



REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MINISTERE DE LA SANTE

**Rapport de l’Audit
Institutionnel, Organisationnel et Fonctionnel
du Ministère de la Santé
République de Guinée**

Cofinancé par l'Union européenne et l'USAID

Novembre 2016

Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité du consortium Ecorys et Health Financing and Governance Project et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'Union européenne et l'USAID.

Reference de contrat spécifique de l'UE: 2016/375547/2 EUROPEAID/132633/C/SER/MULTI
Contrat-cadre bénéficiaire – Lot n°8 – Santé

Mis en œuvre par:

Ecorys Consortium de Santé

Marc Lejars
Guillemette Majesté
Joseph Nkaha

Alpha Ahmadou Bah
Malik Bah
Gbamon Kpoghomou



ECORYS Nederland BV
P.O. Box 4175
3006 AD Rotterdam
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
The Netherlands

T +31 10 453 88 00
F +31 10 453 07 68
netherlands@ecorys.com
www.ecorys.nl
Registration no. 24316726
Dept. of Marketing & Communication
T +31 (0)10 453 88 31
F +31 (0)10 453 07 68

Health Finance and Governance Project (USAID)

Abdelmajid Tibouti
Abdramane Assadou Maiga

Ahmadou Baldé
Maxime Yombouno Saa



Table des matières

Abréviations - Acronymes	6
Résumé	8
1 Introduction.....	19
2 Contexte de l'audit.....	22
3 Performance du MS dans la prestation des soins	24
3.1 <i>La couverture en services de santé reste faible.....</i>	24
3.1.1 L'accessibilité des services de santé.....	24
3.1.2 L'utilisation des services de santé.....	24
3.2 <i>La qualité des prestations de santé.....</i>	25
3.2.1 Le paquet d'activités n'est pas complètement assuré.....	25
3.2.2 Le système de référence - contre référence présente des dysfonctionnements majeurs.....	25
3.3 <i>La perception des usagers sur les services de santé bien que mitigée fait apparaître un sentiment d'un devoir public peu accompli.....</i>	26
3.4 <i>Les mesures de protection contre le risque financier et les dépenses catastrophiques sont quasi inexistantes.</i>	27
3.5 <i>Les pratiques illicites courantes dans les formations sanitaires publiques constituent un obstacle majeur à l'accès universel aux services de santé.....</i>	28
3.6 <i>L'iniquité de la couverture sanitaire pour l'ensemble de la population est très préoccupante.....</i>	28
4 Influence du contexte général du pays sur le fonctionnement et la performance du MS 31	
4.1 <i>Le contexte économique.....</i>	31
4.2 <i>La priorité accordée à la santé</i>	32
4.3 <i>Le contexte institutionnel.....</i>	32
4.4 <i>Le contexte politique et culturel.....</i>	33
5 Structures et organisation du MS.....	36
5.1 <i>Organisation actuelle du MS.....</i>	36
5.1.1 Un faible contrôle du MS sur les deux ressources critiques qui conditionnent sa performance: les ressources humaines et les ressources financières	36
5.1.2 Une absence de structure de régulation du secteur privé	37
5.1.3 Une multiplication de structures et une duplication de fonctions	37
5.1.4 Des relations fonctionnelles et hiérarchiques ambiguës.....	38
5.1.5 Des services rattachés, des structures d'appui et des organes consultatifs peu fonctionnels.....	39
5.1.6 Des structures au positionnement hiérarchique inadéquat par rapport à leurs fonctions.....	40
5.1.7 Centralisation des décisions.....	40
5.2 <i>Projet de Restructuration du MS.....</i>	41
5.3 <i>Recommandations.....</i>	42
6 Gouvernance.....	45
6.1 <i>Décentralisation et déconcentration.....</i>	45
6.2 <i>Coordination.....</i>	46
6.3 <i>Planification, suivi et évaluation</i>	47
6.4 <i>Moralisation et dérèglement du système de santé.....</i>	48

6.5	<i>Recommandations</i>	50
6.5.1	Donner des repères, poser des objectifs	50
6.5.2	Fixer les choix prioritaires déterminants pour l'avenir	50
6.5.3	Renforcer et respecter les attributions réglementaires de chaque niveau de la pyramide sanitaire sans substitution ni usurpation (principe de subsidiarité)	50
6.5.4	Evaluer et contrôler	51
6.5.5	L'exigence et le rendre-compte devront être des préoccupations permanentes.	51
6.5.6	Renforcer le leadership	51
6.5.7	Instaurer une politique d'intégrité et de conformité au travers d'une charte d'éthique	51
6.5.8	Décliner un programme d'intégrité pour mettre en œuvre au quotidien cette charte	52
6.5.9	Communiquer.....	52
6.5.10	Rendre ses droits et prérogatives et donner les moyens nécessaires à l'IGS.....	52
6.5.11	Organisation d'audits techniques spécifiques	53
6.5.12	Instaurer une approche sectorielle	53
7	Ressources Humaines	55
7.1	<i>Les Constats</i>	55
7.1.1	Etat des lieux de la structure de ressources humaines et du fonctionnement de la gestion des ressources humaines (GRH) du MS au niveau central, régional et de district	55
7.1.2	Relations entre le MS et les autres institutions gouvernementales qui pourraient influencer sur son fonctionnement et sa performance	61
7.2	<i>Recommandations</i>	63
7.2.1	Recommandation 1: Mettre en place une fonction RH modernisée, efficace et dynamique au niveau central.....	64
7.2.2	Recommandation 2: Renforcer les capacités quantitative et qualitative de l'unité des ressources humaines	65
7.2.3	Recommandation 3: renforcer la gouvernance des RHS	66
8	Financement du système de santé	70
8.1	<i>Les sources de financement</i>	70
8.2	<i>Elaboration, répartition, et utilisation des fonds</i>	71
8.2.1	Budget public.....	71
8.2.2	Financement Externe	74
8.2.3	Recommandations	75
8.3	<i>Acquisitions des biens et services et report des opérations</i>	76
8.3.1	Sur le plan organisationnel.....	77
8.3.2	Sur le plan technique.....	77
8.3.3	Recommandations	78
8.4	<i>Exécution des missions de contrôle</i>	79
8.4.1	Recommandations	79
9	Le secteur pharmaceutique et le médicament	82
9.1	<i>Cadre organisationnel et institutionnel</i>	82
9.1.1	Organisation du secteur pharmaceutique	83
9.1.2	Cadre institutionnel du secteur pharmaceutique	84
9.2	<i>Circuits d'approvisionnement et disponibilité du médicament</i>	88
9.2.1	Le circuit public d'approvisionnement.....	88
9.2.2	Le circuit privé d'approvisionnement	89

9.2.3	Le circuit illicite d’approvisionnement	90
9.3	<i>Accessibilité financière du médicament</i>	91
9.4	<i>Conclusion</i>	92
9.5	<i>Recommandations</i>	93
9.5.1	Assurer la disponibilité des médicaments de qualité à des prix abordables	93
9.5.2	Renforcer la fonction de régulation du secteur pharmaceutique	94
10	Infrastructures - Equipements	97
10.1	<i>Infrastructures</i>	97
10.2	<i>Equipements</i>	99
10.3	<i>Logistique roulante</i>	99
10.4	<i>Matériels informatiques et bureautiques</i>	100
10.5	<i>Maintenance</i>	101
10.6	<i>Recommandations</i>	101
11	Conclusion	104
	Définitions	106
	Bibliographie	109
	Annexes	113
	<i>Annexe 1 – Termes de Référence</i>	113
	<i>Annexe 2 – Note de cadrage</i>	113
	<i>Annexe 3 – Renforcement des capacités en Gestion des ressources humaines</i>	113
	<i>Annexe 4 – Liste des personnes rencontrées</i>	113

Abréviations - Acronymes

AMM	Autorisations de Mise sur le Marché
AMPS	Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé
ARV	Antirétroviraux
ATS	Agents Techniques de Santé
BSD	Bureau de Stratégie et Développement
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CDMT	Cadres de Dépenses à Moyen Terme
CMC	Centre Médico-Communal
CNM	Commission Nationale du Médicament
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNS	Conseil National de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COSAH	Comité de Santé et d'Hygiène
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Comité Préfectoral de la Santé
CRS	Comité Régional de la Santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTPS	Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS	Comité Technique Régional de la Santé
DAF	Division des Affaires Financières
DCS	Direction Communale de la Santé
DNEHS	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire
DNPSC	Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire
DNSFN	Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRH	Division des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
ENAPGUI	Enquête Nationale sur la Perception des Guinéens
EPA	Etablissement Public Autonome
EPIC	Établissement Public à caractère Industriel et Commercial
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital Régional
IGS	Inspection Générale de la Santé
INSP	Institut National de Santé Publique
IPPS	Institut de Perfectionnement du Personnel de Santé
LNCQM	Laboratoire National du Contrôle de la Qualité des Médicaments
MEF	Ministère de l'Économie et Finances
METP	Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel
MFPREMA	Ministère de la Fonction Publique de la Réforme et Modernisation de l'Administration

MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à longue Durée d’Action
MS	Ministère de la Santé
MVE	Maladie à Virus Ebola
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernemental
PAO	Plan d’Action Opérationnel
PASA	Projet d’Appui à la Santé
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNPCSP	Programme National de Prise en charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA
PNS	Politique Nationale de la Santé
PSE	Paquet de Services Essentiels
PTF	Partenaire Techniques et Financiers
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonatal de Base
SWAP	Sector Wide Approach (Approche Sectorielle)
UE	Union Européenne
USAID	United States Aid for International Development
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VIH/SIDA	Virus à Immunodéficience Humaine

Résumé

Le présent document constitue le rapport final de la mission d'audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la Santé (MS). En exécution du mandat qui nous a été confié, et conformément aux termes de référence de cet audit, il complète et confirme l'analyse de situation et de diagnostic, présentée dans la note de synthèse, validée par le deuxième comité de pilotage et présente les orientations majeures de renforcement des capacités du MS et de l'amélioration de sa performance.

A la fin de 2015, le gouvernement a adopté une nouvelle politique de santé à l'horizon 2035 qui repose sur les soins de santé primaire et le renforcement du système de santé visant à favoriser l'accès universel aux services de santé. Le processus a coïncidé avec la déclaration de l'épidémie de la maladie à Virus Ebola qui a dévoilé les faiblesses du système de santé et contribué à le fragiliser davantage. La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le MS, en collaboration avec ses partenaires, à organiser cet audit.

Son objectif général est de formuler des recommandations visant à rendre le ministère plus performant dans la réalisation des objectifs qui lui sont assignés.

Cette mission conjointe a été conduite par une équipe de dix d'experts mise en place par l'Union Européenne (UE) (6) et l'*United States Agency for International Development* (USAID) (4). Un comité de pilotage a suivi le processus et la bonne orientation de la mission.

Lors de sa phase préparatoire, un plan de travail, une méthodologie, un cadre conceptuel et des outils de collecte ont été élaborés, présentés dans une note de cadrage et validés. A suivi une phase d'investigation et de diagnostic où les données ont été collectées à Conakry (niveau central et régional) et dans les régions de Boké, Labé et Nzérékoré. Des ateliers régionaux de restitution et de partage avec les responsables régionaux, préfectoraux et communaux ont été organisés. A l'issue de ces travaux d'investigation et d'analyse, la mission d'audit a présenté, au deuxième comité de pilotage, ses premiers constats dans une note de synthèse. Ces constats sont repris et développés dans le présent rapport, suivis de nos recommandations. Une feuille de route, véritable document de mise en œuvre, sera élaborée sur la base de ces recommandations.

Le diagnostic a porté sur l'analyse des facteurs institutionnels, organisationnels et fonctionnels qui influencent la performance du MS, dont en particulier:

- L'influence de l'environnement économique, institutionnel, politique et culturel
- L'organisation et le fonctionnement des différentes structures du ministère
- Les enjeux de gouvernance du secteur
- La gestion des ressources humaines

- Le financement
- Le secteur pharmaceutique et le médicament
- Les infrastructures et équipements

La performance du MS est bien en deçà des besoins et des attentes de la population. La faible couverture sanitaire (53% de la population réside à plus de 5km d'un centre de soins) a été aggravée par la fermeture de formations sanitaires touchées par Ebola. Le taux de fréquentation est de seulement 0,30 dans 84,2% des districts. Seules 56% des formations fonctionnelles offrent la totalité du paquet de soins essentiels. Cette faible performance se reflète dans de mauvais indicateurs de santé de la population (mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 123/1000 naissances vivantes et la mortalité maternelle de 724/100000 naissances vivantes) pour ne citer que les plus représentatifs. En cause sont l'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles, leur mauvaise utilisation et l'iniquité géographique et économique de l'accès aux soins, en particulier entre Conakry et les régions. La gratuité de certains services reste théorique. Le risque financier et les dépenses catastrophiques sont aggravés par l'existence de pratiques illégales. La mise en place de la Couverture sanitaire universelle bien qu'inscrite dans la Politique Nationale de la Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), reste à l'état de projet.

Structure et organisation du Ministère de la Santé

L'organisation actuelle du MS est basée sur un dispositif institutionnel étoffé, mais peu fonctionnel et largement inadapté aux missions stratégiques et régaliennes d'un ministère moderne de la santé. L'analyse de ce dispositif fait apparaître: (1) un faible contrôle du ministère sur les deux ressources critiques qui conditionnent sa performance, les ressources humaines et les ressources financières; (2) une multiplication de structures et une duplication de fonctions; (3) des relations fonctionnelles et hiérarchiques ambiguës; (3) des services rattachés, des structures d'appui et des organes consultatifs peu fonctionnels; (4) des structures dont le positionnement hiérarchique est inadéquat par rapport aux attributions; (5) un excès de centralisation des décisions; (6) une absence de structure de régulation du secteur privé.

Le projet de restructuration en cours, décrit dans le dernier décret 137 d'avril 2016, semble fondé sur la considération que l'organisation actuelle du ministère est à l'origine de sa faible performance, y compris les faiblesses dévoilées par l'épidémie Ebola. Les résultats de cet audit montrent que l'organisation n'est pas le facteur déterminant de sa faible performance, mais que celle-ci est plutôt due à des facteurs liés à la gouvernance, à la disponibilité et la gestion des ressources humaines, financières et matérielles.

Le nouveau dispositif institutionnel, préparé dans l'urgence et sans concertation, augmente le nombre des structures sans augmenter les budgets et les locaux nécessaires à leur bon fonctionnement, avec un risque de créer de nouveaux conflits d'attributions et d'aggraver les problèmes de coordination et de collaboration. Il fait perdurer le faible contrôle du ministère sur ses deux ressources critiques; laisse des structures essentielles à sa performance dans leur position hiérarchique actuelle, avec une autorité et des moyens limités; reste

sans structure de régulation ; amplifie l'excès de centralisation, par la multiplication d'attributions opérationnelles au niveau de certaines directions nationales.

Nos recommandations tiennent compte du fait que ce nouveau dispositif sera mis en œuvre malgré toutes ses insuffisances et tentent de répondre à comment dans le court terme les nouvelles structures pourraient mieux fonctionner et dans le moyen terme positionner le ministère pour une réforme organisationnelle plus profonde.

A court terme, il est recommandé de:

1. Renforcer le rôle de la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS), de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL) et de l'Inspection Générale de la Santé (IGS) ;
2. Rendre fonctionnelles les structures qui ne le sont pas: le Laboratoire National du Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM), la Commission Nationale du Médicament (CNM), le Conseil National de la Santé (CNS), et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP);
3. Définir par arrêté ministériel les relations fonctionnelles et hiérarchiques entre les structures centrales et le reste du système de santé;
4. Réviser les nouveaux cadres organiques afin de supprimer les attributions de type opérationnel des directions nationales concernées et recentrer leur rôle sur les attributions du niveau central;
5. Réviser le cadre et ancrage institutionnel des Directions Régionales de la Santé (DRS) et des Directions Préfectorales de la Santé (DPS) en fonction de leurs missions et leur conférer les pouvoirs de décision nécessaires à une bonne gestion;
6. Renforcer à tous les niveaux les rôles des structures de coordination: le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS), le Comité Régional de la Santé (CRS), et le Comité Préfectoral de la Santé (CPS);
7. Renforcer la planification régionale par l'octroi de budgets adéquats et l'intégration des Plans d'Action Opérationnels (PAO) des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans les plans régionaux;
8. Renforcer l'appui technique du niveau central aux régions et celui des régions aux préfetures et explorer la faisabilité de ré-instituer la supervision mensuelle de tous les centres de santé d'une préfecture par les DPS;
9. Revoir l'approche actuelle de participation communautaire.

