

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail -Justice -Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

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

Février 2019

Table des matières

PREFACE	4
INTRODUCTION	5
I. ANALYSE DE SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE.....	7
1.1. Situation des RHS	8
1.1.1. Vue générale sur les ressources humaines pour la santé	8
1.1.2. Cadre institutionnel.....	10
1.1.3. Planification.....	10
1.1.4. Formation	10
1.1.4.1. Formation initiale	11
1.1.4.2. Formation de spécialisation	12
1.1.4.3. Formation continue.....	13
1.1.5. Recrutement.....	14
1.1.6. Gestion	15
1.1.6.1. Cadre juridique et institutionnel	15
1.1.6.2. Affectation, intégration et utilisation.....	16
1.1.6.3. Rendement.....	17
1.1.6.4. Départ pour la retraite à l’horizon 2024	19
1.1.6.5. Evolution prévisible des effectifs des professionnels de la santé du secteur public de 2019 à 2024	19
1.2. Problèmes prioritaires.....	20
II. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	21
2.1. La vision	21
2.2. Principes directeurs et valeurs de la politique	21
2.3. Objectifs	22
2.3.1. Objectif général	22
2.3.2. Objectifs spécifiques.....	22
2.4. Axes stratégiques	22
2.4.1. Renforcement du cadre et des capacités institutionnelles de planification du développement des RHS.....	23
2.4.2. Renforcement du cadre et des capacités institutionnelles de Formation initiale, continue et de spécialisation des RHS	24
2.4.3. Renforcement du cadre et des capacités institutionnelles de Gestion/utilisation des RHS. 28	
a) <i>Renforcement du cadre institutionnel de recrutement des RHS</i>	28

b)	<i>Mise en place d'une stratégie d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels dans les lieux d'affectation</i>	29
c)	<i>Amélioration de la répartition des personnels de santé.....</i>	29
d)	<i>Mise en œuvre d'une stratégie de motivation et de fidélisation.....</i>	29
e)	<i>Amélioration du cadre institutionnel de gestion des carrières.....</i>	29
III.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION DE LA POLITIQUE.....	31
	CONCLUSION	32

PREFACE

En République de Guinée, la Constitution fait de la santé un droit du citoyen guinéen, facteur indispensable pour la jouissance des autres droits fondamentaux.

La Politique Nationale de Santé, l'instrument d'exécution de cette disposition constitutionnelle, s'intègre dans la politique globale du développement du pays. Elle repose sur la santé communautaire et le renforcement du système de santé en vue de l'accès universel aux services et soins essentiels de santé.

La Politique Nationale de Santé, pour sa mise en œuvre, a été déclinée en Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024.

Les ressources humaines sont les plus importantes des ressources indispensables à la réalisation du PNDS. C'est pourquoi, après en avoir fait une analyse approfondie, le Ministère de la santé a élaboré la politique de développement des ressources humaines du secteur. Cette démarche, largement participative et inclusive, a permis de définir des axes d'intervention et des actions prioritaires.

L'objectif est de disposer d'un personnel compétent et engagé en effectif suffisant, quand et où les besoins se présentent. Pour cela la solidarité, dans un cadre de partenariat, de toutes les parties prenantes est essentielle.

Je réaffirme la volonté et l'engagement sans réserve du Ministère de la santé à créer toutes les conditions nécessaires à l'exécution des différents plans de mise en œuvre de la présente politique de développement des ressources humaine pour la santé.

Je remercie toutes les parties prenantes (partenaires sectoriels, professionnels de la santé, communauté, partenaires techniques et financiers, organisations non gouvernementales nationales et internationales, institutions d'enseignement et de recherche) qui ont contribué à l'élaboration de ce document de valeur.

Je souhaite que tous les ministères, dans un élan de solidarité, accordent une place de choix, dans leurs politiques sectorielles respectives, à la part d'action qui leur incombe pour le développement des ressources humaines pour la santé.

J'exhorte toutes les parties prenantes à faire de ce document un cadre de référence et d'orientations pour toutes les actions qu'ils entreprendront dans leurs secteurs respectifs en faveur de celui de la santé.

INTRODUCTION

L'Etat de santé de la population guinéenne se caractérise par un taux brut de mortalité national estimé à 11,2‰¹, une mortalité maternelle encore élevée (550 pour 100 000 naissances vivantes²). Il en est de même de la mortalité néonatale (32‰), infanto-juvénile (111‰) et infantile (66‰)³. L'espérance de vie est de 60,3 ans.

