**POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (RHS)**

# PREFACE

# INTRODUCTION

L’Etat de santé de la population guinéenne se caractérise par un taux brut de mortalité national estimé à 11,2‰[[1]](#footnote-1), une mortalité maternelle encore élevée (550 pour 100 000 naissances vivantes[[2]](#footnote-2)). Il en est de même de la mortalité néonatale (32‰[[3]](#footnote-3)) et infanto-juvénile (111 ‰[[4]](#footnote-4)).

Cette situation est en lien étroit avec le niveau de pauvreté (55% de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté[[5]](#footnote-5)) et d’autres facteurs. En effet, la pauvreté monétaire et éducationnelle, implique :

* de mauvaises conditions d’hygiène et d’assainissement dans les ménages et les communautés, provoquant des maladies transmissibles (TB, VIH, paludisme, méningite, etc.),
* de mauvaises habitudes alimentaires et nutritionnelles, entrainant des maladies nutritionnelles, notamment chez les enfants et les femmes enceintes,
* de comportements défavorables à la santé, induisant à la fois des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles (diabètes, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.).

Les statistiques suivantes témoignent de ce qui précède :

* Le VIH/SIDA, avec une prévalence stable de 1,7% chez les personnes âgées de 15-49 ans[[6]](#footnote-6), demeure un problème de santé publique. Bien que ce taux soit inférieur à la moyenne des pays francophones de l'Afrique subsaharienne (2%)[[7]](#footnote-7), il montre que la Guinée est en phase d’épidémie généralisée. En 2017, le VIH/SIDA représentait 8% des consultations dans les formations sanitaires en Guinée[[8]](#footnote-8). Le paludisme, malgré la forte réduction de sa fréquence (prévalence à 15%[[9]](#footnote-9)), est encore la première cause de consultation dans les formations sanitaires et 36% des décès hospitaliers sont dus au paludisme grave[[10]](#footnote-10). La prévalence de la tuberculose, avec 178 de TPM+ pour 100.000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA. A ceci s’ajoutent 15% d’épisode diarrhéique chez les enfants de moins de 5 ans[[11]](#footnote-11).
* La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans, une mesure de l'état nutritionnel global de la population, est de 30%[[12]](#footnote-12).
* Les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. Elles comprennent le diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, les maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, les maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d’HTA, les cancers du col de l’utérus 0,5% chez les femmes et le cancer du foie avec 31,5 p.100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d’Emmel parmi les demandes de routine[[13]](#footnote-13).

Cet état de santé est le reflet du système de santé guinéen « globalement peu performant[[14]](#footnote-14) » à cause de la conjonction de plusieurs facteurs, comme le montrent les paragraphes ci-dessous.

Sur le plan des infrastructures, le système est caractérisé par la prédominance du niveau primaire : 70,6% de postes de santé et 26,2% de centres de santé contre 2,7% pour les hôpitaux. Les infrastructures présentent des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et surtout de leur maintenance. Celles qui répondent aux normes sont peu nombreuses[[15]](#footnote-15) :

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

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

La capacité du Ministère à assurer la maintenance des infrastructures et équipement est faible et il n’existe pas de plan de développement des infrastructures.

La régulation faible du secteur pharmaceutique contribue à la faible disponibilité des médicaments, vaccins, autres produits médicaux et technologies de qualité.

Les services de santé sont sous-financés, avec faible contribution de l’Etat. Aussi, malgré le niveau de pauvreté très poussé de la population, les dépenses de santé sont essentiellement financées par les ménages, sous forme de paiement direct. Cela signifie que les pauvres ont peu accès aux services de santé. Pour la gestion financière, les capacités de la DAF sont faibles.[[16]](#footnote-16)

Le système d’information sanitaire, malgré les améliorations remarquables de ces dernières années, continue à fonctionner avec quelques systèmes parallèles. De plus, la capacité des ressources humaines doit être améliorée pour l’analyse des données aux fins de prise de décision, surtout avec l’informatisation du système.

Au plan de la gouvernance globale du système, l’organisation des services de santé est inappropriée et leur gestion inadaptée : duplication de fonctions, relations hiérarchiques et fonctionnelles ambigües, intégration insuffisante du secteur privé). De même, le management est défaillant : manque de politique de redevabilité, d'évaluation des performances individuelles et collectives[[17]](#footnote-17).

La problématique des ressources humaines pour la santé n’est pas meilleure et est abordée plus en détail dans le chapitre 1 ci-dessous.

Tout cela se répercute négativement sur les prestations de soins et services de santé et détermine leur mauvaise qualité, une couverture en services de santé faible et inéquitable et l’insatisfaction des usagers[[18]](#footnote-18).

Face à cette situation non reluisante, le gouvernement s’est engagé vers la couverture sanitaire universelle (CSU), telle que définie dans le plan national de développement sanitaire (PNDS). Ainsi, le renforcement de l’offre de soins et services de santé, la stimulation de la demande de soins et services de santé, le développement de stratégies de financement pour la protection de la population contre les dépenses de santé et l’amélioration de la gouvernance en général et de la gouvernance locale pour la santé en particulier, ont été entrepris. Ces quatre approches constituent le fondement de la santé communautaire, l’une des priorités du système de santé. Or, aucune de ces stratégies ne peut réussir sans les ressources humaines appropriées.

C’est pourquoi, dans le processus de réformes en cours dans le secteur de la santé, une place prépondérante est accordée à la gestion et au développement des RHS. Dans ce contexte, des mesures sont prise pour successivement élaborer un ensemble de documents stratégiques. Ainsi se justifie l’élaboration de la présente politique de développement des ressources humaines pour la santé.

# ANALYSE DE SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Le contenu du présent chapitre est essentiellement extrait du rapport d’analyse de situation des ressources humaines pour la santé.

