecins et 5 ETP infirmiers supplémentaires** |
| Sage-femme | Sages-femmes assurent les soins obstétriques de jour et  en astreinte | **2 sages-femmes ETP avec un seuil à 200 accouchements par sages-femmes par an. L’effectif est d’un ETP de sagefemme supplémentaire par tranche de 200 accouchements supplémentaires.** |

Légende :

***ETP : Equivalent temps Plein : temps de travail annuel d'un agent présent 1600h de travail effectif pendant 220 jours/an***

*(Cf. réglementation du temps de travail et modalités d'organisation des horaires de travail au Maroc)*

**Effectif médical dans les centres de santé ruraux de la province d’Ifrane comparé à l’effectif cible obtenu par le tableau ci-dessus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Circonscription sanitaire** | **Centre de santé ruraux** | **Effectif réel au 31.12.2014** | **Effectif cible** |
| Ain leuh | SIDI EL MAKHFI | 1 | 1,50 |
| Ain leuh | AIN-LEUH | 1 | 2,42 |
| Dayt aoua | DAYAT AOUA | 1 | 1,19 |
| Irklawne | A. YAHIA OU ALLA | 1 | 1,02 |
| Oued ifrane | OUED IFRANE | 1 | 0,87 |
| Timhdite | TIMAHDITE | 1 | 1,50 |
| Tizguit | Z. SIDI ABDESLAM | 1 | 0,55 |
|  | **TOTAL** | **7** | **9,06** |

**Exemple d’analyse pour l’autorité sanitaire régionale**

*Légende :*

*-------*

*nombre*

*maximum de consultations de 10 minutes que peut réaliser un médecin dans*

45

73

36

31

26

45

17

0

10

20

30

40

50

60

70

80

CSR SIDI EL

MAKHFI

CSR AIN-LEUH

CSR DAYAT

AOUA

CSR A. YAHIA

OU ALLA

CSR OUED

IFRANE

CSR

TIMAHDITE

CSR Z. SIDI

ABDESLAM

Ain leuh

Dayt aoua

Irklawne

Oued ifrane

Timhdite

Tizguit

Nbre de consultations par jour

et par médecin

circonscriptions sanitaires rurales de la province d'Ifrane

Nombre moyen de consultations par jour et par médecin dans

les centres de santé ruraux de la province d'Ifrane

*son temps de travail journalier, soit 30 consultations par médecin par jour.*

**Clef d’analyse et pistes d’actions pour la DRS :**

* Observation des écarts entre le nombre de consultation par médecin et par jour des différents centres de santé de la circonscription
* Vérification de la saisie des données auprès des centres de santé
* Vérification par visites inopinées dans les centres de santé « atypiques », soit ayant des écarts très élevés avec l’objectif national de consultation par jour et par médecin,
* Entretien avec le médecin chef de la direction régionale de la santé et la direction des centres de santé « atypiques » sur les motifs de la sous activité ou de la sur activité,
* Fixation d’un objectif contractuel avec le médecin chef et la direction du centre pour augmenter la productivité des médecins dans les centres de santé par exemple en recherchant les moyens d’augmenter l’attractivité du centre pour la population couverte par le centre de santé,
* Fixation d’un objectif contractuel avec le médecin chef et la direction du centre pour diminuer la suractivité des médecins, le dépassement du seuil de 30 consultations par jour et par médecin étant le signe d’une moindre qualité des soins, le temps d’une consultation étant de 10 minutes minimum,
* Etude sur la possibilité d’un redéploiement des médecins des centres ayant une productivité faible sur les centres ayant une sur activité,  Etc.