Cette situation est en lien étroit avec le niveau de pauvreté (55% de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté⁴), la prévalence et l'incidence élevées des maladies transmissibles et non transmissibles, la faible performance du système de santé⁵ et d'autres facteurs.

La pauvreté monétaire et éducationnelle, induit :

- 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, entraînant 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 (diabète, 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 ans⁶, demeure un problème de santé publique. Bien que ce taux soit inférieur à la moyenne des pays francophones de l'Afrique subsaharienne (2%)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 Guinée⁸. Le paludisme, malgré la forte réduction de sa fréquence (prévalence à 15%)⁹, est encore la première cause de consultation dans les formations sanitaires et 36% des décès hospitaliers sont dus au paludisme grave¹⁰. 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 ans¹¹.

¹ Ministère du plan et du développement économique, recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), 2014

² Ministère du plan et du développement économique, Rapport MICS_2016

³ Ministère du plan et du développement économique, EDS-V-2018

⁴ Ministère du plan et du développement, enquête légère d'évaluation de la pauvreté (ELEP), 2012

⁵ Ministère de la santé, Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé, novembre, 2016

⁶ ONUSIDA_2016

⁷ ONUSIDA, Maintenir l'élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie, 2018

⁸ Ministère de la santé, Annuaire statistiques, 2017

⁹ Ministère du plan et du Développement économique, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), 2016

¹⁰ Ministère de la santé, Annuaire des sanitaires statistiques, 2017

¹¹ Ministère du Plan et du Développement économique, Enquête démographique et de santé (EDS), 2018

- 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.
- 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 routine¹³.

La faible performance du système de santé est due aux facteurs décrits dans les paragraphes qui suivent.

Le système est caractérisé par des infrastructures dont les états physiques et fonctionnels sont 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 nombreuses¹⁴ :

- 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 une faible contribution de l'Etat. La couverture du système d'assurance-maladie est faible. Ainsi, les mécanismes de protection de la population contre les dépenses catastrophiques sont balbutiants. C'est pourquoi, 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.

12 Ministère du Plan et du Développement économique, Enquête démographique et de santé (EDS), 2018

13 Plan de relance et de résilience du système de santé (PRRSS) 2015-2017

14 Ministère de la santé, Direction nationale des Etablissements hospitaliers et de l'Hygiène hospitalière, Cartographie des Infrastructures sanitaires, 2017

Par ailleurs, les capacités de la DAF sont faibles pour garantir une gestion efficace et transparente.¹⁵

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 ambiguës, intégration insuffisante du secteur privé). De même, le management est défaillant : manque de politique de redevabilité, d'évaluation des performances individuelles et collectives¹⁶.

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 usagers¹⁷.

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.

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, conformément aux dispositions de la PNS. Dans ce contexte, des mesures sont prises 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.

I. 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 réalisée dans le cadre de l'élaboration de la présente

¹⁵ Ministère de la santé, Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé, novembre 2016

¹⁶ Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé, novembre 2016

¹⁷ Audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé, novembre 2016

politique en décembre 2018. Il traite de la situation globale et des problèmes prioritaires des ressources humaines pour la santé.

1.1. Situation des RHS

Dans cette section sont abordés la vue générale des ressources humaines, le cadre institutionnel, la planification, la formation, la gestion des RHS, le système d'information et la recherche sur les RHS.

1.1.1. Vue générale sur les ressources humaines pour la santé

L'effectif total des personnels de santé du sous-secteur public s'élève à 11.290 travailleurs en décembre 2018. Ce personnel est composé en majorité (93,5%) de professionnels de santé, c'est-à-dire des personnes qui disposent d'un diplôme livré suite à une formation en la matière, soit 10553 agents.

Le personnel de la santé est regroupé en corps dont la nomenclature varie selon la source. Ainsi, le fichier du Ministère en charge de la Fonction publique (MFPREMA) reconnaît 8 corps de professionnels de la santé tandis que le statut particulier du personnel de la santé compte 16 corps et des catégories (nombre non déterminé). Le corps des « Labo », existant dans le fichier du MFPREMA, ne figure pas parmi ceux retenus dans le statut particulier. La coexistence de ces deux listes peut prêter à confusion et générer des problèmes de classification du personnel.