# Rappel de la méthodologie

La situation des RHS a été analysée en exploitant plusieurs types de documents existants, conformément à l’instruction de la Direction des Ressources humaines du MS. Le fichier des ressources humaines pour la santé existant au Ministère en charge de la Fonction publique, fourni par la Direction des Ressources Humaines (DRH) de la santé a servi à la détermination des effectifs actuels des RHS, à l’étude de leur répartition, au calcul des différents ratios et à la projection des départs à la retraite et l’évolution prévisible des effectifs des RHS de 2019 à 2024. Les normes de l’OMS ont été utilisées pour déterminer les effectifs requis.

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

La population guinéenne estimée en 2018 provient du volume « RGPH3, perspectives démographiques » du rapport du recensement général de la population et de l’habitat réalisé en 2014.

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

Les lois, décrets et autres documents juridiques existants relatifs aux Ressources humaines en général ou aux RHS en particulier ont permis de caractériser le cadre institutionnelle.

# Situation des RHS

# Cadre institutionnel

Depuis fin 2017 une direction des ressources humaines a été créée au Ministère de la Santé. Un cadre organique a été négocié et adopté avec le ministère en charge de la réforme de l’Etat et de la modernisation de l’Administration. Cependant, le cadre institutionnel de gestion des RHS reste encore inapproprié. En effet, une étude réalisée en 2016 jugeait faibles les relations fonctionnelles internes pour les RHS[[19]](#footnote-19) et rien n’indique des changements importants depuis cette date. La nouvelle direction ne dispose pas des capacités nécessaires pour assumer efficacement ses fonctions. Enfin, il n’y a pas de politique ni de plan actualisé de développement des RHS.

# Planification

La direction des RHS ne possède pas les capacités de planification en la matière[[20]](#footnote-20) et, pour le moment, aucune disposition ne semble prise pour y remédier. Cependant les mesures sont prises pour doter la direction de la politique et probablement du plan stratégique au cours de l’année en cours. Déjà un plan de formation continue est disponible. Les autres plans aussi seront élaborés à court terme.

# Formation

Cette section traite de la formation initiale, la formation de spécialisation et la formation continue des ressources humaines pour la santé ainsi que des parties prenantes de la formation des RHS.

# Formation initiale

La formation initiale des RHS a pour but de préparer les étudiants aux professions médicales à travers diverses filières et de répondre aux besoins du marché de l’emploi. Elle se subdivise en formation universitaire et formation professionnelle.

Pour que les professionnels de santé répondent réellement aux besoins du marché en termes de connaissances, d’habiletés et d’attitudes, dans les quantités requises, tout le système de formation doit remplir plusieurs préalables:

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

Malheureusement, rien n’indique que les besoins du marché sont évalués et pris en compte dans les formations.

* 1. ***La formation universitaire***

La formation universitaire des professionnels de la santé est assurée par des institutions de publiques et privées. Celles-ci sont complétées par les institutions partenaires à l’étranger.

La Faculté des Sciences et Techniques de la Santé (FSTS) de l’UGANC disposait, en 2017, de 247 enseignants à temps plein, répartis entre Professeurs titulaires (19), maitres de conférences (49), maitres assistants (55) et assistants (126). Globalement le nombre d’enseignants a augmenté de 64% sur la période 2011 à 2017, sauf celui des professeurs titulaires, resté stationnaire avant 2017[[21]](#footnote-21).

Le secteur privé ne dispose pas d’enseignants permanents (tous sont vacataires), quelle que soit la catégorie considérée.

Les universités utilisent les curricula harmonisés de l’OOAS pour l’espace CEDEAO. D’autres réformes sont en cours, notamment à la FSTS de l’UGANC, en plus de celle en cours qui fera cette faculté un centre d’excellence africain pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles.

Le nombre d’étudiants inscrits dans les universités a diminué de 17% entre 2013 et 2017. Cette diminution est plus marquée dans le secteur public (-22,6%) que dans le secteur privé (-5,2%). Au même moment, l’ensemble des universités (publiques et privées) ont livré 5 556 diplômés au marché de l’emploi[[22]](#footnote-22).

* 1. ***Formation professionnelle***

Le dispositif opérationnel de formation technique et professionnelle en santé comptait 38 établissements dont 6 publics et 32 privés en 2017[[23]](#footnote-23). Le nombre des établissements publics a stagné depuis 2006, tandis que celui des écoles privées a augmenté, de 2 écoles en 2006 à 32 en 2017. Les programmes harmonisés de l’OOAS y sont dispensés. Ce dispositif est complété par les institutions partenaires de formation à l’étranger.

Les effectifs d’apprenants dans les écoles professionnelles de santé ont baissé régulièrement dans les écoles publiques de 2013 à 2016, puis ont augmenté brusquement en 2017. A la même période, le nombre d’écoles privées a cru continuellement. L’épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi dans le pays à la même période ne semble pas en être la cause car, logiquement, elle aurait affecté le secteur privé de la même façon.

Le système a produit 3273 professionnels durant cette période.

Toutefois, ce secteur de la formation professionnelle, non plus, malgré quelques changements positifs en cours (adaptation de la formation aux besoins de la santé communautaire), ne répond pas encore adéquatement aux préoccupations du marché du travail.[[24]](#footnote-24)

# Formation de spécialisation

Selon les données disponibles (incomplètes), le pays comptait en 2017 dix-sept diplômes d’études spécialisées (DES) et Master[[25]](#footnote-25) couvrant les disciplines Médicales, Pharmaceutiques, Biologiques et de Santé Publique pour un cycle d’études allant de 2 ans (master) à 4 ans (DES). Il s’agit généralement de filières dans les domaines : clinique, de santé publique, des sciences biomédicales. Les programmes d’études existants sont ceux harmonisés de l’OOAS. Ce dispositif national est complété par le recours à la formation à l’étranger.