A moyen terme:

Il faudra redéfinir et clarifier les rôles, attributions, relations hiérarchiques et fonctionnelles des niveaux centraux, intermédiaires, et périphériques c'est à dire:

1. Recentrer le rôle et les attributions du niveau central sur ses fonctions stratégiques: (i) leadership; (ii) planification stratégique; (iii) coordination du secteur de la santé; (iv) régulation (normative et contrôle); (v) allocation des ressources (y compris la fonction achat et la contractualisation); (vi) suivi et évaluation;

2. Eviter les conflits de compétence et faciliter les relations fonctionnelles en regroupant les attributions et compétences par grande fonction (Ex: promotion et prévention; restauration de la santé, fonctions de planification stratégiques, coordination, allocation de ressources, etc.);
3. Mettre à jour, redéfinir normes, procédures et cadres normatifs;
4. Mettre en place les ressources humaines et matérielles nécessaires.

Le résultat final serait un organigramme concentré sur les fonctions essentielles que doit remplir le niveau central d'un ministère moderne de la santé en six directions nationales: Planification; Ressources Financières; Ressources Humaines; Soins Hospitaliers et des Soins Ambulatoires; Santé Publique; Pharmacie, Laboratoires, et Technologies Médicales.

Gouvernance

La gouvernance se caractérise par une insuffisance à la fois de la gouvernance politique et de la gouvernance organisationnelle. Pour la première on note une insuffisance de: (1) cadre législatif et réglementaire et de respect des textes et bonnes pratiques; (2) participation citoyenne, la participation et l'implication effective des communautés; (3) cadre de dialogue politique; (4) collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation; (5) l'exigence, fermeté et redevabilité, transparence, et lutte contre la corruption. Une défaillance du partage d'objectifs individuels et collectifs ciblés, de résultats attendus mesurés et évalués, de système d'évaluation des performances individuelles et collectives et de contrôle, favorise démotivation, frustration, désengagement, passe-droit, impunité.

Pour la gouvernance organisationnelle on note une multiplicité de décrets et organigrammes, des attributions des structures aux différents niveaux ne respectant pas le principe de subsidiarité. Mais aussi: (1) des capacités institutionnelles et de leadership insuffisantes; (2) une absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation avec une absence de budget de fonctionnement et de possibilité de gestion des ressources humaines basée sur les besoins; (3) une insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation, aggravé par une faiblesse du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), et du contrôle du secteur.

Il nous paraît donc nécessaire à une amélioration de la gouvernance de: (i) partager des repères et des objectifs, fixer les choix prioritaires en fonction des ressources humaines et financières, évaluer et contrôler les résultats individuels et collectifs, renforcer le leadership; (ii) renforcer et respecter les attributions réglementaires de chaque niveau de la pyramide sanitaire sans substitution ni usurpation; (iii) avoir pour préoccupation permanente l'exigence et le rendre-compte.

Afin de mettre en œuvre ces recommandations nous proposons de:

1. Instaurer une politique d'intégrité et de conformité au travers d'une charte d'éthique, qui sera déclinée en un programme opérationnel d'intégrité pour assurer son application au quotidien;

2. Elaborer une politique et un plan de communication pour s'assurer d'une bonne circulation transversale et verticale de l'information au sein du ministère des textes réglementaires et des réformes, mais aussi à l'extérieur pour améliorer son plaidoyer auprès du gouvernement et des PTF;
3. Rendre ses droits et prérogatives avec les moyens nécessaires à l'IGS pour qu'elle puisse remplir ses missions d'évaluation et de contrôle;
4. Renforcer l'approche sectorielle, en cours d'élaboration après la signature du Compact National, centrée sur une planification opérationnelle commune et une revue annuelle conjointe.

Gestion des ressources humaines

De l'observation du fonctionnement et de l'organisation de la Division des Ressources Humaines, il ressort que les fonctions appropriées au développement des ressources humaines du ministère ne sont pas opérationnelles. Elles ne peuvent contribuer en l'état à la performance du ministère de la santé et lui assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et qualité suffisante pour qu'il y ait amélioration de l'état de santé de la population.

La faiblesse quantitative et qualitative de l'effectif de cette division et son niveau inadéquat par rapport aux enjeux que représentent les ressources humaines en santé ne lui permettent pas d'être force de proposition au niveau interne central, décentralisé et externe au ministère.

Les recommandations sont de 3 ordres:

1. Fonctionnel, il s'agit de recentrer ses activités sur une fonction ressources humaines modernisée et dynamique, utilisant les méthodes et outils de gestion de nature à mobiliser, responsabiliser, valoriser les ressources humaines du ministère;
2. Organisationnel, par le renforcement quantitatif et qualitatif de ses effectifs et des effectifs impliqués dans la dynamique;
3. Institutionnel en érigeant cette unité au niveau d'une direction nationale sous l'autorité du MS, afin de renforcer sa gouvernance au niveau central et qu'elle devienne un acteur clé pour le suivi de la PNS et la réussite du plan de relance et de résilience.

Financements

Les besoins de la santé ne constituent pas une priorité dans les décisions budgétaires. La part du budget de l'Etat consacrée à la santé ne couvre pas les besoins de base. Les PTF apportent une aide financière et une assistance technique très importante mais une grande partie échappe au contrôle du ministère. La part des ménages dans les dépenses de santé (supérieure à 60%) est la plus importante, entravant l'accessibilité financière de la population aux soins de santé.

Les directions centrales et les services déconcentrés ne sont pas impliqués dans l'élaboration du budget. Les décisions budgétaires relatives aux fonds publics sont prises de manière isolée entre le Ministre et la Division des Affaires Financières (DAF) sans la prise en compte des besoins réels.

Excepté les salaires des fonctionnaires et contractuels directement payés par le Ministère de l'Économie et Finances (MEF), les DRS et les DPS ne reçoivent pas de budget de fonctionnement. Ces structures se « débrouillent ». De plus, les parts de subventions affectées aux services déconcentrés sont transmis aux utilisateurs de manière irrégulière, en très faible quantité et pratiquement en fin d'exercice.

Le niveau d'exécution du budget public est faible du fait de l'absence d'une programmation cohérente, et des retards dans la réception des fonds transmis par le MEF. La part de budget consacré aux investissements est faible et mal utilisée. La distribution des financements est très inégalitaire. La part de budget de fonctionnement alloué à Conakry est plus importante que celle réservée au reste du pays alors que Conakry n'abrite que 15% de la population.

Le ministère n'a ni suivi, ni contrôlé sur les fonds. Ceci pose un problème de planification et de coordination des actions du département. Les gestionnaires ne disposent pas toujours de ressources humaines formées et d'outils de gestion adéquats pour mener les actions conformément aux exigences.

Aussi nous recommandons:

1. Le MS devra engager un plaidoyer auprès du Premier Ministre en vue d'une augmentation de la part du budget alloué à la santé, avec comme objectif d'atteindre à moyen terme le niveau recommandé par l'OMS;
2. Améliorer la coordination entre le ministère et les organismes internationaux afin que tous les financements à tout niveau, soient enregistrés et contrôlés au niveau de la DAF;
3. Impliquer de manière systématique, les directions centrales et les services déconcentrés dans l'élaboration du budget et élaborer ce budget à partir des activités et des besoins réels;
4. Prévoir et transférer systématiquement, dans les délais, les allocations de fonctionnement des directions régionales et préfectorales. Ceci leur permettra de mettre un terme à la « débrouille », caractérisée par des pratiques frauduleuses, et les subventions des centres hospitaliers et autres Etablissements Publics Autonomes (EPA);
5. Rétablir l'équilibre dans la répartition des fonds entre la ville de Conakry et le reste du pays;
6. Renforcer la préparation du budget d'investissement en s'appuyant sur la base d'un recensement réel des besoins en infrastructures et équipement et d'un plan de rénovation de ces infrastructures;
7. Accroître le niveau d'exécution du budget du ministère par la mise en place d'une programmation des activités budgétisées et d'un système de suivi-évaluation.

Les acquisitions des biens et services présentent de nombreuses anomalies. Ainsi, plusieurs contrats exécutés ne figurent pas dans le plan annuel de passation des marchés; des contrats relatifs aux travaux de construction, rénovation et extension de centres de santé ont été passés sur la base d'une simple autorisation du Ministre de l'Économie et des Finances, en contradiction

avec les dispositions du code des marchés publics. Plusieurs marchés sont contractés sans ligne de crédits et le niveau de paiement des contrats n'est pas conforme à leur niveau d'exécution. etc. De plus, le niveau d'exécution du Plan de passation des marchés est très faible. Enfin, plusieurs contrats sont exécutés dans les régions sans que les DRS n'en soient informés.

Aussi nous recommandons de:

1. Respecter systématiquement les dispositions du code des marchés publics et les directives des bailleurs de fonds, principalement en ce qui concerne la contractualisation sur la base du gré à gré;
2. Respecter les procédures de passation des marchés;
3. S'assurer au préalable que la mise en œuvre d'une procédure de passation d'un marché devant aboutir à la signature d'un contrat a fait l'objet d'un crédit mis en place;
4. Identifier tous les marchés payés et non réalisés/ou non-achevés et sanctionner les responsables;
5. Mettre en place un système cohérent de suivi des contrats;
6. Les DRS et les DPS doivent obligatoirement obtenir copie de tous les contrats signés pour la réalisation des infrastructures et autres matériels dans leur zone de compétence. Ils devront veiller à l'exécution des travaux, valider les décomptes et participer aux séances de réception provisoire et définitive.

L'organisation de la DAF ne lui permet pas d'assurer ses missions de gestion financière et comptable, de report des opérations, suivi financier des activités, ni d'avoir un fonctionnement efficace et efficient. Elle manque de ressources humaines en qualité et quantité. Elle n'a pas de structure relai au niveau déconcentré. Par ailleurs aucune disposition n'est en place pour le suivi des données des projets et programmes du secteur de la santé.

Sur le plan technique, la comptabilité est automatisée mais ne dispose pas de logiciel de comptabilité au niveau des services du ministère. L'enregistrement des opérations comptables est effectué au niveau de la chaîne des dépenses du MEF par les comptables du ministère de la santé. Les documents comptables ne sont ni analysés, ni validés par le DAF, ni avant ni après leur enregistrement. Ainsi: a) des dépenses sont enregistrées dans des catégories budgétaires non appropriées; b) des montants de crédit sont erronés; c) le paiement des dépenses n'est pas ordonnancé. Par ailleurs la nomenclature du budget ne permet pas de cerner les dépenses à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les documents de base relatifs à la gestion des immobilisations acquises n'existent pratiquement pas, par conséquent les inventaires physiques des immobilisations du ministère ne sont pas effectués.

Aussi, il conviendrait de:

1. Restructurer la DAF et l'ériger en Direction des Affaires Administratives et Financières, et lui assigner toutes les missions tant sur le plan de la gestion financière que sur le plan de l'acquisition des biens et services;

2. Renforcer l'équipe de gestion financière du ministère par le recrutement de jeunes diplômés;
3. Renforcer les capacités de tout le personnel de la DAF sur les normes et procédures de la gestion financière et de la comptabilité publique;
4. Entreprendre des discussions avec le ministère des Finances en vue d'acquérir un logiciel de gestion financière et comptable compatible avec le système comptable de ce ministère.
5. Recruter un consultant qui sera chargé d'élaborer les procédures de gestion financière et comptable adaptées aux activités de la DAF, et de former l'équipe de la DAF à leur utilisation:
6. Mettre en place un système de comptabilité à tous les niveaux du ministère, et procéder à l'inventaire physique de toutes les immobilisations.

En ce qui concerne les missions de vérification et de contrôle l'inspection générale n'est pas fonctionnelle et les directions centrales et les services rattachés ne voulant pas être contrôlés font constamment opposition aux vérifications. L'inspection générale n'a aucun regard sur les activités de la DAF. Les missions d'audit financier et comptable des établissements publics sous la tutelle du ministère ne sont pas effectuées. Les missions du Commissariat aux Comptes, statutairement prévues dans les textes qui régissent les hôpitaux et les établissements sous la tutelle du ministère ne sont pas exécutées. Les organes externes, particulièrement la Cour des Comptes et l'Inspection d'Etat n'ont exécuté aucune mission de contrôle ou de vérification.

Aussi, nous recommandons de:

1. Restructurer l'IGS en renforçant ses capacités de contrôleur financier a posteriori et la doter des ressources nécessaires;
2. Donner une lettre de mission officielle et permanente à l'IGS lui permettant d'effectuer ses missions de vérification dans tous les services et établissements qui bénéficient des subventions du budget de l'Etat.
3. Rendre fonctionnel les conseils d'administration des établissements de santé, et exiger que la certification des comptes soit effective dès 2016;
4. Revoir le système de recrutement des cabinets chargés d'auditer les programmes et les projets de santé.

Secteur pharmaceutique et médicaments

Le médicament joue un rôle stratégique dans le fonctionnement et le financement du système de santé. En 2010, il a représenté 48% de la dépense totale de santé et 76.5% des dépenses de santé des ménages. Le médicament constitue donc un intrant incontournable dans le processus de soins, et sa disponibilité et son utilisation affectent aussi bien la qualité des soins que les recettes des structures de santé.

La mission d'audit a évalué la performance du ministère pour ses deux missions essentielles dans le domaine du médicament, à savoir:

- Assurer la disponibilité de médicaments de qualité à des prix abordables;
- Assurer la régulation du secteur pharmaceutique.

L'audit a examiné le rôle et l'impact des facteurs institutionnels et organisationnels sur le fonctionnement et la performance du ministère dans ce domaine.

La disponibilité de médicaments essentiels de qualité et à des prix abordables est loin d'être assurée. La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) ne parvient pas à jouer le rôle attendu d'elle en matière d'approvisionnement, en raison de facteurs internes liés à sa propre gestion et de facteurs liés au contexte institutionnel et organisationnel dans lequel elle fonctionne, comme la multiplication des circuits parallèles d'approvisionnement et la subordination de la PCG aux lourdeurs et lenteurs de règles régissant les marchés publics. La logique administrative de gestion de l'approvisionnement public en médicaments qui prévalut à ce jour apparaît aujourd'hui dépassée.

Le ministère ne parvient pas à assurer la régulation du secteur pharmaceutique. En effet, la DNPL n'exerce ses compétences que sur une partie minimale du secteur privé. Cette faible performance s'explique par un manque aigu de ressources humaines et matérielles, mais aussi et surtout par une gouvernance défailante, un manque de motivation du personnel, des interférences politiques fréquentes, un cadre institutionnel et organisationnel inadéquat et un faible leadership.

En l'absence de concurrence active de la PCG et du contrôle efficace de la DNPL et de l'IGS, la multiplication du nombre de grossistes-répartiteurs apparaît aujourd'hui comme un des obstacles majeurs à surmonter pour rationaliser ce secteur. Le marché illicite des contrefaçons de médicaments constitue désormais un acteur essentiel qui répond à des besoins non satisfaits. Le contrôle et la réduction du rôle de ce secteur passent nécessairement par la satisfaction des besoins de la population en médicaments de qualité à des prix abordables.