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

Selon le fichier du MFPREMA:

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

Le même fichier indique que, parmi l'effectif de professionnels de la santé, les ATS sont les plus nombreux (37,8%), suivis des médecins (27,1%) et des infirmiers d'Etat (22,2%). Les sages-femmes occupent la quatrième place (8,2%). Le reste (5,7%) est constitué des pharmaciens, des techniciens de labo-pharmacie et les biologistes médicaux.

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 habitants¹⁸. 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, Mamou et 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.

Les âges moyen et médian sont respectivement de 44 ans et 42 ans, signe de vieillissement du personnel¹⁹. Un tiers (32,3%) du personnel est âgé de 50 ans ou plus. Cette proportion varie d'une région à une autre, allant de 48,2% à Conakry à 21,0% à Mamou. Mais partout plus d'une personne sur 5 a au moins 50 ans. La proportion de quinquagénaires varie, également, selon le corps professionnel: 58,1% des techniciens de santé publique, 39,8% des médecins, 32,9% des pharmaciens, 32,6% des ATS. Les sages-femmes (12,8%) sont les moins âgées, suivies de techniciens de Labo-Pharma (19,5%).

Selon les normes de l'OMS, il faut 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 sage-femme pour 3.000 habitants et 1 infirmier d'état pour 5.000 habitants²⁰. Sur le plan régional on observe des variations très disparates allant, à Kankan de 0,0‰ pour les Pharmaciens à 1,1‰ pour les sages-femmes et à Conakry de 0,1‰ pour les Pharmaciens à 2‰ pour les sages-femmes.

Le ratio infirmiers d'Etat, sages-femmes et médecins pris ensemble devrait être de 2,3 pour 1000 habitants. En Guinée, ce ratio est de 0,5, avec des variations régionales allant de 0,3 à Kankan et Nzérékoré, à 1,2 à Conakry.

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

Le personnel non professionnel de la santé comprend 737 agents, soit 6,5% des effectifs totaux de la santé. Parmi ce personnel de soutien, les enseignants (28,8%), les ingénieurs

¹⁸ Ministère de la santé, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, décembre 2018.

¹⁹ Ministère de la santé, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, décembre 2018.

²⁰ Ministère de la santé, bureau de stratégie et de développement, rapport de la revue du PRRSS 2015-2017, décembre 2018

(16,1%), les secrétaires (7,9%), les administrateurs (7,2%) et les inspecteurs des services financiers et comptables (6,8%) sont les plus nombreux. Près de 2 personnes sur 5 (39,3%) du personnel de soutien ont, au moins, 50 ans, tandis que la moitié (49,7%) ont, au moins, 45 ans.

Il est attendu que 21,7% de certains corps professionnels partent à la retraite d'ici à 2024. Seront particulièrement touchés les ingénieurs agronomes (58,3%), les professeurs du 4^{ème} cycle (43,6%), les ingénieurs de construction navale (40%), les instituteurs (31,2%), les I.S.C.F (28%), les professeurs des 2^{ème} /3^{ème} cycles (25,5%), les secrétaires (24,1%), les ingénieurs d'industrie et de mines (21,6%), les administrateurs (20,8%). Des mesures de remplacement doivent être prises dès maintenant.

1.1.2. Cadre institutionnel

Une direction des ressources humaines a été créée récemment au Ministère de la Santé. Un cadre organique a été négocié et adopté avec le ministère en charge de la fonction publique. Cependant, la nouvelle direction ne dispose pas encore des capacités nécessaires pour assumer efficacement ses fonctions. En effet, le cadre organique n'est que très partiellement meublé et la direction ne dispose pas de toutes les compétences ni des moyens (locaux, équipement, outils et procédures...) requis.

1.1.3. Planification

Malgré la volonté politique affichée, la planification des RHS n'est pas encore une pratique systématique. Comme indiqué plus haut, les capacités institutionnelles nécessaires ne sont en place²¹. La base de planification est également affaiblie par le manque d'un cadre programmatique du développement des infrastructures et des services de santé. En conséquence, il est difficile d'anticiper les besoins en ressources humaines, en vue de planifier leur formation et recrutement.

La présente politique de développement des RHS fait partie des efforts déployés pour combler ces lacunes. Déjà un plan de formation continue est disponible. Il est attendu que le plan stratégique de développement des ressources humaines soit élaboré comme cadre privilégié de mise en œuvre de la présente politique. Il est également attendu que les autres instruments de planification du développement des RHS soient élaborés et mis en place dans un court terme.