Dans le domaine paramédical, aucune formation de spécialisation n’est offerte en Guinée.

Le système de formation de spécialisation se partage les mêmes difficultés structurelles avec celui de la formation initiale universitaire.

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

# Formation continue

Pour mener à bien sa mission, le Ministère de la santé doit pouvoir compter en tout temps sur des personnels qualifiés et en nombre adéquat. En vue de répondre à ces impératifs un dispositif de formation continue a été développé, qui compte 3 catégories d’institutions :

* Centres de formation dédiés, ayant la formation continue comme mission principale (CFRSR de Maférinyah, IPPS, Centre de formation et de recherche sur les cancers gynécologiques)
* Instituts à volet Formation (INSP, INSE)
* Centres Hospitaliers (Hôpitaux Nationaux, Hôpitaux Régionaux et même préfectoraux).

A cette liste d’acteurs dédiés s’ajoutent de nombreux acteurs non dédiés : les programmes de santé publique, les structures centrales du Ministère de la santé et certaines ONG étrangères. Dans la pratique, les acteurs non dédiés volent la vedette aux structures officiellement en charge de la mission, profitant de l’absence des principaux instruments de gouvernance de la formation continue.

Les acteurs dédiés et non dédiés de la formation continue, en général, manquent de capacités adéquates[[26]](#footnote-26) :

* compétences des formateurs limitées en andragogie,
* faible capacité d’utilisation des TIC dans la FC,
* absence de normes et procédures pour la formation continue
* absence de référentiels des métiers et de compétences.

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

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

Par ailleurs, le financement des institutions (universités, écoles, centres hospitaliers et autres structures de stage) impliquées dans les différents types de formation (initiale, continue ou de spécialisation) est très en-deçà de leurs besoins financiers pour se développer et garantir une formation de qualité.

Quelle que soit le type de formation, les effectifs d’étudiants débordent largement les capacités d’accueil et d’encadrement disponibles. L’encadrement des stages se caractérise par une mauvaise organisation[[27]](#footnote-27). Cette observation est en cohérence avec les études disponibles, citées dans le rapport sur l’état des lieux de la formation continue en Guinée et le rapport d’analyse de situation des RHS.

Il ressort de cette analyse que les préalables à la formation de qualité des personnels de santé ne sont pas encore entièrement remplis. Ce défaut de bonnes conditions d’enseignement et encadrement expliquerait en partie que les diplômés qui sortent des écoles et facultés de formation initiale ne possèdent pas les capacités attendues en termes de connaissances, habiletés et attitudes. Il expliquerait également les réformes en cours, tant dans les ministères et institutions de formation qu’au ministère de la santé, pour changer la situation.

Gestion

* Effectifs par corps
* Effectifs par spécialité
* Densité globale et spécifique pour certains corps

Recrutement

* Distribution
* …

L’effectif total des personnels de santé du sous-secteur public s’élève à 11.290 travailleurs. Ce personnel est composé en majorité (93,5%) de professionnels du domaine, c'est-à-dire de personnes qui disposent d'un diplôme livré suite à une formation en la matière. Les âges moyen et médian sont respectivement de 44 ans et 42 ans, signe de vieillissement du personnel[[28]](#footnote-28).

La densité de personnel de santé est de 9 professionnels de santé pour 10 000 habitants alors que, selon l’OMS, elle devrait être de 23 pour 10 000 habitants.[[29]](#footnote-29) Cet indicateur est, comme on le voit, très faible (39,1% de la densité requise). Il varie d’une région à une autre passant de 6 à Kankan à 16 à Conakry, et de Conakry étant les seules régions ayant une densité égale ou supérieure à la moyenne nationale. Ces chiffres montrent clairement l'insuffisance numérique des ressources humaines pour la santé, au vue de la taille de la population. Par ailleurs, le personnel disponible est mal distribué, au détriment des zones rurales où vivent environ 70% de la population guinéenne.

* Principaux résultats
  + Disponibilité des RHS
  + Répartition actuelle
  + Départ à la retraite horizon 2018-2024
* Cadre réglementaire
* Prévision horizon 2024
* Formation
  + Initiale
  + Continue
  + Spécialisation
* Pratique de gestion

# Problèmes prioritaires

Il ressort de l’analyse de situation des RHS notamment sur le plan de l’utilisation et gestion rationnelles des personnels, les principaux problèmes suivants :

* Absence des principaux instruments de référence pour la gestion des RHS : descriptions de poste, normes et procédures,
* Inadéquation dans la répartition des RHS entre régions et préfectures,
* Recrutement aléatoire des RHS dans le secteur public, contrairement à la loi en vigueur,
* Mauvaises tenue et gestion des cadres organiques des structures,
* Non-maitrise des effectifs des RHS,
* Absence de gestion de la performance des personnels,
* Absence de gestion prévisionnelle des RHS,
* Absence d’orientation ou de préparation des nouveaux personnels à leurs postes d’affectation,
* Absence stratégie efficace de gestion des carrières,
* Non-adéquation entre les rémunérations dans le sous-secteur public de santé et les conditions de travail, la performance et la cherté de la vie,
* Insuffisance des stratégies de motivation et de fidélisation des personnels, très préjudiciables aux zones défavorisées,
* Primes de zone et autres en vigueur insignifiantes,
* Absence de transparence dans la nomination aux postes de responsabilité,
* Mauvaise préparation à la mise à la retraite et faiblesse des dispositifs d’accompagnement des départs à la retraite et la séparation,
* faiblesse des mécanismes de dialogue et coordination dans la gestion des RHS.

# ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Une gestion saine des ressources humaines assure non seulement un climat de travail motivant et stimulant, mais mobilise le personnel dans l’atteinte des objectifs de l’organisation, maximise son engagement et favorise son adhésion à la mission.