Les recommandations s'inscrivent dans une vision à long terme sous l'impulsion et le leadership de l'État. Il est donc recommandé pour assurer la disponibilité des médicaments de qualité à des prix abordables de:

1. Déléguer la fonction d'approvisionnement à la PCG;
2. Assainir, consolider et renforcer le fonctionnement de la PCG en: (a) restaurant et consolidant la trésorerie et apurant la question de la dette fournisseurs/dette de l'État; (b) recherchant des solutions pour sa recapitalisation; (c) améliorant les dispositions d'exonération fiscale et douanière en contrepartie de la mission de service public; (d) poursuivant la démarche de logistique intégrée avec l'ensemble des PTF; (e) renforçant sa logistique et mettre aux normes les conditions de stockage de ses produits de santé; (f) respectant le rôle exclusif de la PCG comme centrale d'achat publique;
3. Assurer la qualité des médicaments en: (a) révisant la réglementation du contrôle de qualité et instituant son obligation pour tous les médicaments mis sur le marché; (b) clarifiant le statut d'autonomie du Laboratoire National du Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM) et sa position dans l'organigramme du ministère; (c) renforçant les moyens humains et matériels du LNCQM, le positionnant comme partenaire incontournable du contrôle de la qualité vis-à-vis de la PCG et de la DNPL,

l'intégrant dans un réseau technique international de contrôle de qualité, d'échanges scientifiques et techniques et lui permettant de facturer ses services et de s'ouvrir à une clientèle extérieure au ministère;

4. Améliorer l'accessibilité financière des médicaments en: (a) mettant en œuvre les mesures nécessaires à l'application stricte de la politique de médicaments essentiels, y compris la rationalisation des prescriptions; (b) encourageant les achats groupés de médicaments pour bénéficier des économies d'échelle; (c) ré-instituant la subvention sélective d'une liste limitée de médicaments essentiels et vitaux; (d) négociant et actualisant les marges bénéficiaires des grossistes-répartiteurs, officines de pharmacie, pharmacies d'hôpitaux et centres de santé; (e) renforçant les inspections et contrôle de prix dans les secteurs public et privé; (f) faisant respecter la gratuité des médicaments et autres produits de santé fournis dans le cadre des initiatives de gratuité.

Pour renforcer la fonction de régulation du secteur pharmaceutique il conviendra de:

1. Réviser et mettre à jour le cadre législatif, réglementaire et normatif pour combler les insuffisances et prendre en compte l'évolution du secteur;
2. Renforcer la fonction contrôle / inspection de la DNPL, y compris par le recrutement de pharmaciens inspecteurs et la modification de l'organigramme et clarifier et formaliser les fonctions d'inspection dévolues à l'IGS, aux DRS;
3. Renforcer le rôle de la PCG comme centrale d'achat des médicaments
4. Faire l'inventaire des principaux acteurs (grossistes, officines, laboratoires) du secteur pharmaceutique;
5. Instaurer par arrêté ministériel un nouveau système d'accréditation de l'ensemble des grossistes répartiteurs;
6. Mettre en place les mécanismes nécessaires permettant la traçabilité de tous les médicaments importés et assurer un contrôle plus efficace des importations de médicaments en concertation avec les services de douane et de la police des frontières;
7. Revitaliser, appuyer et renforcer la fonction de pharmacovigilance;
8. Revitaliser et renforcer le rôle des structures d'appui telles la CNM et le LNCQM.

Infrastructures équipements

Il existe un important déficit et une mauvaise répartition des infrastructures. Les locaux tant administratifs que ceux des structures de soins sont dans l'ensemble en mauvais état. Les structures de santé sont très mal desservies en eau, assainissement et énergie électrique ou solaire avec les répercussions sur l'hygiène des soins.

Il y a aussi une insuffisance en équipements biomédicaux dont 70% ne sont pas disponibles. Et seuls 34% des équipements des centres de santé, sont conformes. Il n'existe pas de plan de développement des infrastructures et des équipements, la carte sanitaire n'est pas actualisée, le système de maintenance des

infrastructures et équipements et moyens roulants est inopérant, et les systèmes d'information, de communication et de documentation sont défectueux.

En conséquence il conviendrait de:

1. Restructurer et renforcer la Division Infrastructure Equipement;
2. Actualiser périodiquement la carte sanitaire;
3. Faire un inventaire de tous les matériels et équipements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et tenir à jour les livres de comptabilité matière;
4. Elaborer un plan de développement des infrastructures et des équipements;
5. Elaborer une politique de maintenance et mettre en place un système performant couvrant les structures de santé à tous les niveaux;
6. Poursuivre le processus de construction/rénovation des infrastructures sanitaires sans oublier l'eau et l'assainissement;
7. Améliorer la gestion du parc automobile;
8. Mettre en place un système d'archivage au niveau central et déconcentré.

En conclusion, nous pensons que les recommandations de cet audit ont le potentiel d'améliorer la performance du ministère si elles sont mises en application dans leur ensemble. Elles pourront s'appuyer sur plusieurs opportunités qui ont été identifiées et pourront servir de levier afin de réussir le changement :

- La disponibilité, la mobilisation de tous agents interrogés, l'importance accordée à la mission et leurs attentes, a semblé un signe fort de recherche de changement et de volonté d'amélioration ;
- L'engagement des PTF à accompagner les processus de renforcement des capacités dans le cadre du Compact national ;
- L'existence d'excellents documents politiques, stratégiques et opérationnels et d'outils de gestion, manuels de procédures et outils de coordination ;
- L'existence d'un système de recouvrement des coûts ;
- La mise en place de la base de données informatisée des effectifs du MS et du SNIS sur la base DHIS2, ont semblé fédérer les agents autour de ces projets essentiels.

Une structure facilitant son fonctionnement, une meilleure gouvernance, et l'optimisation des ressources humaines, financières et matérielles, permettront un accès plus équitable de la population à des soins et des médicaments de qualité. La mise en œuvre d'une couverture sanitaire universelle doit guider le développement sanitaire du pays. Il y a là un besoin de volonté politique, d'une application rigoureuse des lois et règlements, et de la fin de la complaisance.

1 Introduction

Cet audit organisationnel du Ministère de la santé (MS) a été considéré comme indispensable dans le contexte d'application de la Politique Nationale de Santé (PNS) et de la mise en œuvre de ses plans opérationnels par le MS et ses partenaires, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union Européenne (UE) et l'*United States Agency for International Development* (USAID). L'UE, dans le contexte de la mise en œuvre du Projet d'Appui à la Santé (PASA) s'est engagé à cofinancer la réalisation de cet audit avec l'USAID.

Cet audit est également considéré comme un élément constitutif de l'analyse de situation du secteur de la santé. Il doit servir à proposer des solutions organisationnelles, institutionnelles et fonctionnelles à travers la pyramide sanitaire (du niveau central aux niveaux régional et de district) pour améliorer la performance du système au bénéfice de la population. Il doit permettre une réflexion constructive et commune de tous les acteurs du secteur afin d'améliorer la gestion du MS axée sur les résultats.

L'objectif de cet audit, tel que défini dans les termes de référence (*Annexe 1*), est de formuler des recommandations visant à rendre le MS plus performant dans la réalisation des objectifs qui lui sont assignés.

Les résultats attendus sont les suivants:

1. L'audit organisationnel, opérationnel et fonctionnel du MS comportant des recommandations visant à améliorer son organisation, son fonctionnement et sa capacité opérationnelle est remis;
2. L'état des lieux de la structure et du fonctionnement du MS au niveau central, régional, de district est réalisé;
3. Les relations, d'une part, entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, district) et d'autre part, entre les structures d'un même niveau de cette pyramide sont analysées;
4. L'adéquation globale entre la mission, les fonctions et l'organisation actuelle de MS, ainsi qu'aux différents paliers de système de la santé est diagnostiquée;
5. Les relations entre MS et les autres institutions gouvernementales (Ministères chargés de la Fonction publique, de la décentralisation, etc.), l'environnement juridique et réglementaire interne et externe du MS, qui pourraient influencer sur son fonctionnement et sa performance sont analysés;
6. Des mesures correctrices et outils d'amélioration de toutes les insuffisances identifiées sont proposées;
7. Une feuille de route, basée sur les recommandations de cet audit est rédigée et validée.

C'est une mission conjointe d'une équipe d'experts mise en place par l'UE (3 nationaux et 3 internationaux) et l'USAID (2 nationaux et 2 internationaux). Un

comité de pilotage en a suivi le processus et la bonne orientation avec l'appui du Bureau de Stratégie et Développement du Ministère..

Lors de sa phase préparatoire, un plan de travail, une méthodologie, son cadre conceptuel et ses outils de collecte ont été élaborés, présentés dans une note de cadrage (*Annexe 2*) et validés au cours du premier comité de pilotage, organisé le 26 août 2016 dans les locaux du MS. A suivi la phase d'investigation et de diagnostic où les données ont été collectées à Conakry et dans les régions de Boké, Labé et Nzérékoré. Quatre ateliers régionaux de restitution et de partage ont été organisés. A l'issue de ces travaux d'investigation et d'analyse au niveau central et dans les régions ciblées, la mission d'audit a présenté ses premiers constats dans une note de synthèse présentée et discutée lors du deuxième comité de pilotage, organisé le 23 septembre 2016 à la salle de conférence du MS. Ces constats sont repris et développés dans le présent rapport et sont suivis des recommandations. Une première présentation a été faite lors d'une audience avec le MS, le 12 octobre 2016. Le rapport provisoire a ensuite été présenté et discuté lors du troisième comité de pilotage, organisé le 14 octobre 2016, à la salle de conférence du MS. Enfin, une feuille de route sera élaborée séparément à partir de ces recommandations. Elle en sera le véritable document de mise en œuvre.

Cette mission a fait face à un certain nombre de contraintes à cause desquelles certains résultats restent sans doute incomplets ou n'ont pu être obtenus:

1. La principale contrainte a été la gestion du temps imparti très court compte tenu du volume de travail pour la réalisation de cet audit. Nous espérons cependant que cet exercice, couvre les aspects prioritaires nécessaires à une amélioration rapide de la performance du MS;
2. Le problème de coordination et d'information concernant les agendas des experts mobilisés par l'USAID (une seule mission de 50 jours) et ceux mobilisés par l'UE (travail divisé en 3 missions de 3 semaines chacune) a entraîné quelques perturbations en début de mission;
3. Si les responsables, des différents services et structures que nous avons rencontrés au cours de notre collecte d'information ont été très disponibles, et nous les en remercions ici, il s'est avéré difficile d'organiser les diverses réunions, en particulier les comités de pilotage, ce qui a perturbé un agenda déjà très serré;
4. Le début de la mission coïncidait avec les vacances de nombreux cadres, ce qui a retardé certaines des rencontres importantes;
5. Certains documents ont été mis à disposition tardivement;
6. Le MS n'a organisé aucun rendez-vous avec les autres institutions gouvernementales faute d'avoir écrit et envoyé les lettres d'introduction réclamées par ces institutions. Cependant certaines (Ministère de la Fonction Publique de la Réforme et Modernisation de l'Administration (MFPREMA), Budget, Commerce, Enseignement supérieur), grâce aux contacts personnels de certains des experts, ont pu être contactées ou ont été représentées lors des ateliers.

2 Contexte de l'audit

La République de Guinée reconnaît dans sa Constitution la santé comme un droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Le pays s'est doté d'une PNS qui est l'instrument de mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays.

Fin 2015, le gouvernement a adopté une nouvelle politique à l'horizon 2035 qui repose sur les soins de santé primaire et le renforcement du système de santé visant à favoriser l'accès universel aux services et soins essentiels de santé. Le processus d'élaboration de la PNS a coïncidé avec la déclaration, en mars 2014, de la plus grande épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) de l'histoire de la Guinée. La sortie n'a été annoncée qu'à la fin décembre 2015. Le pays reste toujours sous surveillance épidémiologique. L'épidémie MVE a éprouvé la résilience du système de santé qui n'a pas été en mesure de garantir à la population une préparation et une réponse efficace contre le risque épidémique. Bien que l'impact de cette épidémie sur l'ensemble du système de santé ne soit pas totalement évalué, chaque pilier du système a été analysé et chaque orientation stratégique prioritaire de la PNS a été développée à la lumière des faiblesses que cette épidémie a mises en évidence.

L'instrument de mise en œuvre de la PNS est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Le PNDS est traduit en programmes nationaux et en Plans d'Action Opérationnels (PAO) des directions centrales, régionales, préfectorales. La réalisation des priorités de la PNS se fera à travers un partenariat renforcé au niveau national et international sous le leadership du gouvernement. La PNS et le PNDS respectent les principes de l'efficacité de l'aide par l'élaboration et la signature d'un Compact national qui définit les modalités du financement et de la redevabilité.

Le succès de l'application de la nouvelle PNS passe par des réformes du système de santé sur les plans politique, juridique et institutionnel et la mise en place de mesures et mécanismes spécifiques destinés à améliorer le fonctionnement, la coordination et la redevabilité dans le système de santé. En matière de réforme institutionnelle, les mécanismes porteront sur trois domaines: (1) la réforme de l'organisation du système; (2) l'adaptation du cadre juridique et; (3) la réforme hospitalière. Sur le plan de l'organisation du système, la réforme prévoit de renforcer le leadership et la gouvernance sanitaire avec des mesures sur la décentralisation et la déconcentration à travers un nouveau partage des rôles entre les niveaux central, régional, préfectoral et les collectivités locales par: (i) le transfert de responsabilités et de moyens correspondants et; (ii) le renforcement de l'autonomie de ces derniers. Au niveau central, les réformes porteront sur la mise en place de structures et de moyens pour orienter le système et assurer le soutien stratégique aux formations sanitaires. Les instances de coordination à tous les niveaux devront être revues et adaptées aux nouveaux choix.

Sur le plan juridique, les efforts visent à la revue et l'adaptation des textes juridiques existants notamment la loi pharmaceutique, les lois organiques fixant le statut de certaines structures, le code de santé publique, l'harmonisation des normes et standards sanitaires ainsi que les procédures de gestion des ressources, d'audit, d'inspection, de contrôle de gestion, de supervision, de suivi et d'évaluation ainsi que l'introduction de nouvelles lois relatives à la création des structures de régulation, de gestion, de contrôle de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Au niveau de la réforme hospitalière, il est prévu de renforcer le système de soins pour délivrer des prestations de service de qualité, centrées sur le patient, tout en garantissant un accès équitable à l'ensemble de la population. Un accent sera mis sur le renforcement des soins de santé primaire avec un hôpital de district fonctionnel et un réseau de centres de santé intégrés, appuyés par des services de santé à base communautaire, le renforcement des hôpitaux régionaux et nationaux, l'intégration du secteur privé et de la société civile dans la contractualisation de soins et de services, ainsi que la mise à jour et l'harmonisation des paquets de services essentiels (PSE) de santé.

La réalisation d'un audit organisationnel du MS est amplement justifiée par l'ensemble des insuffisances constatées dans l'organisation du système de santé et dans le fonctionnement de l'administration sanitaire. Il est considéré comme indispensable dans le contexte de l'application de la PNS et la mise en œuvre du PNDS et de ses plans opérationnels.

3 Performance du MS dans la prestation des soins

3.1 La couverture en services de santé reste faible

3.1.1 L'accessibilité des services de santé

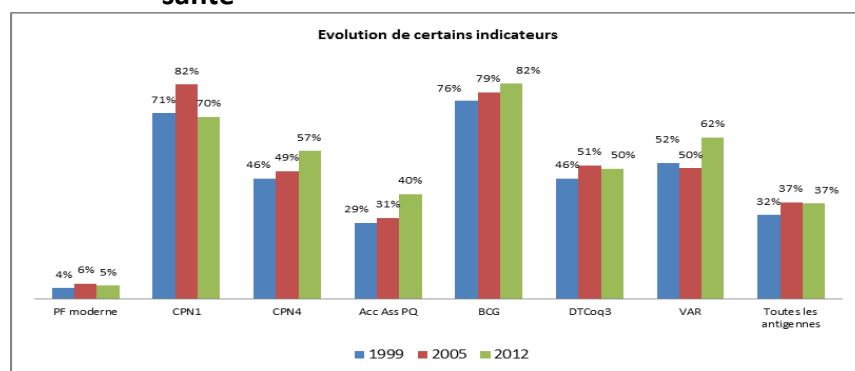
En 2014, 47% de la population¹ résidait à plus de 5 km d'une formation sanitaire. Cette situation s'est aggravée en 2015 pour atteindre 53% à cause de la fermeture de 94 formations sanitaires en 2014 suite à l'épidémie MVE. Cette situation a été confirmée lors des visites dans les régions. Par exemple, à Nzérékoré, l'une des régions les plus touchées par la MVE, dans les districts de santé de Macenta et Lola, respectivement 31% et 49% des postes de santé ne fonctionnent plus à cause du manque de personnel.