1.1.4. Formation

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

²¹ Ministère de la santé, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, décembre 2018.

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, 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,
- ✓ Des instruments de gouvernance et de régulation appropriés

1.1.4.1. 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.

a. La formation universitaire

La formation universitaire des professionnels de la santé est assurée par des institutions 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 2017²².

Le secteur privé ne dispose pas d'enseignants permanents, quelle que soit la catégorie considérée. Tous sont vacataires.

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 fermée pour cause de restructuration. Déjà, dans cette perspective, un centre d'excellence africain pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles est en cours de démarrage.

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%).

²² Ministère de la santé, *rapport de l'analyse de situation des RHS*, décembre 2018

Au même moment, l'ensemble des universités (publiques et privées) ont livré 5 556 diplômés au marché de l'emploi²³.

Ajouter les problèmes ou faiblesses et la réponse du système aux besoins du marché de l'emploi.

b. Formation professionnelle

Le dispositif opérationnel de formation technique et professionnelle en santé comptait 38 établissements dont 6 publics et 32 privés en 2017²⁴. 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'élèves dans les écoles privées a cru continuellement. L'épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi dans le pays au même moment 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. Comparé à la production universitaire, on constate une inversion de ce qui aurait dû être de la pyramide interprofessionnelle. Cela prouve la déconnexion entre la formation universitaire et la formation professionnelle. En effet, autrement, le nombre d'agents de santé sortis des écoles professionnelles devraient être bien supérieur à celui des universitaires.

Le secteur de la formation professionnelle, non plus, ne répond pas encore adéquatement aux préoccupations du marché du travail²⁵, malgré quelques changements positifs en cours (adaptation de la formation aux besoins de la santé communautaire).

1.1.4.2. Formation de spécialisation

Selon les données disponibles, le pays comptait en 2017 dix-sept diplômes d'études spécialisées (DES) et Master²⁶ 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.

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

²⁴ 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

²⁵ Ministère de l'Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle, de l'Emploi et du Travail, *Etat de situation du Secteur*, 2015

²⁶ 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

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.

1.1.4.3. 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 adéquates²⁷ :

- Compétences des formateurs limitées en andragogie,
- Faible capacité d'utilisation des TIC dans la formation continue,
- 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.

²⁷ MS, 2018, rapport sur l'état des lieux de la formation continue des ressources humaines de la santé

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 organisation²⁸. Ces observations sont en cohérence avec les études disponibles, citées dans le rapport sur l'état des lieux de la formation continue en Guinée, l'Etude sur la réforme de l'enseignement et de la recherche en santé 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 d'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.

1.1.5. Recrutement

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

Les emplois à pourvoir doivent être déterminés annuellement par un arrêté conjoint des ministres en charge de la fonction publique, des finances et du budget. Sur cette base, les recrutements devraient être organisés par le Ministère de la fonction publique, selon diverses modalités applicables (concours, sur dossier, test, examens professionnels)²⁹.

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

²⁸ 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

²⁹Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, art. 27, 29, 30 et 31.

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

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

1.1.6. Gestion

Selon la littérature disponible, la situation du personnel de santé d'un pays peut être améliorée de plusieurs manières, allant de l'augmentation numérique des ressources humaines dotées d'un ensemble de compétences propres à la mise en œuvre de pratiques de gestion basées sur la performance individuelle et collective³⁰, à leur développement professionnel. Ces pratiques de gestion des RHS recouvrent de nombreuses dimensions dont la prise en main passe par une diversité de mesures légales, règlementaires, organisationnelles et fonctionnelles mettant en jeu plusieurs acteurs, mécanismes et procédures. L'examen de ces questions constitue l'objet de la présente section.

1.1.6.1. Cadre juridique et institutionnel

La **base juridique de la gestion des RHS** est constitué de nombreux textes (lois, ordonnance, décret). Cependant ces textes sont faiblement ou pas connus et utilisés, faute des textes d'application.

En termes de **cadre institutionnel**, la Direction des ressources humaines a été créée récemment, avec une mission et une organisation définies. Cependant les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'accomplissement correct de sa mission ne sont que très partiellement disponibles. Seuls le directeur et le directeur adjoint sont nommés ; les autres cadres et agents centraux et des services déconcentrés ne sont pas nommés à fortiori formés. De plus, les postes à pourvoir restent à décrire pour guider la sélection des cadres et agents appropriés. En conséquence, la Direction des RHS n'est pas encore à mesure de conduire avec succès ses fonctions de planification, de formation et de gestion des RHS.