## La vision

Déduite de l’option prise dans la Loi fondamentale le plan national de développement économique et social (PNDES), la vision de la politique nationale de santé, est: « une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d’un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation. » Aussi, le Ministère de la santé rêve de ***ressources humaines qui accomplissent efficacement toutes les fonctions du système de santé, individuellement et collectivement, de manière complémentaire et solidaire, au moment et lieu opportuns et en partenariat avec les communautés.***

## Principes directeurs et valeurs de la politique

* L’Efficience : L’atteinte d’un maximum des résultats devra correspondre à une utilisation rationnelle des ressources humaines disponibles. Ceci sous-tend la promotion d’une gestion fondée sur des preuves.
* Les Soins centrés sur les personnes et les services intégrés : Les RHS offriront des prestations de soins et services en lien avec les besoins et attentes des personnes et des communautés plutôt que sur les maladies. Les réformes que cela implique amèneront les RHS à mieux collaborer avec les individus, les familles, les communautés et la société civile.
* La Gestion axée sur les résultats : l’option prise de passer de la planification par objectifs à celle axée sur les résultats aura comme conséquence une meilleure articulation entre les RHS et les performances à réaliser avec un accent particulier sur la redevabilité.
* La Décentralisation/déconcentration : Le code des collectivités locales transfert les compétences dans le domaine de la santé auxdites collectivités locales[[30]](#footnote-30). Cette option implique, pour son efficacité, le transfert des ressources financières et matérielles, et le renforcement des capacités techniques nécessaires pour recruter et gérer les RHS pour le système de santé local (personnel des centres et postes de santé, agents de santé et relais communautaires).
* Le Partenariat: La dimension multisectorielle de la santé et du développement des RHS commande un engagement politique fort pour la mise en place de dispositifs de dialogue politique et la formalisation de la collaboration en vue de partager les responsabilités avec l’ensemble des parties prenantes.
* L’intégration : le processus du développement des ressources humaines pour la santé (RHS) fait partie du processus global de développement du système de santé. Il en est une composante et, de ce fait, il ne peut pas en être séparé.
* La pertinence : Chaque corps professionnel des RHS doit répondre à un besoin clair dans une des fonctions[[31]](#footnote-31) du système de santé, en lien avec la santé de la population. Il doit contribuer à  l’offre des prestations de soins et services de santé. A cet effet, le gouvernement ambitionne faire de la gestion et du développement des RHS, le principal moteur de la prestation des services de santé.
* L’équité : Les efforts seront fournis pour que les RHS soient distribuées de manière que tout habitant de la Guinée accède aisément aux services de santé dont il a besoin, où qu’il habite. Les opportunités de formation et de nomination aux postes de responsabilité et les conditions de participation explicites doivent être portées à la connaissance des potentiels bénéficiaires.
* Le genre : la parité des sexes sera systématiquement recherchée pendant le recrutement et la nomination aux postes de responsabilité.
* Le respect de l’éthique et de la déontologie professionnelle.
* Le respect des droits individuels et professionnels de tous le personnel, notamment le droit à un environnement de travail décent et sûr, à la formation, sans discrimination ni coercition.

## Objectifs

## Objectif général

Garantir la disponibilité en quantité et en qualité adéquates, à tous les postes professionnels et techniques, au moment opportun, de travailleurs de la santé bien motivés, engagés individuellement et collectivement à remplir leurs fonctions.

## Objectifs spécifiques

* Doter le Ministère de la santé des capacités de prévision des besoins en RHS pour le pays;
* Aligner les formations (initiale, continue et de spécialisation) sur les besoins du secteur de la santé en ressources humaines grâce à l’engagement des parties prenantes du système éducatif ;
* Aligner les procédures et pratiques des parties prenantes de la gestion des ressources humaines sur les besoins spécifiques du secteur de la santé en termes de mobilisation et gestion des RHS ;
* Obtenir des décideurs (à tous les niveaux) et autres parties prenantes les régulations et appuis nécessaires à la production et à la gestion des RHS en cohérence avec les besoins en RH du système de santé.

## Axes stratégiques

Les objectifs ci-dessus seront atteints en développant les interventions ciblées sous les axes stratégiques ci-après.

## Renforcement du cadre et des capacités institutionnels de planification du développement des RHS

La planification du développement des RHS consiste en un processus d’anticipation des besoins présents et à venir en ressources humaines et de proposition de stratégies pour leur production et leur utilisation, sur la base des besoins de santé actuels et prévisibles et des prestations de services nécessaires à y répondre.

Cela suppose l’existence d’un cadre et des capacités institutionnelles appropriées à cet effet.

Aussi, le Ministère de la Santé (MS) veillera à ce que sa Direction des ressources humaines (DRH) soit dotée d’un organe multisectoriel et pluridisciplinaire chargé de débattre de toutes les questions techniques concernant les RHS. Ses membres seront sélectionnés parmi toutes les parties prenantes :

* les administrateurs du secteur de la santé,
* les prestataires cliniciens,
* les prestataires de santé publique,
* les gestionnaires des ressources humaines (MS et Ministère en charge de la fonction publique),
* les administrateurs des ministères et des institutions de formation (initiale, continue et de spécialisation),
* les enseignants,
* le ministère en charge de la décentralisation,
* les cadres des collectivités locales,
* les ministères en charge des finances et du budget et
* toute autre structure dont le rôle important dans le développement des RHS est reconnu.

Chaque membre devra avoir la capacité et l’engagement nécessaires à promouvoir, auprès de l’autorité politique au plus haut niveau de son institution, les priorités de développement des RHS retenues dans la présente politique.

Cet organe, sous le leadership de la DRH, pilotera l’élaboration et la mise en œuvre du plan de développement des RHS.