**Conseils:**

La démarche de détermination de normes d'effectifs ne peut aboutir que si elle est bien ancrée dans la réalité. Trois conditions doivent à cet égard être respectées :

* Elle doit être acceptable pour les différentes parties prenantes, en particulier, les professionnels de santé et notamment les médecins. Elles doivent y trouver un intérêt à la fois professionnel et personnel ;
* Elle doit également être jugée budgétairement acceptable par les autorités gouvernementales ;
* Elle doit s'intégrer à un plan d'actions plus global de réforme du management et de la gestion des services sanitaires. Il est en particulier d'une grande importance que la détermination des effectifs cible soit perçue comme un outil de progrès dans la performance globale du système. Pour cela, il faut que dans sa conception, le système de norme soit au service d'une meilleure répartition des moyens, mais aussi un levier d'amélioration de la performance des établissements de soins de santé.

Dans une perspective de déconcentration et de la régionalisation de la gestion des ressources humaines, il faut d’une part, outiller les établissements et les Directions régionales de santé dans la planification des besoins en effectifs de la santé et d’autre part, soutenir le niveau central sur les façons possibles de traiter ces informations de manière à ce qu’elles soient significatives et utiles au niveau stratégique.

* 1. **Liste des Personnes Rencontrees**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Fonction**  Chef de projet | **Organisme**  EHealth Africa | **Coordonnées** |
| Huguette  DIAKABANA | huguette.diakabana@gn.ehealthafrica.or g  +224 624 196 368 |
| Michel  ILBOUDO | Project manager Suivi et évaluation | eHealth Africa | michel.ilboudo@gn.ehealthafrica.org +224 624 196 800 |
| Amer  SATTAR | Country director Guinea | eHealth Africa | amer.sattar@ehealthafrica.org +224 624 205 833/ +224 654 000 202 |
| Dr Nirmal RAVI | Medical advisor | EHealth Africa | nirmal.ravi@ehealthafrica.org +224 625 250 567 |
| Dr Moustapha  GROVOGUI | Coordinateur National Projet d’amélioration des services de santé primaires (PASSP) | Ministère de la santé | drdrovogui@gmail.com +224 621 85 99 12 |
| Mamady  Alkaly  CHERIF | Chef de cabinet | Ministère de l’enseignement technique, de la formation professionnelle,  de l’emploi et du travail  (METFPET) | cherifmamadi@hahoo.fr +224 655 80 76 44 |
| Dr Abdoulaye  KABA | Directeur général Bureau de stratégie et de développement (BSD) | Ministère de la santé | Abkaba1@yahoo.fr +620 20 04 86 |
| Dr Aissatou  DIALLO | Directrice nationale adjointe de la santé familiale et de nutrition | Ministère de la santé | Diassat2005@yahoo.fr +224 657 01 18 04 |
| Dr Robert  CAMARA | Directeur national de la prévention et des soins communautaires | Ministère de la santé | Robertcam2005@yahoo.fr |
| Sana  SANAKABA | Directrice nationale de l’enseignement technique et professionnelle | Ministère de l’enseignement technique, de la formation professionnelle,  de l’emploi et du travail  (METFPET) |  |
| Karolina  LAGIEWKA | Chargée de programmes santé | Délégation de l’Union européenne en Guinée | karolina.lagiewka@eeas.europa.eu |
| Dr Mohamed FAZA DIALLO | Chef de service formation et  perfectionnement – 1er vice-président | DRH du MSHP    Conseil Préfectoral de  Développement de Boké | +224 664 318 355 +224 621 687 359 fazamohamedd@yahoo.fr  fazamohamedd@gmail.com |
| Bénédicte  BRUSSET | Chargée de mission | AFD | +224 666 21 81 05 brussteb@afd.fr |
| Dr Adama KABA | Directeur Régional de la Santé | Région de Nzérékoré | +224 664 568 636 |
| Dr Christophe  WOWO  HABIA | Chef de la section Planification | DRS Nzérékoré | +224 628 68 23 60 |
| Dr Mathieu LOUA | Chef de de section Prévention et lutte contre la maladie | DRS Nzérékoré | +224 620 45 82 87/ 664 90 08 14  mathieu\_loua@yahoo.com |