³⁰ Thomas Bossert et al. in Planification Stratégique des Ressources Humaines pour la Santé : Évaluation des Facteurs Financiers, Éducationnels, Administratifs et Politiques, Organisation mondiale de la Santé, 2010

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

1.1.6.2. Affectation, intégration et utilisation

Dans la gestion administrative des structures de santé, la loi stipule la tenue à jour des cadres organiques dans toutes les structures publiques³¹. Mais cette disposition est faiblement appliquée, ce qui crée un environnement institutionnel peu favorable à une gestion rationnelle des effectifs.

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

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

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

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

La répartition géographique des RHS privilégie toujours Conakry. Cependant le déséquilibre de distribution s'est significativement amoindri, la part de Conakry étant passé de 55% en 2012 à 31% des effectifs totaux actuellement. Cette part baisse encore à 28,4% lorsque l'on ne considère que le personnel professionnel de la santé. Conakry est suivie de Kankan (12,6%) et Kindia (12,4%). Mamou compte la plus faible proportion (6,5%).

Dans la pratique, en Guinée, il n'existe pas de dispositifs formels opérationnalisant la gestion de carrière de manière à satisfaire à la fois les objectifs de l'organisation employeuse et les objectifs individuels de développement des employés. Aucun outil n'est mis en place dans ce cadre : plan de carrière, programme de développement de carrière, appréciation du

³¹ Loi 029 portant principes fondamentaux de création et d'organisation des services publics

rendement/évaluation de la performance, etc. La gestion de la formation continue des RHS illustre bien cette absence de stratégie de développement de carrière.

Cependant le cadre légal de base existe. En effet, le statut général des fonctionnaires fixe le cadre commun de cheminement de carrière des agents relevant de la fonction publique. Ce régime général qui aborde le cheminement de carrière prévoit le passage d'un corps professionnel à l'autre dans un même cadre unique ou d'un cadre unique à un autre³²; mais le décret d'application n'est pas disponible. Ceci explique, au moins en partie, le fait que tous les corps de paramédicaux se bousculent aux portes de la faculté de médecine avec l'espoir d'en sortir Médecins.

Ce régime général a été complété, en 2008, par le statut particulier de la santé. Celui-ci a notamment précisé les conditions dans lesquelles les paramédicaux peuvent évoluer dans leur corps d'origine jusqu'à accéder à la hiérarchie A ou B et aux postes de responsabilité correspondant à leur qualification. Malheureusement, quoique représentant un réel progrès, il n'est pas mis en application.

1.1.6.3. Rendement

Le personnel professionnel des structures publiques offre des prestations de soins, des services administratifs d'appui et d'autres activités telles que la formation, la recherche, etc.

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

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

Les données disponibles^{33,34,35,36,37,38} montrent que les indicateurs ont globalement régressé ou stagné, à l'exception de la PF et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié de 2014 à 2017 (tableau 1.1).

³² Ministère de l'Economie et des finances, Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, art. 110.

³³ Ministère de la santé, Annuaire des statistiques sanitaires, 2014

³⁴ Ministère de la santé, Annuaire des statistiques sanitaires, 2015

³⁵ Ministère de la santé, Annuaire des statistiques sanitaires, 2016

³⁶ Ministère de la santé, Annuaire des statistiques sanitaires, 2017

³⁷ Ministère du plan et du développement économique, MICS 2016

³⁸ Ministère du plan et du développement économique, EDSS, 2018

Tableau 1.1 : Tendence de quelques indicateurs de soins au niveau primaire

Indicateurs	2014	2015	2016	2017
Nombre de contacts soins curatifs par habitant*	0.29	0.21	0.24	0.24
CPN4+ (%)**	57		50,6	35,3
Accouchement assisté (%)**	45		62,7	55.3
PF (%)**	6		8,7	10.9
Enfants complètement vaccinés (%)**	37		26.3	23.9

Source : (*) Annuaire statistique du MS, (**) EDS 2012 ou MICS 2016

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

- La proportion des femmes qui bénéficient de la première CPN est 80,9%, mais seules 35,3% bénéficient de CPN4³⁹ ;
- Le taux d'allaitement précoce est de 78%, mais seulement 35,2% des enfants bénéficient de l'allaitement exclusif au sein pendant six (6) mois⁴⁰.
- La couverture vaccinale au BCG est 70% des enfants à la naissance et de 49,5% pour le VAR, soit une déperdition de 20,5 points de pourcentage⁴¹.
- Il en est de même pour la distribution des MILDA qui a une déperdition de 2,3%⁴².