3.1.2 L'utilisation des services de santé

Le niveau d'utilisation² des services de santé est faible, avec un taux de fréquentation de 0,30 dans 84,2% des districts sanitaires. Cette situation³ a été aggravée par la survenue de l'épidémie de la MVE qui a créé une telle psychose que les populations avaient déserté les formations sanitaires. C'est ainsi que les taux de consultations prénatales, d'accouchement assistés et de couverture vaccinale ont baissé respectivement de 25%, 20% et 30%.

Les indicateurs de résultats comme les taux de prévalence contraceptive (PF), des accouchements assistés par du personnel qualifié (Acc.Ass.PQ) et de couverture vaccinale complète (tous les antigènes) montrent une faible performance des structures de santé⁴. En 2012, ces indicateurs sont respectivement de 5%, 40% et 37%.

Graphique 1 Evolution de certains indicateurs de l'utilisation des services de santé



Cependant, ceux relatifs aux premières visites de consultation prénatale avec la couverture vaccinale en BCG (Bacille de Calmette et Guérin) sont à un niveau assez élevé. Il y a donc un problème sérieux de continuité des services qui

¹ Stratégie de relance socio-économique Post Ebola, 2015-2017, juin 2015.

² EGS 2014, offre et prestations de soins

³ Stratégie de relance socio-économique Post Ebola, 2015-2017, juin 2015.

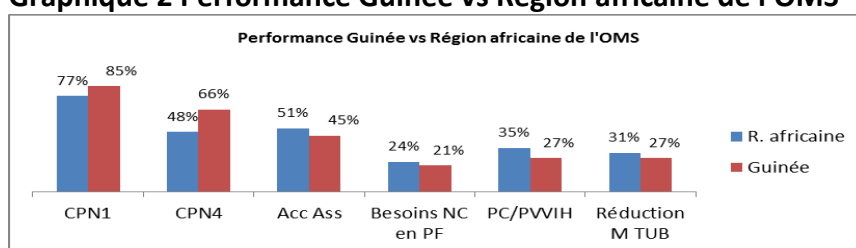
⁴ EGS 2014, offre et prestations de soins

pourrait s'expliquer soit par une insuffisance de la qualité des prestations de santé soit par un manque de stratégie de fidélisation des usagers.

L'évolution de ces indicateurs de 1999 à 2012 reste positive dans la plupart des cas, même si elle est faible (voir figure). On relève, cependant une diminution du taux de la première consultation prénatale (CPN1) qui, après être passé de 71% à 82% entre 1999 et 2005, est retombé à 70% en 2012, exprimant l'inconsistance dans les capacités du MS de pérenniser les acquis.

La Guinée reste, sauf en matière de consultation prénatale, en dessous des moyennes observées dans la région africaine⁵ de certains indicateurs (voir tableau ci-contre). Il reste beaucoup d'efforts à fournir pour avancer vers la couverture sanitaire universelle.

Graphique 2 Performance Guinée vs Région africaine de l'OMS



3.2 La qualité des prestations de santé

3.2.1 Le paquet d'activités n'est pas complètement assuré

Au niveau⁶ des formations sanitaires fonctionnelles, seules 56% offrent la totalité du Paquet de Services Essentiels (PSE), soit 21 districts sur 38. Les visites réalisées sur le terrain confirment cette situation. Au niveau des centres de santé, l'exiguïté du cadre de travail, le sous-équipement, l'insuffisance des ressources humaines et financières ne leur permettent pas d'assurer le PSE requis. Les conditions des blocs opératoires des hôpitaux préfectoraux sont souvent mauvaises (manque d'eau courante, vétusté du matériel, mauvais état des locaux, etc.) qu'on peut se demander s'il faut continuer à y réaliser des actes de chirurgie. Quant aux hôpitaux régionaux, ils sont pour la plupart dans le même état de délabrement et n'offrent pratiquement que le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Ce qui fait prévaloir plutôt une forme de concurrence entre les deux niveaux au lieu de la complémentarité recherchée, les premiers devant servir de référence aux seconds.

3.2.2 Le système de référence - contre référence présente des dysfonctionnements majeurs

L'organisation de la référence a été développée surtout dans le cadre des urgences obstétricales. Les paquets d'activités par niveau sont bien définis et la hiérarchisation dans le système de santé est connue. Cette hiérarchisation est globalement respectée sauf au niveau de la ville de Conakry où les Centres

⁵ WHO Atlas of African Health Statistics, 2016.

⁶ EGS 2014, offre et prestations de soins

Médico-Communaux (CMC) ne disposent pas de plateau technique chirurgical. Le centre de santé réfère à l'hôpital préfectoral et ce dernier réfère à son tour à l'hôpital régional, etc. Cependant, dans la pratique il n'y a pas une organisation officielle convenue par rapport aux procédures, à la prise en charge et aux obligations techniques (référence et contre référence) des différents niveaux.

Avec les moyens mis en place en faveur de la gestion de la MVE, tous les hôpitaux régionaux et préfectoraux visités disposent d'ambulances en bon état. Chaque formation a ses propres principes pour les évacuations sanitaires. Certaines font payer le carburant aux patients, d'autres ont fixé des tarifs au kilomètre. Malheureusement, les services d'urgences, notamment ceux des hôpitaux sont, à cause du manque de moyens techniques et humains, incapables d'assurer une prise en charge de bonne qualité. En outre, ces formations font très rarement une contre-référence à celles qui leur réfèrent les malades.

La conséquence logique est la mauvaise performance technique des structures de référence. En effet, le taux de prise en charge des urgences obstétricales dans des structures Soins Obstétricaux et Néonatal de Base (SONU) n'est que de 12,20% contre les 100% souhaités.

3.3 La perception des usagers sur les services de santé bien que mitigée fait apparaître un sentiment d'un devoir public peu accompli

Le niveau de satisfaction⁷ des usagers sur la qualité et la disponibilité des services de santé n'est pas à hauteur de leur souhait, à cause notamment de la pénurie en ressources humaines qualifiées, des ruptures fréquentes en médicaments et fournitures médicales, du coût et de la qualité des prestations et du mauvais état des bâtiments et des équipements. Les enquêtes suivantes le confirment:

1. L'Enquête Nationale sur la Perception des Guinéens (ENAPGUI, 2013), révèle que 37,2% des répondants ont estimé que le système de santé a régressé. Les principales raisons évoquées sont les coûts élevés des soins (26,7%), l'insuffisance de personnel médical qualifié (15,5%), l'éloignement des structures sanitaires (12,4%) et la rupture en médicaments (12,2%);
2. Une autre enquête réalisée en mai 2016 dans la région de Nzérékoré, montre que 63% des usagers estiment que l'accueil à l'hôpital régional de Nzérékoré est bon, bien que 61% disent attendre plus de 30 minutes avant d'être reçus et, souvent après avoir dû payer. Le degré de satisfaction sur les bâtiments, les conditions d'hospitalisation et les toilettes, est à relativiser avec les conditions de vie d'une grande partie des usagers. 42% des usagers ont payé dans au moins trois endroits et 53% jugent les tarifs pratiqués très élevés. Plus de 88% ont affirmé que tout est payant et que les tarifs officiels ne sont pas connus car ils ne sont pas affichés à l'hôpital régional.
3. Les enquêtes en focus groupe réalisées pendant l'audit au niveau des formations sanitaires visitées, montrent chez les personnes interrogées une contradiction entre une appréciation positive des services et une

⁷ Ministère de la santé: Etude sur l'impact de la gratuité des soins obstétricaux en Guinée, 2014

grande insatisfaction des prestations de soins. Sont pointés comme préoccupations majeures, la rupture en médicaments, l'insuffisance des lits d'hospitalisation, la vétusté des bâtiments et des équipements, le coût des prestations et l'insuffisance d'application des mesures de gratuité prises par les autorités nationales.

3.4 Les mesures de protection contre le risque financier et les dépenses catastrophiques sont quasi inexistantes.

Une expression forte d'instaurer la CSU a été exprimée dans la PNS et le PNDS. Selon l'OMS⁸:

« On entend par couverture sanitaire universelle la situation où toutes les personnes peuvent utiliser les services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. Cette couverture devrait englober toute la gamme des services de santé essentiels de qualité, y compris la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs ».

La CSU prend en compte toutes les composantes du système de santé pour un accès sans barrière financière de la population à des services de santé de qualité. Cette initiative est toujours en chantier.

L'assurance⁹ maladie relève de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) qui couvre, en outre, les régimes des pensions (vieillesse, invalidité), les prestations familiales, les risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail. Elle ne concerne que 6% de la population. Quant à l'assurance maladie privée et les mutuelles de santé, elles sont très peu développées.

Les initiatives prises pour rendre des services de santé accessibles financièrement à la population sont la gratuité¹⁰ des soins obstétricaux (CPN, accouchement et césarienne), de la prise en charge des antirétroviraux (ARV) contre le VIH/SIDA, de la prise en charge du paludisme (MULDA), de la tuberculose et de la lèpre ainsi que la vaccination. Mais ces initiatives n'ont pas encore permis d'améliorer de manière satisfaisante l'accessibilité des populations aux services de santé, comme le montrent les indicateurs dans les chapitres précédents.

En effet, les gratuités en cours telles que les ARV, la vaccination, la tuberculose et la lèpre ne rencontrent pas de difficultés majeures. Par contre, celles relatives aux soins obstétricaux et au paludisme font face à des dysfonctionnements dans leur mise en œuvre. Ces initiatives ne sont pas mises en œuvre de façon optimale par manque des mesures d'accompagnements nécessaires. Les subventions dédiées aux gratuités ne sont pas transférées aux formations sanitaires de manière régulière. Ceci les amène à assurer leurs financements sur les recettes du recouvrement des coûts. Cette situation explique en partie le

⁸ OMS, Couverture Sanitaire Universelle, Aide-mémoire N° 395, Décembre 2015

⁹ PNDS, 2015-2024, mais le type de protection social n'a pas été précisé.

¹⁰ Ministère de la santé: Etude sur l'impact de la gratuité des soins obstétricaux en Guinée, 2014

non-respect de la tarification officielle¹¹ et des mesures de gratuité. Les usagers affirment qu'ils payent pour ces prestations. Il est rapporté que les tarifs¹² pratiqués peuvent être jusqu'à 10 fois plus élevés que les tarifs officiels.

Dans le cadre de la promotion de l'équité et de lutte contre l'exclusion, une ligne budgétaire a été mise en place par le gouvernement en faveur des indigents. Mais son utilisation reste problématique car l'identification des indigents est difficile et souvent politiquement sensible.

3.5 Les pratiques illicites courantes dans les formations sanitaires publiques constituent un obstacle majeur à l'accès universel aux services de santé

Il s'agit essentiellement de la pratique du privé dans les services publics. Ses formes les plus fréquentes sont la perception de numéraires en dehors des circuits officiels, la facturation par le personnel de prestations fournies à partir de matériel privé (échographie, microscopie, etc.) et la vente de produits pharmaceutiques privés dans les services publics. Ces pratiques sont très courantes dans les formations sanitaires publiques et bénéficient d'une tolérance inexplicable. En effet, elles sont souvent considérées comme une forme de complément de salaire ou de frais de déplacement pour les bénévoles.

Pourtant, selon l'Inspection Générale de la Santé (IGS), une politique et des textes réglementaires existent pour la lutte contre ces pratiques. Cependant, l'IGS ne dispose pas des moyens matériels et humains requis pour leur mise en œuvre effective.

3.6 L'iniquité de la couverture sanitaire pour l'ensemble de la population est très préoccupante

La couverture sanitaire est inégalement répartie entre les milieux urbains et ruraux. Plus de 55% du personnel¹³ de santé, toutes catégories confondues, se trouve à Conakry pour seulement 15% de la population. La répartition géographique des formations sanitaires et les financements suivent la même logique d'inégalité.

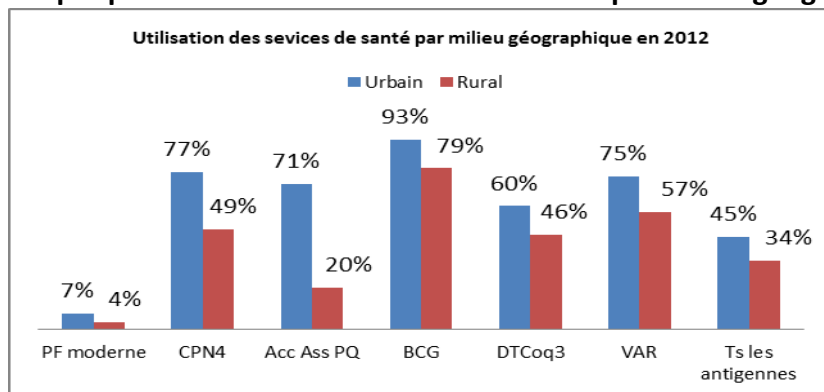
Quant à l'utilisation des services les indicateurs montrent aussi que le milieu rural reste défavorisé. Le graphique illustre parfaitement cette situation conséquence de la faible couverture du milieu rural en structures de santé comme indiqué plus haut.

¹¹ Ministère de la santé: Etude sur l'impact de la gratuité des soins obstétricaux en Guinée, 2014

¹² Guinée, Ministère de la Santé, EGS 2014, Offre et prestations de soins, mars 2014.

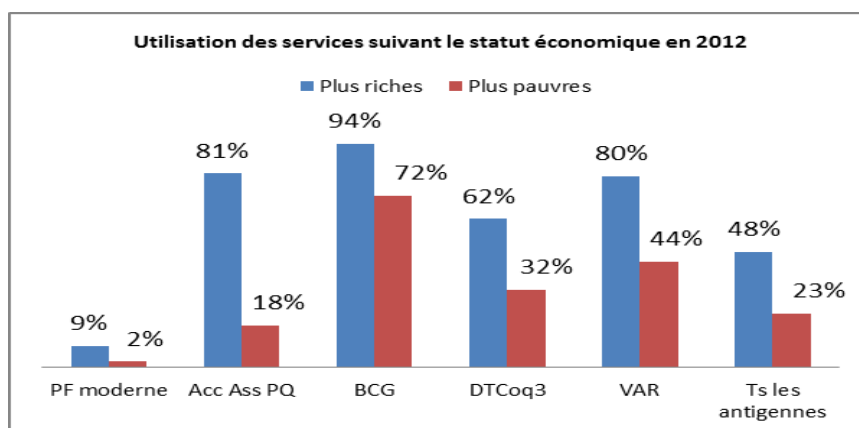
¹³ PNDS, 2015-2024

Graphique 3 Utilisation des services de santé par milieu géographique en 2012



L'iniquité est encore plus profonde quand on observe l'écart entre l'utilisation des services de santé par les plus riches et les plus pauvres. Si on prend un indicateur comme le taux des accouchements assistés par un personnel qualifié, par exemple, la différence est significative. En effet, pendant que 81% des plus riches se trouvent assistés à l'accouchement, seulement 18% des plus pauvres bénéficient de cet appui. Cette iniquité trouve son explication, non seulement dans l'inexistence de protection contre le risque financier, mais aussi, dans le faible accès des plus pauvres à l'éducation et à l'information, déterminants importants de l'utilisation des services de santé.