| Dr Adrien KISI  MUNDIETE | AT Expert principal Région de Nzérékoré | PASA Guinée | +224 624 395 567 adrienkisi@yahoo.fr |
| Adama KANE | AT Economiste de la santé- région de Nzérékoré | PASA Guinée | +224 624 98 22 98  kaneadasodama@gmail.com |
| Dr Kassié  FANGAMOU | Régisseur du  Programme d’Appui au Secteur de la Santé | Direction des Ressources Humaines- Ministère de la santé | +224 622 944638 +224 655 770725 fangamoukassie2@gmail.com |
| Billy | Conseiller Principal | Ministère de la Fonction | +224 622 14 07 58 |
| **Nom** | **Fonction** | **Organisme**  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | **Coordonnées** |
| Nankouman  DOUMBOUY  A | abillydouko@yahoo.fr |
| Toumany KEITA | Coordonnateur  MFPREMA auprès du  MSHP,  Membre du comité  interministériel pour  l’élaboration du  PSDRHS | Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | +224 622 48 54 59  Keitatoumany737@gmail.com |
| N'Fansou SYLLA | Responsable National  Suivi-Evaluation du Programme d'Appui  aux Communautés  Villageoises | MATD- Programme  d’appui aux communautés villageoises (PACV3) | Tél: 628 53 27 01 / 664 36 08 53 |
| Alhassane  Aminata  TOURE | Coordonnateur national | Programme d’appui aux  communautés villageoises (PACV3)- MATD- | kantousam@yahoo.fr  657 21 06 31 |
| Sékou TRAORE | Responsable technique | Equipe Régionale d’Appui (ERA) pour la région administrative de  Nzérékoré  PACV3)- MATD- | Sekoutraore1958@yahoo.fr 622 08 86 87 |
| Koen  GOEKINT | Manager Operations | Agence belge de Développement | Koen.goekint@btcctb.org + 32 475 47 44 39 |
| Anne VAN  MALDERGHE  M | Attachée | Service public fédéral Affaires étrangères, commerce extérieur et coopération au développement | Anne.vanmalderghem@diplobel.fed.be +32 2 501 44 37 |
| Koikoi  GUILAVOGUI | Directeur des stages | Institut public de santé communautaire de Nzérékoré | + 224 666 691 899 + 224 628 541 171 guilakoikoi@gmail.com |
| Michel  COUDRAY | Expert suivi-évaluation CT | PASA | mcoudray@wanadoo.fr |
| Dr Yéro-Boye  CAMARA | Directeur adjoint | Bureau des Stratégies et  Développement- MSPH | (224) 60 29 61 52/ (224) 65 98 16 34 yereboye@yahoo.fr |
| Dr Aly Badara  DOUKOURE | Consultant | Intrahealth | Abdouk06@gmail.com |
| Youssouf  FOFANA | Assistant administratif | PASA Nzérékoré | youssoufstyle@yahoo.fr |
| Leah Mc Manus | Program Officer | Intrahealth | lmcmanus@intrahealth.org |
| Laurent HEAU | Expert en renforcement de capacités de la société civile | PASOC Guinée | heau.laurent@wanadoo.fr 669 81 56 84 |
| Sékou Rouge CONDE | Directeur national du recrutement | Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | +224 622 34 78 09  sekourouge@gmail.com |
| Dr Karifa  MARA | Managerial Process for  National Health  Systems Advisor and  Health financing policy | Bureau de l’OMS | marak@who.int  kmara5@yahoo.fr |
| Marie CONDE | Sage-femme conseillère de l’UNFPA | DRH | +224 664 75 50 87 +224 628 06 17 20 mconde@unfpa.org |
| Dr Kotou KOIVOGUI | Gynéco-obstétricien | Hôpital préfectoral de Macenta | +224 628 73 38 53 |
| **Nom** | **Fonction** Conseiller Technique | **Organisme**  Ministère de l'Administration du Territoire et de la  Décentralisation | **Coordonnées** |
| Florentin  BRUANDET | +224 620 05 93 65  Florentin.bruandet@gmail.com |
| Jacqueline  BOMA  QNIVOGUI | ATS chargée de la consultation prénatale | CS de BOSSOU -  Préfecture de Lola |  |
| Koly  KALOVOGUI | Infirmier  Chef du centre de santé | CS de BOSSOU -  Préfecture de Lola | +224 628 68 27 88 |
| Dr Savane  Ibrahim KALIL | Médecin de médecine générale | Hôpital préfectoral de Lola | +224 664 39 17 02 |
| Fodé Bangaly  CONDE Ben | Inspecteur général | Ministère de l’Administration du Territoire et de la  Décentralisation | +224 666 92 38 68  fabouafils@gmail.com |
| Aliou Taibata DIALLO | Conseiller au Bureau  des stratégies et  Développement | Ministère de la Santé | +224 628 945845  alioutaibata@gmail.com |