Au niveau secondaire des soins, le taux de césarienne est passé de 2,16% en 2015 à 2,78% en 2017 (norme de 5%) ; le taux d'occupation des lits a baissé passant de 90,9% à 63,59% (cible 80%). Quant à la durée moyenne de séjour, elle passe de 7,53 jours en 2015 à 3,12 jours en 2017, ce qui dénote une baisse significative (plus de la moitié) de la DMS. On pourrait se demander si cette baisse respecte la qualité des soins. Le taux de référence a également baissé entre 2015 et 2017, passant de 1.41% à 1.25% et le taux de mortalité hospitalière s'est accru passant de 4,58% en 2015, à 5,49% en 2017⁴³. Cette dernière observation pose à la fois la question de la qualité des soins et l'état général des malades à leur admission (tableau 1.2).

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

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

Source : (*) Annuaire statistique du MS, (**) Annuaire des hôpitaux

³⁹ Ministère du plan et du développement économique, EDS, 2018

⁴⁰ Ministère du plan et du développement économique, MICS, 2016

⁴¹ Ministère de la santé, *Revue du plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017, 2018*

⁴² Ministère de la santé, *Revue du plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017, 2018*

⁴³ Ministère de la santé, *Revue du plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017, 2018*

1.1.6.4. Départ pour la retraite à l'horizon 2024

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

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

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

L'analyse a porté, donc, sur l'évolution prévisible des effectifs du secteur public, à l'horizon 2024. Pour ce faire, en l'absence de normes nationales de personnel et des nouveaux services à mettre en fonction, les besoins en ressources humaines pour la santé sont estimés sur la base des départs à la retraite et des normes de l'OMS et de la population guinéenne. Les tableaux 1.3 et 1.4 résument les résultats de la démarche.

Tableau 1.3 : Situation prévisible des effectifs des principaux corps (sages-femmes, infirmiers d'Etat et médecins) si les retraités ne sont pas remplacés, à l'horizon 2024

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

Tableau 1.4 : Ecart entre disponible et requis (selon recommandation de l'OMS) des principaux corps (sages-femmes, infirmiers d'Etat et médecins)

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

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

- Une faible densité générale des personnels de santé,
- Un déséquilibre dans la distribution
- Un déséquilibre qualitatif
- D'importants besoins en RHS non couverts
- D'importants départs à la retraite au cours des 6 prochaines années.

1.2. 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 : politique, plans, 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,
- Une faible densité générale des personnels de santé,
- Un déséquilibre dans la distribution,
- Un déséquilibre qualitatif,
- D'importants besoins en RHS non couverts,
- D'importants départs à la retraite au cours des 6 prochaines années.

II. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

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

2.1. La vision

Déduite de l'option prise dans la Loi fondamentale et 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. » Dans le cadre de l'opérationnalisation de cette vision, 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.**

2.2. Principes directeurs et valeurs de la politique

- L'Efficiencia : 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 transfère les compétences dans le domaine de la santé aux dites collectivités locales⁴⁴. 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.

⁴⁴ Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation, Code des Collectivités Locales, Article 29.

- La pertinence : Chaque corps professionnel des RHS doit répondre à un besoin clair dans une des fonctions⁴⁵ 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.

2.3. Objectifs

2.3.1. 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.

2.3.2. 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.

2.4. Axes stratégiques

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

⁴⁵ 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.

2.4.1. Renforcement du cadre et des capacités institutionnelles 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 futurs 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 appuyée par un organe multisectoriel et pluridisciplinaire chargé de débattre de toutes les questions stratégiques et 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. Il veillera également à ce que ledit plan définisse les mesures par lesquelles les compétences requises par corps pour offrir les prestations prioritaires seront produits. Ces référentiels de compétence devront guider toutes les formations (initiales, continues et de spécialisation). Cela suppose l'instauration d'un dialogue franc et permanent entre Ministère de la Santé et les ministères et institutions en charge de la formation initiale.

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 et l'exécution 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, pour en faire une équipe de travail solide. Certains parmi eux seront spécialisés en gestion prévisionnelle des RHS.