Graphique 4 Utilisation des services suivant le statut économique en 2012



4 Influence du contexte général du pays sur le fonctionnement et la performance du MS

Le MS est une organisation enracinée dans son contexte à partir duquel elle obtient les ressources nécessaires à son fonctionnement. Ce contexte offre également des incitations qui peuvent encourager la performance ou des contraintes qui peuvent conduire à la passivité et au repli. La survie et la performance du MS dépendent donc de sa capacité à s'adapter aux évolutions de l'environnement économique, politique, institutionnel et culturel.

4.1 Le contexte économique

La Guinée est un pays potentiellement très riche mais son PIB par tête n'atteint que 588\$. Ses richesses hydrographiques immenses (château d'eau de l'Afrique), son riche potentiel minier (un tiers des réserves mondiales de bauxite, or, diamant, fer, manganèse, zinc, cobalt, nickel, uranium) sont largement sous-exploités.

Pour la troisième année consécutive, la Guinée a enregistré en 2015 un bilan économique en forte régression, avec une croissance du produit intérieur brut (PIB) estimée à 0.1 % en termes réels (soit une baisse du PIB par habitant de 2.7 %), contre 1.1 % en 2014 et 2.3 % en 2013, un déficit budgétaire de plus de 7 % du PIB et de fortes contraintes de capacités pour accélérer les réformes indispensables à la relance du développement et à la transformation structurelle de l'économie¹⁴.

Parmi les facteurs qui ont contribué à cette situation, on peut citer :

- L'instabilité politique entre 2009 et 2013 qui a fortement handicapé l'économie guinéenne: faible croissance, accélération de l'inflation, doublement du déficit budgétaire;
- L'épidémie MVE qui a frappé la sous-région, entre décembre 2013 et décembre 2015, et qui a causé 2.544 décès (sur 3.813 cas recensés), et mis à nu les défaillances du système de santé;
- La conjoncture économique internationale défavorable, qui s'est traduite notamment par une baisse des cours des produits miniers;
- Un relâchement de la discipline budgétaire, lié notamment à l'accroissement des dépenses d'investissement dans les secteurs des infrastructures (routes, énergie, etc.);
- La faible mobilisation des recettes, intérieures et extérieures, ce qui a conduit à une aggravation du déficit budgétaire (7.5 % du PIB en 2015 contre 4.1 % en 2014), ainsi qu'à une réduction des avoirs extérieurs en devises.

Néanmoins, les perspectives de développement devraient s'améliorer à partir de 2016 grâce à l'apaisement du climat politique et à la déclaration de la fin de

¹⁴ Fond Monétaire International: « Perspectives économiques régionales », Avril 2016

l'épidémie MVE, le 29 décembre 2015. En outre, l'engagement du gouvernement à redresser la situation macroéconomique et la forte amélioration de l'offre d'électricité, grâce à la mise en service du barrage hydro-électrique de Kaleta, contribueront à améliorer le cadre des affaires. Ainsi, à partir de 2016, le pays devrait renouer avec la croissance, avec un taux de 4.0 % en termes réels en 2016 et de 4.8 % en 2017.¹⁵

4.2 La priorité accordée à la santé

Dans le contexte économique actuel, il est clair que le gouvernement de la Guinée ne dispose pas de l'espace fiscal nécessaire pour un financement adéquat du secteur de la santé. Cependant, la très faible part du budget de l'Etat allouée à ce secteur, qui a évolué entre 2% et 3% entre 2010 et 2015, indique clairement que la santé n'est pas un secteur prioritaire pour le gouvernement. Ce manque de priorité est vraisemblablement le produit d'une conception, aujourd'hui dépassée dans la plupart des pays, qui considère le secteur de la santé comme un secteur improductif.

4.3 Le contexte institutionnel

Sur le plan institutionnel, la loi L01/029/AN du 31 décembre 2001 pose les principes fondamentaux de création, d'organisation et de contrôle des structures des services publics, y compris celles du MS. Cette loi ne pose aucune restriction à la réorganisation interne au MS, ni à la nature des structures à créer au niveau des départements ministériels.

Dans la pratique, le Ministère de la Fonction Publique de la Réforme et Modernisation de l'Administration (MFPREMA) s'est opposé à toutes les initiatives de départements ministériels qui ont tenté dans le passé de prendre le contrôle de la gestion et de la planification de leurs ressources humaines. Cette opposition ne peut s'expliquer par des différentiels de capacité ou de gouvernance entre ce ministère et le reste des départements ministériels, ni par des considérations stratégiques quelconques. Il semble que la motivation réelle de ce ministère est de maintenir son pouvoir actuel sur la gestion des ressources humaines de l'ensemble du personnel de la fonction publique. On peut aussi se demander si la corruption généralisée qui, aux dires de certains interlocuteurs, caractérise le processus de recrutement du personnel des différents ministères n'est pas le principal facteur de blocage.

Le résultat est que la fonction de gestion des ressources humaines au niveau de l'ensemble des départements ministériels continue d'être la prérogative MFPREMA. Une telle gestion se fait au moyen de structures (Divisions de Ressources Humaines) dont les attributions sont définies par ce ministère et qui opèrent au sein de différents départements ministériels. Dans le cas du MS, une telle gestion est caractérisée par de nombreuses faiblesses et insuffisances, dont l'absence de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences, ce qui

¹⁵ Fond Monétaire International: « Perspectives économiques régionales », Avril 2016

constitue un frein majeur à l'amélioration de sa performance. Cependant, une initiative est en cours afin de permettre à trois ministères pilotes de mettre en place leur propre direction des ressources humaines.

De plus, l'absence de coordination entre le MS et le Ministère de l'Enseignement Supérieur ainsi qu'avec les universités publiques et privées fait que les effectifs formés et la qualité de la formation sont inadaptés aux besoins du système de santé. Le résultat est la graduation chaque année de centaines de jeunes médecins et de jeunes pharmaciens, dont les qualifications sont jugées médiocres par leurs aînés, qui ne sont généralement recrutés ni par le secteur public ni par le secteur privé formel. Nombre d'entre-deux iront grossir les rangs de ceux qui exercent dans le secteur informel tandis que d'autres resteront au chômage. Cette situation a amené les responsables des ordres professionnels à appeler à un arrêt total des formations de médecins et de pharmaciens jusqu'à ce que les autorités concernées en consultation avec les principaux acteurs mettent en place les solutions appropriées.

4.4 Le contexte politique et culturel

Sur le plan politique, plusieurs facteurs influencent le fonctionnement et la performance du MS. Il s'agit en premier lieu, de l'instabilité des responsables politiques nommés à la tête de ce ministère et qui en général ne restent en fonction qu'un an ou deux. Ces responsables sont souvent choisis en fonction de leur appartenance politique plutôt qu'en fonction de leur compétence technique. Le résultat, est que les réformes qui nécessitent plusieurs années pour leur mise en œuvre ne sont pas priorisées par ces responsables.

Des interférences politiques visent à influencer ou à infléchir les décisions de gestion du MS. Qu'il s'agisse de l'affectation, de la mutation ou de la sanction du personnel, de l'octroi d'agrément, de visas d'importation, ou d'autorisations de mise sur le marché, ou encore de l'installation d'infrastructures nouvelles, les exemples d'interférence politique sont nombreux et constituent une véritable contrainte à une gestion saine et transparente du MS.

S'y ajoute une culture d'impunité généralisée qui exerce depuis plusieurs années une influence considérable sur la performance du secteur public. Le personnel du MS semble animé principalement par la poursuite de l'intérêt personnel au détriment de l'intérêt général. Ceci explique en grande partie le non-respect de la réglementation, des normes et procédures en vigueur observé par la mission d'audit. Ceci explique également la généralisation observée de la pratique privée dans le secteur public aux différents niveaux du système de santé.

A ce propos, le défi majeur du MS dans les années à venir est de comment organiser l'adhésion de l'ensemble du personnel aux objectifs nobles de la politique nationale de santé, du PNDS et aux valeurs d'intégrité, de transparence et de service public.

5 Structures et organisation du MS

5.1 Organisation actuelle du MS

Le Décret N° D/2012/061/PRG/SGG du 2 mars 2011, portant organisation et attribution du MS, stipule qu'il est chargé de:

« la conception, l'élaboration, et la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique ».

Pour accomplir cette mission, le MS est organisé en une administration pyramidale comprenant:

- le Cabinet du Ministre;
- le Secrétariat Général;
- les Directions Nationales¹⁶;
- les Services d'Appui;
- les Services Rattachés;
- les Etablissements Publics;
- les Programmes et les Projets Publics;
- une Entreprise Publique (PCG);
- des Organes Consultatifs;
- des Services Déconcentrés.

L'examen de l'organisation et du fonctionnement de ce dispositif institutionnel fait apparaître les éléments suivants:

5.1.1 Un faible contrôle du MS sur les deux ressources critiques qui conditionnent sa performance: les ressources humaines et les ressources financières

1. Les Ressources Humaines sont gérées par une division dont l'ancrage institutionnel se situe au niveau du MFPREMA. Ses attributions, définies par ce ministère, se limitent à une gestion administrative très archaïque, caractérisée par de nombreuses faiblesses et insuffisances. Les fonctions de planification stratégique et prévisionnelle des effectifs et des compétences, essentielles à la performance du MS, sont totalement absentes (*voir chapitre 7 sur les ressources humaines*).
2. Les Ressources Financières sont gérées par une autre division dont l'ancrage institutionnel se situe au niveau du Ministère des Finances. Ses attributions, définies par ce ministère, se limitent à la gestion financière du budget selon les règles et les procédures des finances publiques. La fonction de mobilisation des ressources financières, essentielle à la survie et au bon fonctionnement du MS, n'est assumée que très partiellement par quelques directions nationales. La fonction d'allocation se limite à l'attribution de budgets généralement très insuffisants. La fonction de

¹⁶ 1. Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire; 2. Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins; 3. Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire; 4. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition; 5. Direction Nationale de l'Hygiène Publique

planification des ressources financières n'est que partiellement assumée, notamment dans le cadre du CDMT (*voir chapitre 8 sur le financement*).

5.1.2 Une absence de structure de régulation du secteur privé

Il n'existe pas de structure spécifique au MS chargée de la promotion et de la régulation du secteur privé, en dépit du rôle grandissant de ce secteur et du potentiel, encore inexploité, de faire jouer à ce secteur un rôle complémentaire à celui du secteur public. On parle de partenariat public-privé, mais rien ne semble être fait pour y parvenir.

La Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL) joue un rôle dans la régulation du secteur pharmaceutique privé, mais ce rôle est insuffisant par rapport aux besoins de régulation du secteur (*voir chapitre 9 sur le secteur pharmaceutique*). La Direction des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS) joue également un rôle dans la régulation du secteur médical privé, mais un tel rôle reste essentiellement normatif et insuffisant par rapport aux besoins du secteur.

L'IGS a en principe parmi ses attributions d'inspecter les praticiens privés dans les domaines médical et pharmaceutique, mais ce rôle n'est pas rempli dans la pratique en raison d'insuffisances diverses (*voir chapitre 6 sur la gouvernance*).

En outre, les partenariats public-privé sont pratiquement absents du secteur de la santé. La contractualisation, largement utilisée dans l'ensemble des systèmes de santé comme stratégie de renforcement de la performance, est pratiquement absente en Guinée. Même les hôpitaux publics qui sont largement autonomes n'ont pas encore introduit la contractualisation de leurs services auxiliaires et d'appui, que le secteur privé peut généralement produire à un meilleur rapport qualité-prix.

Les textes législatifs régissant le fonctionnement du secteur médical privé et les partenariats public-privé sont inexistants. Ceux régissant les ONG intervenant dans le secteur de la santé sont insuffisants. Il existe cependant quelques dispositions contre la pratique illégale de la médecine, mais celles-ci sont nettement en-deçà des défis posés dans ce domaine.

5.1.3 Une multiplication de structures et une duplication de fonctions

L'organisation actuelle du MS comporte, entre autres, cinq directions nationales¹⁷, de nombreux services d'appui et de services rattachés et une quinzaine de programmes verticaux.

Certaines directions nationales, notamment celle de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) et celle de la Prévention et de la Santé Communautaire (DNPSC) ont des attributions soit redondantes, soit contribuant à l'émiettement

¹⁷ Idem

d'une fonction (prévention, surveillance épidémiologique), multipliant le nombre d'interlocuteurs pour les structures de soins.

Ces deux directions sont largement impliquées dans des activités de type opérationnel qui ne relèvent pas nécessairement du niveau central. D'où des conflits d'attribution avec les niveaux intermédiaires et périphériques. Il est vrai que les incitations financières liées aux activités appuyées par les PTF, notamment les activités de formation, de planification, de mise en œuvre, sont en partie responsables de ces distorsions.

La quinzaine de programmes verticaux dont certains ont acquis une certaine autonomie par rapport au niveau central, et gèrent des circuits d'approvisionnement parallèles en produits de santé. Ces programmes sont devenus essentiellement des bras opérationnels du niveau central, au détriment des rôles opérationnels des niveaux intermédiaires et périphériques.

5.1.4 Des relations fonctionnelles et hiérarchiques ambiguës

Les relations fonctionnelles entre structures du niveau central sont généralement mal définies, voire absentes, dans les textes portant attribution et organisation du MS et dans les textes organiques d'application. En l'absence de mécanismes de coordination fonctionnels, les structures centrales opèrent de manière relativement indépendante les unes des autres. Certaines réunions périodiques permettent cependant d'atténuer cet isolement.

Les relations fonctionnelles entre les programmes verticaux et les directions centrales auxquelles ils sont rattachés sont faibles du fait de l'acquisition par ces derniers d'une certaine autonomie leur permettant d'échapper en partie à l'autorité du MS.

Certaines relations fonctionnelles, même quand elles sont définies, ne sont pas souvent opérationnelles. C'est le cas notamment de la relation INSP-LNCQM, de la relation LNCQM-DNLP, de la relation DNPL-CNM, de relation DNPL-PCG.

Les relations fonctionnelles entre structures centrales et services déconcentrés sont également ambiguës. C'est ainsi que les Directions Régionales de la Santé (DRS), y compris la Direction de la Santé de la ville de Conakry, n'ont pas de répondant au niveau central qui soit à l'écoute de leurs préoccupations de façon permanente. Ainsi, chacun se débrouille comme il peut, en fonction des relations personnelles qu'il entretient avec les responsables du niveau central. Il est vrai qu'il existe une relation administrative hiérarchique entre ces directeurs et les gouverneurs des régions, mais une telle relation relève plutôt de la coordination des activités du gouvernement au niveau régional.

Les DRS bénéficient rarement de supervisions de la part des directions centrales et la communication avec le niveau central ne fonctionne pas. Les décisions concernant les régions sont généralement prises sans consultation avec les responsables régionaux.

Les DRS n'ont pas également de relations fonctionnelles avec les écoles de formation professionnelles de santé; ce qui limite considérablement l'influence du MS sur la planification des effectifs à former et sur la qualité de la formation.

Les directeurs d'hôpitaux nationaux n'ont pas de supérieurs hiérarchiques immédiats à qui ils rapportent et qui les tient redevables pour leur performance. On peut ajouter l'absence de relations hiérarchiques entre les DRS et les Directeurs des hôpitaux régionaux. L'absence d'une telle relation a été justifiée dans le passé par l'existence de conseils d'administration au niveau de ces hôpitaux, mais la non-fonctionnalité de ces conseils d'administration ne permet plus de justifier une telle absence.

Il convient également de noter que la rétro-information entre le niveau central et le niveau régional, ainsi qu'entre ce dernier et le niveau périphérique est pratiquement absente.

Le résultat de cette situation est que de nombreuses structures opèrent relativement indépendamment du reste du système de santé, sous l'autorité d'une seule personne qui n'est pas tenue de rendre compte de sa performance. Ceci renforce la culture générale de l'absence de redevabilité, et contribue à fragmenter davantage le fonctionnement du système de santé.