| Mme Kadiatou KEITA | Directrice | Institut de perfectionnement du personnel de la santé (IPPS) - Conakry | + 224 664 35 32 06  (+224) 60 68 89 25 |
| M. Alhassane  SOW | Directeur des études | Institut de perfectionnement du personnel de la santé (IPPS) - Conakry | 628 87 07 24  alhassanesow88@yahoo.fr |
| Aissata  Joseph  SOUMAH | Programme d’Appui au secteur de la Santé-  PASA | Comptable du PASA | +224 664 237 916  aissatajosaphsoumah@yahoo.fr |
| Mamoudou CONDE | Inspecteur, assistant technique de Fodé Bangaly CONDE Ben | Ministère de l’Administration du Territoire et de la  Décentralisation | faboualis@gmail.com condemamoudgalle@yahoo.fr |
| Laidou  KAMISSOKO | DRH | Ministère de l’Enseignement Technique et  Professionnel | +224 628 38 58 55 |
| Laurence CODJIAL | Chargée de mission | Alliance Mondiale pour le  Personnel de santé-  OMS  Accompagnement postEbola | codjial@who.int |
| Jürgen René BLUM | Spécialiste du secteur public, équipe de la gouvernance et du secteur public | Banque Mondiale,  Programme de Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration (PREMA) -Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | jblum@worldbank.org |
| Sako  OUSMANE | Expert | Programme de Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration (PREMA) Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de  l’Administration | +224 623 47 84 39  Ousmanesako2014@gmail.com |
| **Nom** | **Fonction** Coordinateur Général | **Organisme**  Programme de Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration (PREMA) Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | **Coordonnées** |
| Amara CAMARA | +224 657 63 06  Amaracamara047@hotmail.com |
| Elhadj  Mohamed  DIANE | Chef de division-  Division de Ressources  Humaines | Ministère de  L’Enseignement préuniversitaire et de  l’Alphabétisation  5MEPUA) | +224 601/657 26 25 09 mohdiane@yahoo.fr |
| Jerry  MANDEN | Directeur | Ecole de santé Ellen  Johnson Sirleaf- Zérékoré | +224 65786 46 72 +224 662 11 00 63 esicon@yahoo.com esicon.nursing.ed |
| Eugène  Falikou  YOMALO | Inspecteur Général de l’administration | Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | +224 628 53 53 53 eugenefaly08@gmail.com |
| Yamoussa  Nana  CAMARA | Juriste  Directeur National Adjoint- Direction nationale de la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences | Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de  l’Administration | +224 631 52 27 77  yamoussnana@gmail.com |
| Laidou  KAMISSOKO | DRH | Ministère de  l’enseignement technique professionnel | +224 628 38 58 55 |
| Kourouma  Ibraiima  KALIL | Modernissation système d’information et de gestion des RH | MFPREMA  Ministère de la Fonction  Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration | +224 657 02 21 71  ikurouma@guitex.com |
| Dr Falli  KOULOUA | Médecin chargé de la prévention et de la lutte contre la maladie | DPS de Lola | + 224 622 931 345 |
| Molou LANAH | Médecin chargé de la logistique et de la statistique | DPS de Lola |  |
| Dr Amara NANA  CAMARA | Médecin de santé publique  Directeur préfectoral de santé | DPS de Lola | + 224 622602 993 + 224 657 379 302  amaranana@yahoo.fr |
| Dr Mathieu  KOUROUMA | Chef d’établissement | Ecole de soins de santé communautaire Nzérékoré | +224 664 32 22 61  +224 628 16 26 87 |
| Mamady DIOUBATE | Directeur des études | Ecole privée Ellen Johnson Sirleaf | + 224 657 81 12 16 + 224 622 51 22 39 mamadydioubate@gmail.com |
| Alexander A. ADJEI | English department | Ecole privée Ellen Johnson Sirleaf | + 224 628 348 025  + 224 660 50 40 49  Adjeibwain2003@yahoo.com |
| Félix  HEBELAMOU | Chargé des stages | Ecole privée Ellen Johnson Sirleaf | + 224 657 404 916  + 224 623 316 051 |
| Jessica  GOTTLIEB | Assistant Professeurr Expert en évaluation pour la Banque mondiale | The Bush School Texas University | +1 979 458 8018  jgottlieb@tamu.edu |