Le MS, en collaboration avec toutes les parties prenantes, veillera à ce que ce plan, en se fondant sur le plan stratégique de développement sanitaire, détermine les besoins en RHS, y compris les nouveaux corps de personnels incluant les gestionnaires des RHS. Il veillera également à ce que ce plan définisse les mesures par lesquelles les compétences requises par corps pour offrir les prestations prioritaires soient déterminées. Ces référentiels de compétence devront guider toutes les formations (initiale, continue et de spécialisation).

Le MS élaborera un plan de formation continue de son personnel pour le rendre plus performant et négociera des programmes et plans de formation initiale des RHS avec toutes les parties prenantes pour satisfaire les besoins du système par corps de professionnels. De même il négociera l’élaboration des plans de recrutement et de carrière du personnel de santé conformément aux prévisions de ses besoins.

Le MS veillera, en partenariat avec toutes les parties prenantes, à accorder la priorité pour la formation (initiale, continue et la formation de spécialisation) aux corps professionnels rares, mais importants dans l’offre des prestations de soins et services de santé de qualité à la population.

Ces mesures exigeront d’importantes réformes dans les facultés des universités et dans les écoles d’enseignement technique et professionnel (publiques ou privées) qui forment des professionnels de la santé ou des techniciens utiles à la santé. A cet effet, le MS veillera à construire le partenariat avec les départements et institutions de formation, de manière à participer activement à la définition et à la conduite des réformes nécessaires du système de formation des RHS. Parmi les réformes à engager figurent l’adaptation :

* des programmes de formation (initiale, continue et de spécialisation) aux besoins du système de santé guinéen (sans oublier l’intégration sous-régionale),
* des cadres juridiques qui régissent la formation,
* des procédures de sélection des candidats,
* des méthodes d’enseignement,
* des modes de recrutement et de gestion des RHS.

Afin que les mesures ci-dessus se réalisent de manière coordonnée et efficace, la DRHS a besoins de cadres compétents et de moyens de travail. Aussi, le MS veillera à améliorer en permanence les capacités en leadership et management des cadres de cette direction, notamment les premiers responsables, les chefs de division et de section, pour dépasser leur simple cohabitation dans le même service et en faire une équipe de travail solide. Certains parmi eux seront spécialisés en gestion prévisionnelle des RHS.

## Renforcement du cadre et des capacités institutionnelles de Formation initiale, continue et de spécialisation des RHS

Pour relever les défis et recentrer durablement le système de formation des RHS sur les besoins quantitatifs et qualitatifs du système de santé, trois interventions principales seront développées. Ce sont :

* Le renforcement des capacités des institutions de formation initiale, continue et de spécialisation ;
* L’amélioration de la gouvernance du système de formation initiale et continue et;
* La mise en œuvre de réformes.

1. ***Renforcement des capacités des institutions de formation initiale, continue et de spécialisation***

Dans le cadre de cette intervention, les actions prioritaires qui suivent seront menées:

* *renforcer les capacités pédagogiques et didactiques des institutions de formation.*

Il s’agira de soutenir des initiatives d’amélioration des compétences des enseignants dans le système de formation initiale des niveaux universitaire et professionnel. Dans ce cadre, une attention particulière sera accordée par le Ministère de la santé aux conditions d’identification et d’accompagnement du personnel enseignant bi-appartenant.

Par ailleurs, l’accent sera mis sur le développement des infrastructures, des technologies de formation et sur l’accès aux bibliothèques virtuelles. Les technologies de l’information seront mises à profit pour élargir les capacités d’animation et d’illustration des cours et de développer la stratégie de la formation à distance.

Dans tous ces domaines d’intérêt commun pour la formation des RHS, les parties prenantes mutualiseront leurs efforts pour accroitre la robustesse et la profitabilité des acquis de part et d’autre en vue de favoriser l’accès des apprenants aux meilleures conditions d’accueil et d’apprentissage. Ce principe est applicable où que la formation (initiale, continue ou de spécialisation).

* *Améliorer les capacités d’accueil et d’encadrement des stages*

Les parties prenantes au système de formation accorderont une attention soutenue à l’accès aux sites de stages dans les meilleures conditions, dès la phase de recrutement des étudiants, aussi bien dans le public que dans le privé. Ainsi, la possibilité d’accès à un stage adéquat pendant la formation sera un des critères du calibrage du volume des inscriptions dans les écoles publiques et privées de formation en santé.

Le développement des sites de stage et des capacités d’encadrement des apprenants sur ces sites sera un des axes du partenariat que le Ministère de la santé établira avec les Ministères et institutions en charge de la formation des RHS.

* aligner *les programmes de formation initiale, continue et de spécialisation sur les besoins en compétences du système de santé*

Pour corriger les écarts constatés entre les produits de la formation et les besoins du système de santé, un accent particulier sera mis, par les parties prenantes, sur l’identification et la mise en œuvre de stratégies de mise en cohérence entre le développement des filières de formation, le calibrage des admissions par filière, et la mise à jour des programmes d’études avec les besoins en compétences du système de santé. Dans ce cadre les parties prenantes mettront au centre du développement des programmes d’études et d’apprentissage les besoins de santé des populations et particulièrement les paquets d’activités des formations sanitaires sans perdre de vue la nécessité de prendre en compte la transition épidémiologique en cours.

Dans le système de formation continue, il s’agit de sortir de l’amateurisme et de professionnaliser la formation en dotant l’ensemble des formateurs de compétences en andragogie. Il s’agira également de les doter des programmes de formation mis aux normes de bonnes pratiques pédagogiques.