5.1.5 Des services rattachés, des structures d'appui et des organes consultatifs peu fonctionnels

C'est le cas de l'IG qui ne parvient pas à remplir ses fonctions en raison d'un manque aigu de moyens, d'autorité et d'interférences politiques fréquentes (*voir chapitre 6 sur la gouvernance*).

C'est aussi le cas du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM) qui dispose d'une certaine capacité mais dont les services ne sont que rarement sollicités par la DNPL et la PCG.

La Commission Nationale du Médicament (CNM) ne s'est réunie qu'une seule fois depuis sa création en 1994. Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) n'a pas été renouvelé ses instances dirigeantes depuis 2008. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est fonctionnel, mais n'est que très rarement consulté par le MS. Le CNOM appelle à une plus grande collaboration avec le MS afin d'organiser l'adhésion du personnel médical à la politique nationale et aux décisions en matière de santé. Il estime que le MS doit le considérer comme un partenaire et le consulter sur des questions d'intérêt commun.

Au niveau régional, les DRS sont généralement fonctionnelles, mais l'essentiel de leurs activités est consacré à la mise en œuvre des plans d'action des PTF. Il convient de signaler ici qu'en l'absence d'allocation budgétaire, les DRS ne sont généralement pas occupées à la mise en œuvre de plans régionaux de la santé.

Au niveau préfectoral, les Comités préfectoraux de la santé (CPS) ne fonctionnent pas et l'implication des Préfectures et des Mairies dans le développement et le fonctionnement des structures de santé n'est pas effective. L'absence d'implication des Collectivités Locales (CL) dans le secteur sanitaire semble tenir au fait que ces CL ne sont pas elles-mêmes fonctionnelles.

Les CMC ne disposent pas, contrairement à la réglementation en vigueur de comités consultatifs fonctionnels. Ces comités ont pour mission de contribuer à une gestion transparente de ces centres.

Les DPS sont fonctionnelles, mais essentiellement occupées par la mise en œuvre des plans d'action des PTF. En conséquence, la supervision des structures sanitaires (centre de santé, poste de santé, etc.) est pratiquement absente.

5.1.6 Des structures au positionnement hiérarchique inadéquat par rapport à leurs fonctions

Ainsi, le Bureau de Stratégie et Développement (BSD), chargé de fonctions stratégiques importantes du MS, est dans une position hiérarchique qui ne lui permet pas de mener à bien ses fonctions, malgré son équivalence à une direction centrale. De plus, il n'a pas de moyens humains suffisants (effectifs et compétences) à l'accomplissement efficace de ses fonctions.

L'IGS a le rang d'une direction centrale, mais son autorité et ses moyens qui ne lui permettent pas de jouer pleinement son rôle. Dans d'autres pays, l'IGS dispose d'un positionnement hiérarchique supérieur à celui d'une direction centrale, ce qui lui confère l'autorité à la réalisation de sa mission.

Enfin, la Division des Ressources Humaines (DRH) et de la Division des Affaires Financières (DAF) dont les attributions ne prennent en considération qu'une partie limitée des besoins du MS dans leurs domaines respectifs, et dont l'ancrage institutionnel se situe au niveau d'autres départements ministériels qui en définissent les attributions, sans concertation avec le MS.

5.1.7 Centralisation des décisions

Des décisions se manifestent d'abord dans les attributions de type opérationnel de certaines directions centrales du MS, comme mentionné ci-dessus. Il se manifeste aussi dans les activités de la plupart des programmes verticaux dont une large part relève du niveau opérationnel.

Les affectations et les mutations de personnel par le niveau central se font sans consultation avec les niveaux intermédiaire et périphérique, et sans prise en considération de leurs besoins réels en personnel. Le résultat est une pléthore de personnel dans certains endroits et un manque aigu dans d'autres. Pour les mutations intra-régionales, elles étaient jusqu'à un passé récent du ressort des DRS qui ont une meilleure connaissance des besoins des différentes préfectures. Depuis juin 2016, une lettre circulaire du MS a centralisé les décisions relatives à ces mutations.

De même, les allocations de médicaments aux régions et aux structures de soins, notamment pour les kits et autres produits de santé issus des différentes initiatives de gratuité, sont faites sans consultation et sans prise en considération des besoins réels des structures concernées. Là aussi, le résultat est le gaspillage, par péremption ou non-utilisation, d'un pourcentage important atteignant parfois les 30% des stocks dans certaines régions¹⁸.

5.2 Projet de Restructuration du MS

Le Décret no. D/2016/137/PRG/SGG du 20 Avril 2016 portant attributions et organisation du MS introduit une série de modifications de l'organisation et des attributions. Parmi celles-ci, il y a l'augmentation du nombre de directions nationales à six avec modifications des attributions. C'est ainsi que la Section Laboratoires de la DNPL a été érigée en Direction Nationale de la Biologie Médicale. Une nouvelle Direction Nationale de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie a été créée. La DNPL devient la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament. La DNEHS devient la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de l'Hygiène Hospitalière. La DNPSC devient la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle. Et la DNSFN garde son appellation actuelle.

Des textes organiques d'application de ce décret ont été élaborés par le MS et transmis au Ministère de la Fonction Publique puis au Secrétariat Général du Gouvernement¹⁹. Ces textes redéfinissent les attributions de l'ensemble des structures du MS.

Le Décret no. D/2016/205/PRG/SGG du 4 Juillet 2016 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire vient compléter cette restructuration. Cette nouvelle agence sera un Etablissement Public à caractère Administratif, sous la tutelle du MS.

L'examen de ce nouveau dispositif institutionnel et les discussions avec les responsables du MS font apparaître les éléments suivants:

1. Cette restructuration semble être largement fondée sur la considération que l'organisation actuelle du MS est à l'origine de sa faible performance, y compris celle dévoilée par la crise de la MVE. Les résultats de l'audit montrent que l'organisation du MS n'est pas le facteur déterminant de sa faible performance, mais que celle-ci est plutôt due à des facteurs liés à la gouvernance et à la disponibilité et la gestion de ressources humaines, financières, et matérielles.
2. Le nouveau dispositif institutionnel augmente le nombre de structures sans augmenter en contrepartie les budgets et les locaux nécessaires à leur bon fonctionnement. Cette multiplication de structures risque de créer de nouveaux conflits d'attributions et d'aggraver davantage les problèmes actuels de coordination et de collaboration du niveau central. Ceci sera notamment le cas entre la Direction Nationale de l'Epidémiologie et de la

¹⁸ Estimation de l'équipe d'audit dans la région de Labé

¹⁹ Ministère de la Santé: « Projet de Textes et de Cadres Organiques des Services du Ministère de la Santé » (Après validation en commission), Août 2016.

Lutte contre la Maladie et L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire. Une telle multiplication risque de compliquer les relations fonctionnelles entre le niveau central et les niveaux intermédiaires et périphériques, puisque ces derniers auront à traiter avec plusieurs interlocuteurs à la fois.

3. Le faible contrôle actuel du MS sur les deux ressources critiques que sont les ressources humaines et les ressources financières va continuer dans cette nouvelle organisation.
4. Des structures essentielles à la performance du MS tel que le BSD vont continuer dans le positionnement hiérarchique actuel, avec une autorité et des moyens limités.
5. L'absence d'une structure chargée de la régulation du secteur privé continue dans cette nouvelle organisation. Le rôle d'une telle structure aurait été de renforcer les rôles actuels de la DNPL et de la DNEHS et non pas de s'y substituer. Ceci dit, on constate dans la nouvelle organisation que la DNEHHH a introduit au niveau de sa « Section Accréditation et Contractualisation » des attributions relatives à l'accréditation et la contractualisation de structures de soins privées et publiques. C'est une initiative timide, mais qui va dans le bon sens et qui répond à un besoin important du secteur de la santé.
6. L'Excès de centralisation constaté dans la présente organisation sera, sans doute, amplifié dans la nouvelle. Nous en avons pour preuve la multiplication des attributions de type opérationnel au niveau de trois Directions Nationales: il s'agit de la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle²⁰, de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition²¹, et de la Direction Nationale de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie²².
7. La relégation des DRS en IRS restreint leurs attributions en tant que structures d'administration sanitaires déconcentrées.

5.3 Recommandations

Les discussions de la mission d'audit avec les responsables du MS font ressortir que la probabilité de modifier, pour la troisième fois en une année, le décret

²⁰ Exemples d'attributions: « 1. Participer aux activités de renforcement des capacités des agents de santé; 2. Assister les communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets; 3. Organiser les tribunes pour promouvoir l'hygiène; 4. Mettre à l'échelle les interventions à haut impact dans les centres de santé; 5. Mettre en œuvre les stratégies de mobilisation sociale; 6. Organiser des séances de sensibilisation de la population sur les avantages de la vaccination; 7. Former les communautés en planification et mise en œuvre des interventions sanitaires; 8. Organiser les activités de supervision des agents de santé; 9. Organiser la formation des tradi-praticiens; 10. Réaliser des activités de santé orale en milieu scolaire. ». Source: Ministère de la Santé: « Projet de Textes et de Cadres Organiques des Services du Ministère de la Santé » (Après validation en commission), Août 2016.

²¹ Exemples d'attributions: « 1. Superviser l'ensemble des activités, projets et programmes en santé de la reproduction; 2. Superviser les activités en santé maternelle et soins obstétricaux; 3. Assurer le monitoring des activités de santé maternelle; 4. Superviser les activités de formation en santé infantile, en santé reproductive des jeunes, et en planning familial; 5. Participer aux activités de formation sur la logistique des contraceptifs; 6. Superviser les activités de planning familial; 7. Distribution de micronutriments en milieu scolaire; 8. Assurer la disponibilité de la vitamine A, le fer, l'acide folique, le zinc et autres nutriments. » Source: Ministère de la Santé: « Projet de Textes et de Cadres Organiques des Services du Ministère de la Santé » (Après validation en commission), Août 2016.

²² Exemples d'attributions: « 1. Superviser les structures et programmes intervenant dans la prévention et la prise en charge des maladies endémiques; 2. Participer aux activités de renforcement des capacités des agents de santé et agents communautaires; 3. Organiser la disponibilité de moyens diagnostiques au niveau des structures de prestation; 4. Organiser les prestations de soins et de services pour les personnes atteintes de maladies non-transmissibles; 5. Coordonner les activités de lutte contre les maladies non-transmissibles; 6. Participer aux activités de dépistage de masse des personnes à risque de maladies non-transmissibles. Source: Ministère de la Santé: « Projet de Textes et de Cadres Organiques des Services du Ministère de la Santé » (Après validation en commission), Août 2016.

portant attributions et organisation du MS est quasi-nulle. La restructuration sera sans doute mise en œuvre dans les prochains mois, malgré toutes les insuffisances qu'elle comporte. Dans ce contexte, la question essentielle est de savoir comment faire fonctionner ces nouvelles structures tout en positionnant le MS pour une réforme organisationnelle dans le futur.

A court terme, les recommandations suivantes ont le potentiel d'améliorer le fonctionnement des structures:

1. En attendant la création d'une structure chargée de la régulation du secteur privé, il convient de renforcer le rôle de la DNEHHH, de la DNPM et de l'IGS dans ce domaine.
2. Rendre fonctionnelles les structures qui ne le sont pas, avec une priorité pour le LNCQM, la CNM, le CNS, et le CNOP.
3. Définir par arrêté ministériel les relations fonctionnelles et hiérarchiques entre les structures centrales et le reste du système de santé.
4. Réviser les nouveaux cadres organiques afin de supprimer toutes les attributions de type opérationnel des directions nationales concernées, et recentrer leur rôle sur les attributions du niveau central.
5. Réviser le cadre institutionnel des DRS et des DPS en fonction de leurs missions de coordination et d'appui aux districts de santé et aux services périphériques, leur conférer les pouvoirs de décision nécessaires à une bonne gestion, et clarifier leur ancrage institutionnel.
6. Renforcer les rôles des structures de coordination au niveau central, régional et périphérique, notamment le CCSS, le CRS, et le CPS, pour qu'elles puissent jouer leur rôle de mutualisation des efforts des acteurs à tous les niveaux du système de santé.
7. Renforcer la planification régionale par l'élaboration et la mise en œuvre de Plans Régionaux de Développement Sanitaire en particulier par l'octroi de budgets de fonctionnement permettant l'opérationnalisation de ces plans et l'intégration des financements des PTF dans ces plans.
8. Renforcer l'appui technique du niveau central aux régions et celui des régions aux préfectures, ce qui permettra d'atténuer les problèmes de communication qui prévalent actuellement, et explorer la faisabilité de ré-instituer le monitoring mensuel de tous les centres de santé d'une préfecture par la DPS.
9. Revoir l'approche actuelle de participation communautaire pour identifier les causes des dysfonctionnements et mettre en place les stratégies et les mécanismes permettant l'implication effective des communautés dans les décisions concernant le fonctionnement et la gestion du système de santé au niveau communautaire.

A moyen terme, le MS devrait se concentrer sur ses fonctions régaliennes et se doter des capacités nécessaires au pilotage du système de santé. Parmi ces fonctions, on citera en particulier les suivantes:

- La fonction de leadership;
- La fonction de planification stratégique;
- La fonction de coordination du secteur de la santé;
- La fonction de régulation (qui regroupe une fonction normative et une fonction de contrôle);

- La fonction d'allocation des ressources (y compris la fonction achat et la contractualisation);
- La fonction de suivi et évaluation.

Pour mener à bien ces fonctions, éviter les conflits de compétence actuels et faciliter les relations fonctionnelles entre le niveau central et le reste du système de santé, il faudrait sur le plan organisationnel regrouper les attributions et les compétences par grande fonction.

Par exemple, la prévention et la promotion de la santé pourraient être regroupées dans le cadre d'une Direction Nationale de la Santé Publique; la fonction de restauration de la santé par les soins hospitaliers et ambulatoires pourrait être assumée par une Direction Nationale des Soins Hospitaliers et Ambulatoires; les fonctions de planification stratégique, de coordination du secteur de la santé seraient au sein d'une Direction Nationale de la Planification; la mobilisation et la mise en commun des ressources seraient regroupées dans le cadre d'une Direction Nationale des Ressources Financières.

Il s'agira ensuite de définir des attributions et des relations hiérarchiques et fonctionnelles claires et complémentaires, sans contradiction ni chevauchement des structures. L'opérationnalisation de ces relations passera par la mise à jour et/ou la définition de normes et procédures et de cadre normatif adéquats, ainsi que par la mise en place de systèmes, et de ressources humaines et matérielles nécessaires à leur opérationnalisation.

Le résultat serait un organigramme nettement plus simplifié et plus concentré sur les fonctions essentielles que doit remplir le niveau central d'un ministère de la santé. L'organigramme suivant en est un exemple:

1. Direction Nationale de la Planification
2. Direction Nationale des Ressources Financières
3. Direction Nationale des Ressources Humaines
4. Direction Nationale des Soins Hospitaliers et des Soins Ambulatoires
5. Direction Nationale de la Santé Publique
6. Direction Nationale de la Pharmacie, des Laboratoires, et des Technologies Médicales.

Bien entendu, ces directions nationales seront appuyées par des services transversaux et des services rattachés.

Finalement, il convient de signaler que cette proposition d'organigramme n'est nullement prescriptive, et vise essentiellement à souligner la nécessité de réorienter les attributions du MS vers les fonctions stratégiques essentielles à sa performance.

6 Gouvernance

6.1 Décentralisation et déconcentration

C'est l'article 29 du Code de Collectivités Locales qui consacre le cadre de la décentralisation en dotant ces dernières de compétences dans le domaine de la santé. C'est dans ce cadre que le MS a décidé de considérer le district comme étant le niveau opérationnel de mise en œuvre de la PNS et du PNDS.

Au niveau décentralisé il existe un ancrage du système de santé avec le processus de décentralisation vers les collectivités. Le pays dispose déjà d'acquis non négligeables dont:

- l'existence d'un centre de santé dans chaque commune, où les mairies fournissant 15% de leur budget sauf les ressources humaines;
- un capital d'expériences en matière de participation des communautés dans la gestion des centres de santé et reposant sur l'appropriation des centres de santé par les populations (notamment, le recrutement et la gestion des ressources humaines des centres de santé par les communes rurales).