2.4.2. 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.

a) 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 accroître la robustesse et la rentabilité 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.

b) 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 :

(i) 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.

(ii) 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 chaînon 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.

(iii) 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...

(iv) *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 employeur-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.

c) Réformes

(i) *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.

(ii) Développement d'un observatoire des RHS

Il s'agira de 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.

2.4.3. 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
- L'amélioration de la répartition des personnels de santé
- 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.

a) 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 appropriées. 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 en 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.

b) 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.

c) 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 publiques⁴⁶. Ce principe guidera la distribution des RHS. Depuis quelques années, les affectations et mutations à Conakry et environs sont plutôt exceptionnelles. Cette disposition sera maintenue et renforcée.

d) 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. A côté de ce régime général le statut particulier de la santé accorde des avantages spécifiques au personnel de santé. Ces dispositions continueront à être appliquées dans le secteur. Toutefois, ces mesures sont insuffisantes. C'est pourquoi des efforts supplémentaires seront déployés dans le sens du renforcement des initiatives et mesures incitatives et de fidélisation des personnels de santé : améliorer la rémunération, offrir des opportunités de formation (continue et de spécialisation) et de nomination aux postes de responsabilité en fonction du temps de service passé dans des zones difficiles ou à des postes spécifiés.

e) Amélioration du cadre institutionnel de gestion des carrières

« Une carrière c'est l'ensemble des emplois qu'une personne occupe pendant sa vie professionnelle. Pour certaines, cette succession d'emplois correspond à un plan qu'elles ont

⁴⁶ Loi 029 portant principes fondamentaux de création et d'organisation des services publics

soigneusement établi. Pour d'autres, leur carrière est le fruit du hasard»⁴⁷. Par ailleurs, le développement de carrière est un processus continu qui engage la double responsabilité de l'employeur et de l'employé.

Pour relever les défis liés au développement de carrière, le Ministère de la santé, veillera à :

a. La mise en place des plans de carrière en collaboration avec les parties prenantes. Il s'agira de :

✓ Pour lui :

- Connaître les forces et les intérêts de ses employés ;
- Les aider à identifier ou à clarifier leurs objectifs en fonction de leurs attentes et des besoins du secteur ;
- Discuter des stratégies possibles et offrir des opportunités de développement ;
- S'informer des intentions professionnelles et des limites personnelles et familiales de chacun⁴⁸.

C'est un processus continu de coaching par lequel le supérieur hiérarchique fixe des défis et aide l'employé à les relever.

✓ Pour le personnel de santé :

- Pouvoir déterminer ce qui l'intéresse et ce qu'il vaut ;
- Exprimer ce qu'il recherche ;
- Être prêt à s'investir lui-même pour acquérir les compétences qui lui manquent ;
- Prendre le temps nécessaire pour atteindre ses objectifs et les réviser régulièrement (surtout si les chemins qui lui sont présentés sont différents)⁴⁹.

b. L'intégration de la formation (continue et de spécialisation) comme stratégie de développement de carrières.

La formation sera utilisée comme levier pour aider les personnels de santé à renforcer leur position de carrière et/ou les fidéliser dans les zones défavorisées. Ainsi, entre autres, la formation sera indexée sur la perspective d'accès à des postes de responsabilités plus élevées ou à des grades supérieurs. A cet effet, les plans de carrière seront systématisés, les procédures d'identification des besoins de formation intégreront les perspectives de carrières des agents et la formation sera un des critères de nomination aux postes de responsabilité.

Ainsi, l'employé doit prendre conscience de ses forces et des éléments qu'il doit améliorer et s'engager à prendre part à son développement professionnel et à la gestion de sa carrière.

⁴⁷ William B. Werther, JR., Keith Davis, Hélène Lee-Gosselin, La gestion des ressources humaines, 2^{ème} édition, McGraw-Hill, éditeurs, 1990

⁴⁸ Emploi Québec, Guide, GRH, TECHNOCompétences, 2013

⁴⁹ Emploi Québec, Guide, GRH, TECHNOCompétences, 2013

III. CADRE DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION DE LA POLITIQUE

La politique de développement des RHS, qui se veut être le principal levier pour relever les défis décrits par l'analyse de situation, se situe à l'interconnexion de plusieurs politiques, programmes et pratiques publics relevant de divers Départements ministériels et institutions : Fonction publique, Santé, Enseignement supérieur, Enseignement professionnel, Finances, Budget, PTF, etc.