* 1. **Liste des Documents Consultés** 
     + Recueil des textes juridiques régissant la gestion des ressources humaines et des organes de régulation dans le secteur de la santé en république de Guinée- MSPH- République de Guinée- janvier 2010
     + Elaboration et mise en œuvre d’un plan de développement local- guide méthodologique 2eme génération- Direction Nationale du développement local- MATD- mai 2014
     + Description des postes de travail- Hôpital régional de Mamou- MSP- République de Guinée – mai 2003
     + Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 - Planification stratégique - Royal Tropical Institute, AMPS, OMS Décembre 2014
     + Etude définissant les modalités techniques de rattachement auprès des Communes de Kindia des agents des centres et postes de santé et des écoles primaires - Ministère de l’Administration du Territoire et de la Décentralisation- Programme d’appui aux communautés villageoise (PACV2) - Conakry décembre 2014
     + Stratégie en matière de renforcement des compétences et de formation- Ministère de l’administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) - République de Guinée - Décembre 2014
     + Guide pratique d’élaboration d’un plan de renforcement de capacités pour les collectivités locales - Programme d’assistance auprès du Ministère de l’administration du territoire et de la décentralisation (MATD) -Version 3 - Novembre 2014
     + Etude sur l’actualisation de la carte sanitaire en intégrant le secteur privé- Cellule d’appui au programme national de développement sanitaire- Ministère de la santé publique- République de Guinée - 2006
     + Manuel simplifié de gestion administrative du Ministère de la santé et de l’hygiène publique- Ministère de la santé et de l’hygiène publique - juillet 2010
     + Etude sur l’état des lieux des 119 collectivités locales des régions administratives de Labé et de Nzérékoré- rapport d’étape - Programme d’Appui à la Consolidation du Processus de la Décentralisation (PACPD)- République de Guinée - Ministère de L’administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) - Délégation de l’Union Européenne en Guinée - Conakry, décembre 2012
     + Plan stratégique de développement des ressources humaines en santé- Ministère de la santé et de l’hygiène publique- Division des ressources humaines – Conakry - février 2013
     + Outil d’analyse des parties prenantes du comité multisectoriel des ressources humaines pour la santé- Alliance Mondiale Pour le Personnels de la Santé (AMPS) - Octobre 2011
     + Analyse de situation des ressources humaines pour la santé- rapport provisoire - Ministère de la santé et de l’hygiène publique- Avril 2012

1. L’IPPS est également du ressort du MEEP et la réflexion concernerait aussi cet institut [↑](#footnote-ref-1)
2. Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 - Planification stratégique - Royal Tropical Institute, AMPS, OMS Décembre 2014

   [↑](#footnote-ref-2)