Cet ancrage constitue une opportunité car son opérationnalisation peut constituer une base de renforcement de la participation communautaire. Malgré ces atouts, le processus de décentralisation souffre d'un certain nombre d'insuffisances dont:

- la méconnaissance par les élus communaux des principes du système sanitaire, de la politique du secteur, de la réglementation, des plans opérationnels et des critères de performance;
- la diffusion limitée du code des collectivités locales dans le pays et sa méconnaissance à la fois par les élus locaux et la plupart des responsables des services déconcentrés;
- l'inexistence de textes d'application dudit code ne permettant pas l'organisation conséquente des transferts de compétences et de ressources aux collectivités locales;
- l'inefficacité de la politique d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les centres de santé et les hôpitaux; et
- l'insuffisance de mesures consolidées d'accompagnement comme les subventions pour la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

Le niveau déconcentré du système de santé repose sur les DRS et DPS. Plusieurs éléments indiquent que l'espace sanitaire régional est relativement peu cohérent en tant qu'entité unique de gestion et de promotion de la santé à l'échelon régional (voir chapitre structures et organisation du MS). Mais dans le cadre de la gouvernance il est utile de rappeler quelques contraintes importantes à la déconcentration:

- Le non-respect du principe de subsidiarité qui stipule le renforcement et le respect de chaque niveau sans substitution et ni usurpation;

- L'absence de budget de fonctionnement;
- La gestion des ressources humaines fortement centralisée ne permet pas au niveau régional de moduler la répartition des ressources humaines en fonction des besoins au niveau local;
- La gestion de l'information sanitaire centralisée, fait de la DRS une étape de collecte et de transmission. Le processus de synthèse et d'analyse locale n'est pas effectif.

Il existe une politique de santé communautaire. Cependant, l'organisation communautaire en place n'assure pas une implication effective de la communauté. Les COSAH ne sont souvent pas fonctionnels pour des raisons liées à:

- problèmes posé par le bénévolat;
- ingérence dans les activités médicales et paramédicales des centres de santé;
- mauvaise compréhension de leur rôle de promotion de la santé et de protection de la population face aux dysfonctionnements des centres de santé versus gestion des recettes et dépenses.

6.2 Coordination

De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de la coordination aussi bien au niveau central, régional que préfectoral. Ces structures notamment au niveau régional et préfectoral se tiennent régulièrement (CTRS, CTPS) avec production des rapports et d'un processus de planification régionale, avec l'appui des PTF, qui a abouti à un plan quinquennal régional sur la santé. Les supervisions s'effectuent également avec une forte contribution des personnels d'appui mis en place par les PTF.

Les responsables régionaux participent aux différentes concertations nationales. Mais, les sollicitations non coordonnées des multiples programmes de santé et des directions nationales pour des réunions ou séminaires affectent négativement la performance des services de santé à la base.

Il existe un cadre d'harmonisation entre les PTF et le MS dans le cadre d'un Compact National. Le Comité de Coordination du Secteur de la santé (CCSS) est basé au BSD. Il existe le GTE sur les RHS et le comité technique sur le SNIS. Mais, reste la question du niveau d'implication du MS dans les travaux de ces deux comités. En effet on peut constater:

- Duplication des fonds et des activités financées par les partenaires;
- Transfert des fonds par les PTF aux différents programmes nationaux, directions nationales et services déconcentrés sans passer par la DAF;
- Les PTF ne suivent pas le MS; ils ont chacun des programmes prioritaires et des régions prioritaires;
- Les PTF suivent l'approche projet, car ainsi ils ont peu de comptes à rendre;
- Le groupe thématique santé est en stand-by depuis la fin de Ebola, la structure de coordination présidée par l'UNICEF, le cluster santé présidé

par l'OMS ne sont pas très actives ni opérationnelles; les réunions manquent de régularité.

Ces constats (disparité, éclatement des projets et programmes, faible transparence, dédoublement des activités et des financements) font perdurer les mauvaises pratiques de passe-droit, impunité et non redevabilité, encouragent la course aux perdiems très perturbatrice d'un bon fonctionnement du MS et des services de soins. Des efforts sont encore à faire pour systématiser des cadres de concertation avec les PTF, aussi bien au niveau central qu'au niveau régional et préfectoral. Ces cadres, pour être efficaces, doivent être alimentés par des actions conjointes tels que les supervisions, les revues du secteur ou les évaluations périodiques ou mieux au travers d'une approche sectorielle prévue dans le PNDS.

La coordination avec le secteur privé formel (lucratif ou non-lucratif) reste à réaliser notamment en zone urbaine où ces structures sont nombreuses (environ 400 structures privées). Il existe des polycliniques, des cliniques médicales, des cabinets médicaux et des cabinets de soins infirmiers, des pharmacies. 80% de ces structures sont à Conakry²³. La réglementation existe même si elle nécessite une révision et la procédure de leur installation est bien codifiée. Elles sont essentiellement animées par les agents du secteur public.

Pour l'installation d'établissements de soins, les ONG sont soumises aux mêmes exigences que les privés lucratifs, c'est à dire d'un agrément fourni par l'administration territoriale et d'un protocole d'accord avec le MS. La promotion du partenariat avec le secteur privé est inscrite en bonne place dans le PNDS. Pour l'instant, seules les ONG fournissent des rapports sur leurs activités.

Cependant, les structures qui ne remplissent pas les normes sont plus nombreuses que celles qui se conforment aux normes. Les textes réglementaires sur les sanctions pour non-respect de la réglementation sont insuffisants et non-appliqués. De plus, le secteur privé lucratif est fortement dominé par des structures informelles qui échappent à tout contrôle.

6.3 Planification, suivi et évaluation

Les processus de monitoring et de planification apparaissent assez systématisés mais restent assez théoriques en raison de la faiblesse des ressources locales. En raison de la rareté des ressources financières, le processus des PAO est essentiellement axé sur les ressources disponibles et ciblées (venant des PTF), et non sur une vision systémique des problèmes spécifiques au district, à la préfecture ou à la région.

Le processus de planification reste insuffisant. L'information n'est pas considérée par les décideurs comme un élément nécessaire à la prise de décision. Et, par manque de capacité dans l'utilisation des nouveaux outils de planification, de budgétisation et d'évaluation, le processus tel que conduit:

²³ Revue des Dépenses Publiques dans le domaine de la santé, 2014, Banque Mondiale

- ne permet pas d'identifier les insuffisances relatives à l'équité, aux disparités démographiques et géographiques;
- n'examine pas de manière systématique les goulots d'étranglement et barrières relatifs à l'environnement, l'offre, la demande et la qualité des services et interventions;
- ne permet pas d'avoir des cibles et des objectifs réalistes prenant en compte les performances du programme et les capacités réelles de mise en œuvre;
- permet aux activités non programmées de prendre souvent le pas sur celles qui l'étaient;
- induit un budget non basé sur des cibles et objectifs réalistes, et ne prenant pas en compte les capacités d'absorption et l'espace fiscal.

Ainsi, en dépit de nombreux documents stratégiques et opérationnels (PNS, PNDS, Plan de relance, plans d'actions, etc.), on constate une absence de réelle stratégie, à tous les niveaux de la chaîne, avec une difficulté pour le MS à articuler le management stratégique et opérationnel, avec une absence de mise en œuvre des plans et des recommandations des nombreuses et diverses études et évaluations qui ont été conduites ces dernières années.

Ces difficultés sont exacerbées par le dysfonctionnement du Système d'Information Sanitaire (SNIS). Il existe un plan stratégique de développement du SNIS 2016-2020 piloté par le BSD à travers sa Division de l'Information Sanitaire et de la Recherche. Il existe des services chargés des statistiques au niveau des directions centrales et des programmes verticaux. Au niveau déconcentré des unités statistiques ou des chargés de statistiques sont prévus. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme Post Ebola, les services et les structures sanitaires ont bénéficié d'un équipement informatique. Malheureusement, les ressources (locaux appropriés, sources d'énergie, personnel qualifié) manquent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le SNIS se caractérise par:

- L'absence d'informatisation, le retard dans la collecte des données et la faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et la prise de décision. Il n'est pas capable de répondre aux besoins en information du MS;
- Le développement, à cause de cette situation, de systèmes d'information sanitaire parallèles directement liés aux programmes de santé;
- La défaillance du système de gouvernance: l'information n'est plus collectée régulièrement, le monitoring ne se fait que rarement et la qualité de l'information collectée est douteuse;
- Le manque de coordination horizontale et verticale.

6.4 Moralisation et dérèglement du système de santé

Au-delà de l'insuffisance ou la non-utilisation des outils de gestion, de planification et de prospective (tableaux de bord de gestion, de suivi et de

contrôles, manuel de procédures, etc.), il existe une défaillance du management, à savoir:

- une insuffisance de cap et de vision (orientations clairement définies, partagées et diffusées);
- une insuffisance de leadership;
- une gestion dans l'urgence et l'immédiateté (les activités non programmées prenant le pas sur celles qui l'étaient), avec des sollicitations non coordonnées des programmes, directions pour réunions, séminaires (course aux perdiem) affectant négativement la performance des services de base;
- une insuffisance d'exigence, de fermeté et redevabilité (l'absence d'objectifs individuels et collectifs ciblés, de résultats attendus mesurés et évalués, de système d'évaluation des performances individuelles comme collectives). Cette absence de repère, d'objectif, d'évaluation et de contrôle favorise démotivation, frustration, désengagement, passe-droit, impunité et non redevabilité;
- un non-respect des textes réglementaires par les autorités et les agents.

Ainsi, par exemple, l'IGS devrait assurer le contrôle et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la santé. Elle est censée conduire des missions de trois types:

- Le contrôle des institutions (administrations, organismes publics, parapublics et privés ou faisant appel à de l'argent public) qui interviennent dans le champ de la santé. Ces missions ont pour objet la vérification approfondie du respect de la réglementation, du bon usage des fonds publics, de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation.
- Des missions d'enquête générale et d'évaluation. Elles peuvent viser un organisme particulier ou un dispositif national, une loi ou l'ensemble d'une politique publique liée à la santé.
- Des missions d'appui et de conseil (aide à la modernisation, à la mise en œuvre de réformes, rapporteur auprès d'un parlementaire ou en appui auprès d'un cabinet ministériel), à la demande du Ministre de la Santé.

Cependant, l'IGS fait face à des difficultés dans l'exercice de ses missions et a un très faible niveau d'activité par:

- manque de ressources humaines: expertises spécifiques telles le contrôle de gestion, l'audit interne, la gestion analytique, etc.;
- manque de ressources financières pour réaliser ses missions et couvrir l'ensemble de ses domaines d'intervention. Pour exemple le MS a mis à la disposition de l'IGS au titre de l'exercice 2015 une dotation globale de 23 millions de francs guinéens, équivalent à 2300 euros;
- absence de droit de regard concernant certaines opérations sensibles en matière de services et marchés publics ou contrats administratifs passés par le MSP. Ainsi, l'inspection des structures du MS est souvent impossible;
- culture de l'impunité dans l'administration en général, dans le MS en particulier: rapports non-suivis d'effet, certaines directions centrales et services rattachés ne veulent pas être contrôlés et font constamment une opposition aux vérifications;

- manque d'indépendance et de reconnaissance: l'inspection n'est pas une priorité des autorités. Selon l'IGS, son service est considéré comme un garage pour les responsables à écarter des affaires.

6.5 Recommandations

6.5.1 Donner des repères, poser des objectifs

La démarche consiste ici à donner à l'ensemble des agents du MS, via le Cabinet du Ministre et le Secrétariat général, des repères communs et précis: les axes, orientations et priorités politiques à moyen et à long termes. Celles-ci sont données au travers des documents existants mais doivent être déclinées en schémas directeurs techniques et opérationnels et ne pas rester théoriques ou axés sur les ressources venant des PTF, mais sur une vision systémique des problèmes à tous les niveaux du système. Ces repères et objectifs doivent être collectifs mais aussi individuels avec les responsabilités et la redevabilité qui y sont attachés.

6.5.2 Fixer les choix prioritaires déterminants pour l'avenir

Il s'agit de fixer des objectifs et des priorités compatibles avec les finalités du MS et s'assurer que les agents du MS, à chaque niveau de responsabilité, aient les moyens d'actions, les compétences mais aussi la volonté d'atteindre ces objectifs. Leur atteinte suppose la mobilisation de ressources, humaines, matérielles et financières, qu'il faudra rationaliser et mutualiser (traitements, salaires, formation des ressources humaines, fonctionnement et maintenance des ressources matérielles, optimisation des ressources financières, etc.). Cette clarté des objectifs et priorités permettra au MS de se promouvoir au sein du gouvernement et de motiver la part grandissante en ressources humaines et du budget de l'état nécessaire à l'atteinte de ses objectifs.

6.5.3 Renforcer et respecter les attributions réglementaires de chaque niveau de la pyramide sanitaire sans substitution ni usurpation (principe de subsidiarité)

L'exercice des pouvoirs, responsabilités et attributions, doit se faire conformément aux textes réglementaires qui les définissent pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ce défi nécessite, en collaboration avec les PTF, de mettre en œuvre des mesures de renforcement des capacités des services déconcentrés incluant:

- Une meilleure gestion des ressources humaines, pour mettre à disposition des services déconcentrés et des établissements de soins, du personnel qualifié;
- Une formation adaptée et coordonnée des cadres;
- Un accroissement de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat qui doit s'approcher de la norme internationale (OMS, Abuja) et l'optimisation de son utilisation;
- Rendre effective la déconcentration budgétaire en:
 - prenant en compte les besoins des services déconcentrés dans l'élaboration du budget du MS;

- respectant les procédures de la déconcentration budgétaire et des crédits délégués;
- mettant à disposition les fonds du niveau central vers le niveau déconcentré.

6.5.4 Evaluer et contrôler

L'évaluation régulière des résultats est indispensable. Il s'agit de vérifier que les objectifs fixés étaient valides, ont été réellement atteints (contrôle de l'efficacité) et prendre les décisions de redresser la situation dans le cas contraire. Vérifier aussi qu'ils ont été atteints en économisant au mieux les ressources mobilisées (contrôle de l'efficience); en effet, il n'est d'aucun intérêt de persister dans des actions qui coûtent plus qu'elles ne rapportent. Il faut optimiser la gestion des ressources du MS. Il est essentiel que tous les agents, à chaque niveau de responsabilité, redeviennent comptables du travail réalisé (ou non) au sein de leur service (qualité et quantité de production). Il conviendra aussi de renforcer le SNIS comme un outil d'aide à la décision.

6.5.5 L'exigence et le rendre-compte devront être des préoccupations permanentes

Un tel positionnement managérial est source de motivation, de mobilisation et d'engagement et apporte visibilité (on sait où l'on va, c'est rassurant et mobilisateur) et lisibilité (on peut tracer les actions réalisées comme les responsabilités, les évaluer, les contrôler et les rediriger et les sanctionner le cas échéant). Comme nous l'avons déjà remarqué, l'inverse entraîne démotivation, frustration, désengagement, passe-droit, impunité et non redevabilité.

6.5.6 Renforcer le leadership

Une telle approche d'exigence et de responsabilité permettra aux plus hautes instances dirigeantes du MS, puis à chaque niveau de la hiérarchie de prendre la direction (leadership) des activités, de donner du sens au travail des équipes, de restaurer l'autorité tout au long de la ligne hiérarchique, et de se positionner en porteur de projets.