1. ***Renforcement de la gouvernance du système de formation***

Pour assurer au système de formation des RHS une efficacité interne et externe, la mise en place de plusieurs instruments de gouvernance est nécessaire. Dans ce cadre, les actions principales suivantes seront développées :

1. Mettre *en place les principaux instruments de références pour la formation*

Il s’agit de définir et mettre en place les lignes directrices qui vont encadrer les processus opérationnels à observer pour identifier, prioriser, structurer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les activités de formation en conformité avec les orientations de la politique nationale de santé. Ces instruments sont : les normes et procédures, les référentiels des métiers et des compétences et le système de suivi-évaluation.

1. Renforcer *les capacités institutionnelles du Ministère de la santé en matière de gestion de la formation des RHS*

Avec la création de la direction des RHS au MS, un cadre organique fixant les postes et positions au niveau central, régional et préfectoral, a été défini.

Il s’agira de rendre opérationnel ce nouveau chainon du système de gestion des RHS devant prendre une part importante dans la gouvernance de la formation des personnels de santé. Dans ce cadre, le Ministère prendra les mesures appropriées pour : meubler ce cadre organique, héberger, former et équiper les cadres et agents.

Les procédures et outils de travail ainsi que les paquets d’activités et budgets seront définis.

Cette structure sera la cheville ouvrière du développement des partenariats entre le Ministère de la santé et toutes les parties prenantes de la gestion des RHS dont la formation qui occupe une place centrale.

1. *Développer les mécanismes de dialogue et de coordination du système de formation*

L’analyse de la situation de la formation des RHS a permis de relever que la faible harmonisation des politiques, programmes et pratiques développés par les différentes parties prenantes au système de formation, explique que celui-ci ne soit pas aligné sur les besoins qualitatifs et quantitatifs du système de santé. Aussi, cette situation est source de gaspillage des ressources investies dans ce secteur, et facteur de retard du développement du pays tout entier. Les cadres de collaboration intra et intersectoriels existant n’ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Pour que les objectifs et les priorités retenues dans le cadre de la présente politique se réalisent et contribuent significativement à la correction de cette situation, il est essentiel que des espaces de dialogue et de coordination entre les parties prenantes soient ouverts et/ ou renforcés. Dans ce cadre, les actions prioritaires ci-après seront développées.

* + Renforcer les capacités de communication et de plaidoyer du Ministère de la santé auprès de ses partenaires nationaux et internationaux en matière de formation: études/recherche et documentation, rapports de suivi…;
  + Initier et organiser de rencontres régulières sur des sujets co-ciblées avec les partenaires concernés en vue de générer des solutions pratiques à différentes problématiques ou obtenir un soutien et des engagements à propos d’une initiative, etc…

1. *Intégrer la formation comme stratégie de gestion des carrières et de la fidélisation des personnels de santé*

L’analyse de la situation a montré que la formation n’est pas utilisée comme levier pour fidéliser les personnels de santé dans les zones défavorisées et/ou aider les agents de santé à renforcer leur position de carrière. A titre d’exemple, la formation n’est pas indexée sur la perspective d’accès à des postes de responsabilités plus élevées ou à des grades supérieurs. Par ailleurs, le sous-financement de la formation de spécialisation, est un autre marqueur de l’absence de vision sur l’utilisation de la formation comme levier de motivation des personnels de santé.

C’est pourquoi, le Ministère de la santé, sous le leadership de la direction des ressources humaines dont les capacités seront renforcées, veillera à ce que les formations aient un lien explicite avec des objectifs partagés employer-employeur selon le principe gagnant-gagnant.

Ainsi, cette nouvelle approche sera promue dans le processus de formation depuis l’identification des besoins, la priorisation, la programmation, le financement y compris les bourses d’études jusqu’au suivi post-formation.

1. ***Réformes***
2. *Réforme du système de l’éducation nationale*

Pour créer les conditions optimales de mise en œuvre de de la politique, des réformes sont nécessaires. Il s’agira de promouvoir, dans les cycles d’études du primaire et du secondaire, des candidatures de bonne qualité pour la formation aux métiers de la santé en réformant les programmes scolaires.

A cet effet, il sera mis en avant des programmes d’études primaires et secondaires promouvant l’ouverture du goût des élèves aux sciences de la santé.

En cela le Ministère de la santé aura traduit le concept « la santé dans toutes les politiques publiques » dans le secteur de l’éducation nationale. Ceci s’obtiendra à travers le renforcement du partenariat intersectoriel.

1. *Développement d’un observatoire des RHS*

Il s’agira développer un observatoire pour documenter et suivre les variables marqueurs des RHS dans le système de santé et son environnement externe: migrations internes et internationales, migrations interprofessionnelles, productivité et chômage des professionnels de santé, dynamiques du secteur privé de soins et du système de formation des RHS, tendances démographiques, épidémiologique, socio-économique et internationales.

Un tel dispositif, bien tenu à jour permettra de développer des stratégies conséquentes de développement des RHS y compris pour la formation.

## Renforcement du cadre et des capacités institutionnelles de Gestion/utilisation des RHS.

Pour changer durablement les insuffisances de gestion des RHS relevées dans l’analyse de situation au profit du système de santé, les interventions prioritaires ci-après seront développées :

* le renforcement du cadre institutionnel de recrutement
* *la* mise en place d’une stratégie d’accueil et d’intégration des nouveaux agents
* *la* mise en œuvre d’une stratégie de motivation et de fidélisation des personnels
* *l’amélioration* du cadre institutionnel de gestion des carrières
* *le* renforcement de la collaboration entre les parties prenantes

## *Renforcement du cadre institutionnel de recrutement des RHS*

Le processus de recrutement vise à augmenter la capacité du secteur de répondre à la demande (i) en remplaçant les départs, (ii) en comblant les autres postes vacants ou (iii) en ajoutant de nouvelles compétences pour répondre à de nouveaux besoins de prestations.