Aussi, le Ministère de la Santé, à travers la DRH et le mécanisme intersectoriel des RHS, s'efforcera-t-il à faire inscrire et suivre les priorités de la présente politique dans les agendas et programmes des toutes les parties prenantes, en application du principe « la santé dans toutes les politiques publiques ». A cet effet, tous les dispositifs de développement et de mise en œuvre des politiques et programmes publics touchant les RHS seront mis à profit pour aligner la planification, la production et la gestion des RHS sur les besoins du secteur de la santé. Ces dispositifs sont, principalement :

3.1. Cadre institutionnel de gestion des RHS

La Direction des ressources humaines sera la cheville ouvrière de la mise en œuvre de la politique de développement des RHS. Son leadership sera essentiel pour la mobilisation des parties prenante autour des priorités de la présente politique. Le rôle des différents niveaux (central, régional, préfectoral et communal) sera renforcé avec un accent particulier sur la fonction publique locale.

3.2. Cadre de dialogue et de coordination

Le mécanisme intersectoriel de coordination du développement des RHS sous le leadership du ministère de la santé sera le principal instrument de gestion du partenariat pour le développement des RHS. Il sera renforcé pour mettre en œuvre un agenda à la hauteur des enjeux.

3.3. Cadre programmatique et budgétaire

La présente politique sera mise en œuvre à travers des plans stratégiques quinquennaux et des plans d'action annuels. Les plans stratégiques prendront en compte les priorités du PNDS et les PAO intégreront les besoins de performance des structures opérationnelles de santé et ceux du développement de carrière des employés. Pour faciliter la mobilisation de ressources ces programmations intégreront le processus du cadre des dépenses à moyen terme en vue de garantir la couverture financière des activités retenues dans une perspective à court et moyen termes. De cette façon, la régularité des recrutements de nouveaux personnels sera facilitée conformément aux plans d'effectif projetés par le ministère de la santé.

Le suivi-évaluation est essentiel pour apprécier les progrès et les résultats dans la mise en œuvre de la politique des RHS et prendre des décisions éclairées chaque fois que de besoin.

Ainsi, il sera mis en place un sous-système d'information du SNIS, permettant d'apprécier dans quelle mesure les interventions développées par les diverses parties prenantes sont en train d'être alignées sur les objectifs et stratégies de la présente politique en terme de planification, de production et de gestion des RHS.

A ce titre, la Direction des ressources humaines de la santé, en collaboration avec les partenaires sectoriels et internationaux, veillera à la définition et à la mise œuvre du dispositif de suivi-évaluation.

Dans ce cadre, le système national d'information sanitaire et de gestion sera renforcé de façon à permettre la collecte et le traitement de toutes données nécessaires à la production des informations pertinentes documentant le développement des RHS : informations de routine, recherche et études sur des sujets de préoccupation, rapports administratifs et autres informations secondaires.

Les indicateurs utiles et les stratégies pour les renseigner seront détaillés dans les cadres programmatiques de mise en œuvre de la présente politique, déclinés ci-haut, notamment le plan stratégique de développement des RHS.

CONCLUSION

La présente Politique de développement des RHS est l'aboutissement d'un processus participatif d'analyse de la situation et de la gestion des RHS.

De cette analyse, ont été dégagés une vision, des principes et valeurs, des problèmes prioritaires faisant objet d'intervention, les axes stratégiques, le cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation de la politique.

L'application de cette politique exigera des réformes sur le financement, le cadre juridique, la planification et la formation.

Elle sera mise en œuvre par des plans stratégiques de développement des ressources humaines, eux-mêmes déclinés en plans triennaux et plans d'action opérationnels annuels.

Pour influencer les problèmes touchant au développement des ressources humaines, les départements sectoriels à tous les niveaux contribueront à la mise en œuvre de la présente politique selon l'approche « la santé dans toutes les politiques publiques ».

La mise en œuvre de cette politique nécessitera l'allocation de ressources humaines, financières et matérielles conséquentes en progression notable par rapport aux niveaux actuels, ainsi que la recherche systématique des résultats et de l'efficience dans le domaine des ressources humaines.

La réalisation des priorités de la présente politique se fera à travers un partenariat renforcé au niveau national et international sous le leadership du ministère de la santé dans un cadre exigeant la redevabilité.