Pour répondre efficacement à ces impératifs, le MS, en collaboration avec les partenaires concernés, mettra en place le dispositif approprié, conforme aux lois et règlements en vigueur. L’application effective de la fonction publique locale constituera une opportunité à exploiter.

Afin d’assurer que ce dispositif fonctionne de façon optimale, le MS prendra les mesures et procédures appropriés. Il s’agira de :

* *Produire* les informations pertinentes,
* Actualiser les besoins en RHS en tenant compte du cadre organique, des départs à la retraite et des nouveaux besoins induits par le développement du secteur,
* *Elaborer* un plan de recrutement pluriannuel en partenariat avec le Ministère den charge de la fonction publique
* *Mobiliser* les fonds nécessaires à la mise en œuvre de ce plan en négociant son inclusion dans le budget-programme du MS avec les Ministères en charge des finances et du budget et les PTF,
* *Promouvoir* le recrutement par les collectivités locales dans le cadre de la décentralisation qui y transfère les compétences en matière de santé.

Le ministère veillera scrupuleusement au respect des lois et règlements en la matière.

## *Mise en place d’une stratégie d’accueil et d’intégration des nouveaux personnels dans les lieux d’affectation*

La mise en place d’une stratégie d’accueil et d’intégration crée généralement un impact important sur la durée d’emploi, l’engagement de l’employé au sein de l’organisation ou service ainsi que sur sa mobilisation et son adhésion à la mission. Il importe donc de transmettre aux nouveaux employés un maximum de renseignements sur les normes et procédures, les valeurs et les attentes de l’organisation à la prise de service et les exigences du poste. Plus l’accueil d’un employé est structuré et efficace, plus vite il atteindra un niveau de performance satisfaisant. A cet effet, le MS mettra en œuvre un programme d’accueil et d’intégration des personnels nouvellement recrutés ou affecté.

## *Amélioration de la répartition des personnels de santé*

Dans le cadre de la gestion administrative des structures de santé, la loi exige la tenue à jour des cadres organiques dans toutes les structures publiques[[32]](#footnote-32). Ce qui crée un environnement institutionnel favorable à une gestion rationnelle des effectifs…………………………………………………………

## *Mise en œuvre d’une stratégie de motivation et de fidélisation*

Les traitements et salaires du personnel de santé sont régis par le régime général de la fonction publique. En particulier, dans les établissements de soins, il existe d’autres formes de rétributions allant des primes de rendement, de garde et d’astreinte aux primes de zones. Si ces dernières constituent des facteurs de rétention et d’attraction de meilleur personnel, aujourd’hui, au regard du contexte, les conditions de travail, la performance et la cherté de la vie…ces mesures sont insuffisantes. Des efforts supplémentaires doivent déployés dans le sens du renforcement des initiatives et mesures incitatives et de fidélisation des personnels de santé : améliorer la rémunération, élaborer et vulgariser des critères de nomination aux postes de responsabilité et accélérer l’application effective et intégrale des dispositions du statut particulier de la santé.

à travers un système de motivation efficace susceptible de satisfaire, d’une part, les besoins du système y compris dans les zones défavorisées en personnels qualifiés, et d’autre part, les attentes des personnels eux-mêmes

cheminement ou développement des personnels à travers l’évaluation du rendement.

* + le cadre de gestion des RHS: cadre juridique, cadre institutionnel, rôles complémentaires des principaux acteurs, cadre de coordination/concertation (information pour la gestion des RHS
  + réformes nécessaires
  + la recherche sur les ressources humaines

# CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

Les RHS sont au cœur des questions de développement et font l’objet de préoccupations des gouvernements et des PTF tant l’écart est marqué entre l’offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services. Et en causes plusieurs facteurs complexes et interdépendants comme le sous financement des systèmes de santé et de formation, le faible alignement des politiques et programmes publics sur les besoins du système de santé en RH, les conditions de travail insatisfaisantes et l'insuffisance des méthodes actives de gestion des ressources humaines. La Guinée, confrontée aux mêmes défis et enjeux, met en avant la présente politique de développement des RHS pour y répondre. Cette politique se situe à l’interconnexion de plusieurs politiques et programmes publics relevant de divers Départements et institutions : Fonction publique, santé, Enseignement supérieur, Enseignement professionnel, des finances et des PTF.

Ainsi, sa mise en œuvre se fera à travers les cadres institutionnels et organisationnels, programmatiques et budgétaires, cadres de dialogue et de coordination, système de suivi-évaluation.

Ce processus se situe donc dans un contexte dynamique d’efforts constants de dialogues, d’ajustements et d’initiatives.

Les RHS sont au cœur des questions de développement et font l’objet de préoccupations des gouvernements et des PTF tant l’écart est marqué entre l’offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services. Et en causes plusieurs facteurs complexes et interdépendants comme le sous financement des systèmes de santé et de formation, le faible alignement des politiques et programmes publics sur les besoins du système de santé en RH, les conditions de travail insatisfaisantes et l'insuffisance des méthodes actives de gestion des ressources humaines. La Guinée, confrontée aux mêmes défis et enjeux, met en avant la présente politique de développement des RHS pour y répondre. Cette politique se situe à l’interconnexion de plusieurs politiques et programmes publics relevant de divers Départements et institutions : Fonction publique, santé, Enseignement supérieur, Enseignement professionnel, des finances et des PTF.

Ainsi, sa mise en œuvre se fera à travers les cadres institutionnels et organisationnels, programmatiques et budgétaires, cadres de dialogue et de coordination, système de suivi-évaluation.

Ce processus se situe donc dans un contexte dynamique d’efforts constants de dialogues, d’ajustements et d’initiatives.

1. Cadres institutionnels de gestion des RHS du MS/FP par niveau :
   1. Central
   2. Régional
   3. Préfectoral
   4. Communal
   5. Fonction publique locale
2. Cadres de dialogue et de coordination
   1. Intra-sectoriel
   2. intersectoriel
   3. cadre de travail avec les PTF
3. Cadres programmatiques et budgétaires
   1. PNS
   2. PNDS
   3. Plans des programmes intra et intersectoriels
   4. Projets
   5. Politiques sectorielles / PNDES
   6. Plan stratégique de développement des RHS
   7. Politique de formation initiale et continue
   8. PAO
   9. Plan d’effectifs
   10. CDMT
   11. Plans de suivi évaluation

Sous le leadership du Ministère de la santé, la Direction des ressources humaines sera la cheville ouvrière de la mise en œuvre de la présente politique. A cet effet elle veillera à faire inscrire dans les différents agendas du MS et des partenaires sectoriels et internationaux les sujets d’intérêt commun en relation avec le développement des RHS. En outre, cette structure, en partenariat avec les parties prenantes, organisera la collecte des données et informations utiles pour documenter les fora de discussions et la prise de décision pour le développement des RHS : enquêtes, rapports périodiques des structures, systèmes d’informations etc.

1. Cadres institutionnels de gestion des RHS du MS/FP par niveau :
   1. Central
   2. Régional
   3. Préfectoral
   4. Communal
   5. Fonction publique locale
2. Cadres de dialogue et de coordination
   1. Intra-sectoriel
   2. intersectoriel
   3. cadre de travail avec les PTF
3. Cadres programmatiques et budgétaires
   1. PNS
   2. PNDS
   3. Plans des programmes intra et intersectoriels
   4. Projets
   5. Politiques sectorielles / PNDES
   6. Plan stratégique de développement des RHS
   7. Politique de formation initiale et continue
   8. PAO
   9. Plan d’effectifs
   10. CDMT
   11. Plans de suivi évaluation

Sous le leadership du Ministère de la santé, la Direction des ressources humaines sera la cheville ouvrière de la mise en œuvre de la présente politique. A cet effet elle veillera à faire inscrire dans les différents agendas du MS et des partenaires sectoriels et internationaux les sujets d’intérêt commun en relation avec le développement des RHS. En outre, cette structure, en partenariat avec les parties prenantes, organisera la collecte des données et informations utiles pour documenter les fora de discussions et la prise de décision pour le développement des RHS : enquêtes, rapports périodiques des structures, systèmes d’informations etc.

* + Plan stratégique de développement des RHS
  + Plans opérationnels annuels

# MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION DE LA POLITIQUE

* + Plan stratégique de développement des RHS
* Conclusion
  + déclarations d'ensemble sur l'engagement du gouvernement à mettre en œuvre la politique RHS
  + orientations sur la marche à suivre.

1. RGPH, 2014 [↑](#footnote-ref-1)
2. Rapport MICS\_2016 [↑](#footnote-ref-2)
3. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-3)
4. EDS-V-2018 [↑](#footnote-ref-4)
5. ELEP 2012 [↑](#footnote-ref-5)
6. ONUSIDA\_2016 [↑](#footnote-ref-6)
7. ONUSIDA, Maintenir l’élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie, 2018 [↑](#footnote-ref-7)
8. Ministère de la santé, Annuaire statistiques, 2017 [↑](#footnote-ref-8)
9. Ministère du plan et du Développement économique, *MICS*, 2016 [↑](#footnote-ref-9)
10. Ministère de la santé, Annuaire statistiques, 2017 [↑](#footnote-ref-10)
11. Ministère du Plan et du Développement économique, *Enquête démographique et de santé (*EDS), 2018 [↑](#footnote-ref-11)
12. Ministère du Plan et du Développement économique, *Enquête démographique et de santé (*EDS), 2018 [↑](#footnote-ref-12)
13. Plan de relance et de résilience du système de santé (PRRSS) 2015-2017 [↑](#footnote-ref-13)
14. *Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé,* novembre 2016 [↑](#footnote-ref-14)
15. Cartographie des Infrastructures sanitaires 2017 DNEHHH/MS [↑](#footnote-ref-15)
16. *Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé,* novembre 2016 [↑](#footnote-ref-16)
17. *Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé,* novembre 2016 [↑](#footnote-ref-17)
18. *Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé,* novembre 2016 [↑](#footnote-ref-18)
19. *Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé,* novembre 2016 [↑](#footnote-ref-19)
20. Ministère de la santé, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, décembre 2018. [↑](#footnote-ref-20)
21. Ministère de la santé, *rapport de l’analyse de situation des RHS*, décembre 2018 [↑](#footnote-ref-21)
22. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, *étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport*, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-22)
23. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, *étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport*, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-23)
24. Ministère de l’Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle, de l’Emploi et du Travail, *Etat de situation du Secteur*, 2015 [↑](#footnote-ref-24)
25. Rapport de l’Etude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé. Ministère de l’enseignement supérieur de la Guinée. Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-25)
26. MS, 2018, rapport sur l’état des lieux de la formation continue des ressources humaines de la santé [↑](#footnote-ref-26)
27. République de Guinée, ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche scientifique, étude sur la réforme de l’enseignement et de la recherche en santé rapport, Juillet 2017 [↑](#footnote-ref-27)
28. Ministère de la santé, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, décembre 2018. [↑](#footnote-ref-28)
29. Ministère de la santé, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, décembre 2018. [↑](#footnote-ref-29)
30. Code des Collectivités Locales, Article 29. [↑](#footnote-ref-30)
31. Les fonctions ou piliers du système de santé, selon l’OMS, sont : la gouvernance (ou administration générale), le financement, les ressources humaines pour la santé, les produits de santé, les infrastructures et la technologie, l’information sanitaire et les prestations. [↑](#footnote-ref-31)
32. Loi 029 portant principes fondamentaux de création et d’organisation des services publics [↑](#footnote-ref-32)