6.5.7 Instaurer une politique d'intégrité et de conformité au travers d'une charte d'éthique

L'objectif d'une politique d'intégrité pour le MS, au travers d'une charte éthique, code de conduite ou autre code d'intégrité, est de garantir que ses agents (collaborateurs) agissent, en tant que représentants du MS, en ligne avec des règles de transparence, d'objectivité et de fiabilité. Elle est généralement complétée de la notion de conformité qui renvoie au respect des règles par le MS – aussi bien les réglementations qui lui sont applicables que les règles internes (à commencer par la charte d'éthique). Cela pourrait couvrir les thèmes suivants:

- les conflits d'intérêt (MS/fournisseurs ou prestataires, travail à la fois au sein du MS et pour le secteur privé);
- la fraude, la concurrence déloyale, le non-respect des procédures (passation des marchés);

- l'utilisation illicite des deniers publics, matériels ou produits du MS;
- l'intégrité des documents comptables et financiers;
- la prévention de la corruption;
- le respect des réglementations applicables.

6.5.8 Décliner un programme d'intégrité pour mettre en œuvre au quotidien cette charte

Cette charte d'éthique a l'avantage de formaliser et rendre public les engagements du MS qui devra aussi montrer la preuve de ses efforts en les communiquant pour que ces règles soient respectées. Un programme d'intégrité doit être défini pour apporter des garanties au-delà du simple engagement formel que le MS déploie sa charte d'éthique dans ses opérations courantes. Ce programme doit reposer sur des règles simples:

- engagement des plus hautes instances du MS;
- procédures et outils;
- contrôle interne et externe et mesures disciplinaires.

6.5.9 Communiquer

Un effort de communication par les dirigeants permettra d'éviter aux uns et aux autres de souffrir de ne pas comprendre la finalité et les modalités des changements et nouvelles pratiques qui sont imposés.

Afin aussi d'éviter toute interposition voire ingérence entre le cabinet et les services administratifs, il est donc essentiel que le ministre veille à avoir des relations de travail régulières et suivies avec les directeurs d'administration centrales de ses services. Son administration mettra d'autant plus efficacement en œuvre les objectifs fixés par le Gouvernement que le ministre entretiendra avec elle un dialogue et des relations directes.

Un réel plan de communication et son manuel de procédures devra être élaboré pour une amélioration de la communication autant verticale, qu'horizontale au sein du MS, mais aussi à l'extérieur pour améliorer le plaidoyer de ce dernier auprès du gouvernement et des PTF.

6.5.10 Rendre ses droits et prérogatives et donner les moyens nécessaires à l'IGS

L'IGS assiste le Ministre dans la gestion administrative et technique de services et contrôles d'utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition du MS et des organes qui en dépendent. Elle veille également au respect des normes tant pour l'administration centrale, déconcentrée, décentralisée que pour des établissements et organismes sous tutelle. Aussi, pour s'assurer de la mise en œuvre d'une bonne gouvernance, il faut redonner à l'IGS ses lettres de noblesse et les moyens humains et financiers, tant au niveau central qu'au niveau régional, pour remplir ses tâches de contrôle du respect des attributions réglementaires, des réglementations applicables, de l'intégrité et la redevabilité.

En cas de manquement, il s'agira aussi d'appliquer les sanctions (déjà définies ou à définir) qui s'avèreraient nécessaires.

6.5.11 Organisation d'audits techniques spécifiques

Certains services (CNTS, PCG, hôpitaux nationaux et régionaux) devront faire l'objet d'un audit technique spécifique pour préciser la pertinence d'un changement éventuel de statut juridique qui permettrait leur meilleur fonctionnement.

6.5.12 Instauration d'une approche sectorielle

Il est important que le MS puisse être soutenu dans sa réforme. Un appui des PTF à la gouvernance, en dehors des appuis financiers aux projets et programmes, est primordial à la réussite. Le fractionnement et la dispersion actuelle de leurs appuis doit faire place à une réelle coordination autour d'une planification stratégique et opérationnelle budgétisée commune (prenant en compte les besoins des districts et non imposée par le niveau central) et une revue annuelle conjointe. Un projet de nomination par les PTF de leur représentant auprès du MS semble en cours. Il devra être finalisé. Ceci permettra de positionner, gérer, suivre, évaluer les projets d'appui en évitant chevauchement et doublons des activités et des financements, dans la transparence technique et financière, pour les PTF et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les activités seront ainsi définies en fonction des problèmes systémiques et non en fonction des financements extérieurs.

Cet accompagnement des PTF ne pourra que renforcer le leadership du MS dans la mise en œuvre d'une gestion basée sur les résultats pour lesquels les responsabilités de chacun (PTF et MS) pourront être clarifiées. Le Compact national qui vient d'être signé devrait répondre à ces attentes. En effet, la vision qui sous-tend le Compact implique un changement de paradigme dans la façon dont la coopération au développement dans le secteur de la santé est organisée. Ceci nécessite de réels changements de comportement à la fois du côté des autorités nationales et des partenaires. Il vise à passer d'un mode de fonctionnement où les financements extérieurs sont gérés de façon plus ou moins autonome en vue d'atteindre des objectifs spécifiques (attribution des résultats), à un mode de fonctionnement où l'entière responsabilité des partenaires contribue à l'atteinte des objectifs globaux du secteur (contribution aux résultats). Dans cette perspective, le Compact vise à établir une plateforme conjointe, pilotée par les autorités nationales, qui fédère les efforts de tous les intervenants du secteur, depuis l'analyse de la situation et l'identification des priorités sectorielles jusqu'à la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan national. Les principes qui sous-tendent le pacte, doivent être acceptés par tous les partenaires et adaptés à la situation nationale. Ils réaffirment leurs liens avec la stratégie nationale de santé, le cadre unique de résultats en matière de santé et des processus de développement national plus larges.

7 Ressources Humaines

7.1 Les Constats

Les ressources humaines pour la santé jouent un rôle stratégique et crucial dans le fonctionnement du système de santé. En 2009, la densité de personnel sanitaire pour 10.000 habitants préconisée par l'OMS, pour réussir les ODD n°4 et 5 concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile, était de 23 personnels sanitaires²⁴ pour 10.000 habitants. La Guinée avec une densité de 1 personnel de santé pour 10 000 habitants, se place au dernier rang des pays en grave crise de ressources humaines pour la santé.

Les ressources humaines ont un rôle incontournable dans le processus de soins. Leur disponibilité, leur qualité et leur activité affectent le résultat attendu du MS.

La mission d'audit a évalué la performance du MS par rapport à ses deux missions essentielles en matière de ressources humaines, à savoir:

- Assurer la gestion administrative des ressources humaines du MS pour permettre une régulation dans ce secteur;
- Assurer la disponibilité des ressources humaines en santé en quantité et qualité suffisante pour permettre une amélioration de l'état de santé de la population.

La mission a examiné en particulier le rôle et l'impact des facteurs fonctionnels, organisationnels et institutionnels sur la performance du MS dans ce domaine.

7.1.1 Etat des lieux de la structure de ressources humaines et du fonctionnement de la gestion des ressources humaines (GRH) du MS au niveau central, régional et de district

Le cadre organisationnel de la GHR au MS

Le Décret N° D/2012/061/PRG/SGG du 2 mars 2011, portant organisation et attribution du MS, stipule que le MS, chargé de « la conception, l'élaboration, et la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique » dispose d'une Division des Ressources Humaines (DRH) pour l'appuyer dans la réalisation de ses attributions.

La Division des Ressources Humaines

La DRH du niveau central, est en charge de la gestion des ressources humaines du MS, à quelque niveau que ce soit de la pyramide sanitaire, conformément à l'arrêté n°2008/646/MEFPRA/CAB du 6 mars 2008 portant attributions et organisation de la DRH.

²⁴ Le personnel de santé pris en compte par l'OMS pour ce calcul de densité est composé des médecins, des sages-femmes et des infirmiers

Cet arrêté mentionne que la DRH est composée de 3 sections disposant d'attributions précises:

- la section administration et rémunération du personnel;
- la section planification, statistiques et gestion de la formation, perfectionnement;
- une section archives, communication et documentation; et
- une cellule de gestion des ressources humaines, mais ses attributions ne sont pas précisées.

Un manuel de procédures de gestion des actes administratifs des ressources humaines a été édité en 2010 et réactualisé en 2012. Il précise plusieurs modalités concrètes pour le suivi statutaire des agents de la fonction publique et les dispositions réglementaires spécifiques aux agents du MS. Les procédures concernent:

- Le rappel du code de conduite du personnel administratif;
- Les principaux thèmes de gestion administrative du personnel (congé, absence, sanction disciplinaire, paie et les charges salariales);
- L'évaluation et la motivation du personnel;
- La planification des besoins en personnel, le recrutement et l'affectation du personnel, mentionnant les acteurs, leurs activités et les délais de réalisation.

Selon l'effectif fourni par la DRH au 13/08/2016, elle est composée de 15 personnes, dont le chef de Division et son assistant nommé par le Ministre de la Fonction publique, pour la gestion d'environ 12.000 personnels de santé²⁵.

Parmi les 15 agents de la division, 13 sont fonctionnaires. 2 agents ne disposent pas de numéro matricule de fonctionnaire et ne sont pas contractuels du MS. Le chef de Division et son assistant sont administrateurs civils, et il y a 2 médecins, une pharmacienne, 2 archivistes, 2 comptables, et 4 secrétaires.

Les cadres ont tous suivi des formations de plus de 5 jours au cours de l'année précédente notamment en lien avec IHRIS. Des PTF participent régulièrement à l'appui de la DRH sur différentes fonctions (par exemple, sur la mise en place du système informatisé des effectifs de ressources humaines).

Le chef de Division participe aux réunions du cabinet, règle les dossiers de gestion des agents qui lui sont transmis par le cabinet. Il supervise les travaux des agents de la DRH concernant le travail quotidien courant, tel que les mouvements des effectifs, les actes administratifs de gestion des ressources humaines, le suivi de la paie en lien avec le MFPREMA et l'archivage des dossiers du personnel lorsque la DRH reçoit des dossiers.

Le chef de la section formation et perfectionnement a un rôle actif en matière de représentation de la DRH dans les instances internationales, notamment auprès de l'OMS: Il est l'interlocuteur de l'OMS et de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé (AMPS) dans le cadre du suivi effectué auprès des pays en

²⁵ Les chiffres varient selon que l'on prenne le registre de la fonction publique ou les chiffres du MS.

grave pénurie de personnels de santé, auquel appartient la Guinée. Il reçoit et organise à ce titre une partie des propositions de formations des partenaires techniques et financiers qui ne sont pas rattachés à un programme de santé. Celles-ci sont gérées directement par les directions nationales chargées de ces programmes, sans lien direct avec la section formation de la division. Son rôle et son engagement pour le développement des RHS dépassent très largement les attributions de la section qu'il dirige mais permet d'assurer une présence active de la DRH dans les instances nationales et internationales et le suivi des projets de l'AMPS au MS. Sa situation hiérarchique à l'intérieur de la DRH et l'effectif qui lui est affecté (deux secrétaires) sont peu proportionnés avec les travaux qui pourraient être réalisés pour le développement des RHS du MS, avec l'appui de l'AMPS notamment.

Les postes occupés par les agents ne reflètent pas l'organisation de la DRH mentionnée dans l'arrêté de 2008.

Les attributions mentionnées dans cet arrêté ne sont pratiquement pas mises en place ou trop parcellaires pour qu'elles puissent être profitables à l'amélioration des ressources humaines et du système de santé. Le texte de l'arrêté ne semble d'ailleurs pas être connu par la majorité des agents.

Par ailleurs, il n'y a peu ou pas de réflexion sur: les tâches essentielles en matière de politique de ressources humaines (obligations statutaires, recrutement, affectation et distribution territoriale, plan de carrière, mouvement); sur l'analyse de l'adéquation entre mission/fonction/compétence, plan de formation; et perfectionnement du personnel, évaluation de la performance et des compétences. Les fonctions de planification des ressources humaines et gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences sont absentes de la DRH qui va devoir affecter les 2950 agents admis à la fonction publique.

Si l'existence d'une unité de ressources humaines, dotée des fonctions appropriées, est un préalable au développement des ressources humaines, la position de l'unité dans la hiérarchie du MS est tout aussi importante. L'unité des ressources humaines est située à un niveau inadéquat dans l'organigramme du MS qui la situe au niveau d'un département ministériel. Ce niveau ne lui permet pas de refléter l'enjeu stratégique que représente les ressources humaines pour le MS; ni de fournir l'aide à la décision que l'on attendrait de cette unité pour l'élaboration de la politique des ressources humaines et/ou pour le suivi du plan de relance et de résilience du système de santé.

De l'observation du fonctionnement et de l'organisation de la DRH, il ressort les éléments suivants:

- Les fonctions appropriées au développement des ressources humaines du MS ne sont pas opérationnelles à la DRH et ne peuvent contribuer en l'état à la performance du MS:
 - Le suivi des obligations statutaires du personnel du MS est pratiquement inexistant: les procédures administratives simples ne sont pas appliquées pour les agents de la DRH (code de bonne conduite, absences, congés, sanction) et il n'y a pas de promotion sur

- l'utilisation de ces procédures auprès des autres unités, pourtant bien détaillées dans le manuel de procédures;
- La gestion stratégique des ressources humaines du MS est pratiquement inexistante à la DRH, qu'il s'agisse des moyens de développer les ressources humaines ou de les planifier par la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences nécessaires, ou par l'élaboration de critères de planification stratégique en fonction des besoins des formations sanitaires.
 - Son niveau est inadéquat par rapport aux enjeux que représentent les ressources humaines en santé pour la performance du MS:
 - Le rôle de cette unité serait d'être une force de proposition au niveau interne du MS et l'interlocuteur des institutions externes du MS: auprès du MFPREMA et du Ministère du Budget pour discuter des recrutements à effectuer et des ressources humaines et financières à affecter; auprès des Ministères en charge de la formation initiale et continue des personnels de santé
 - La faiblesse quantitative et qualitative de l'effectif de cette division, peu orientée sur le domaine spécifique des ressources humaines pour la santé mais plus sur la gestion administrative du personnel en général, à l'exception du responsable de la section formation et perfectionnement. Les agents déclarent eux-mêmes que la gestion des ressources humaines du MS est faite par le MFPREMA.

La gestion des ressources humaines au niveau central du MS

La gestion des ressources humaines au niveau central du MS est déconnectée de la DRH. Chaque direction mène ses activités en matière de formation du personnel, sa politique de communication, ses travaux sur la recherche d'indicateurs de performance, sans lien fonctionnel avec la division.

Le manque de relation fonctionnelle se traduit de manière institutionnelle dans les arrêtés portant attributions des différentes unités du MS ou dans ceux qui sont en cours de signature. Une analyse des textes organiques de 2011 et des arrêtés en cours sur les directions nationales et autres services d'appui et rattachés, montre que toutes ces unités ont dans leurs attributions des activités de développement des ressources humaines²⁶, sans qu'il ne soit fait mention de relation fonctionnelle avec la DRH.

Cependant, des documents de politique (PNDS), de stratégie (PSDRH), des analyses sont conduites (Analyse de situation des ressources humaines pour la santé) font intervenir des thèmes de ressources humaines. Suite à l'adaptation de la politique sanitaire, le 4ème axe stratégique du PNDS a prévu l'élaboration du Plan de Développement des Ressources Humaines. Plus récemment, depuis 2012, la Base des Données sur les Ressources Humaines (GESPER) a été mise à jour pour implanter IHRIS. Le processus d'informatisation se poursuit avec la mise en place d'un groupe technique élargi aux PTF participant aux activités et au financement pour sa mise en place. Les gestionnaires de la Base de Données ont été formés. Les données biométriques ont été confrontées avec IHRIS et le

²⁶ Telle la mise en place de mesures de renforcement des capacités des personnels, d'évaluation de sa performance, etc.

recensement des personnels au niveau central et Conakry vient de débiter. Ces évolutions se font avec une faible participation aux réunions de la DRH.

Cette situation entre la DRH et les autres unités du MS est significative du faible crédit accordé à celle-ci par les autres unités centrales. Il est à noter que l'organisation du MS concrétisée par les arrêtés de 2011 et les arrêtés en cours de signature, favorise cette situation; ils institutionnalisent ce dysfonctionnement.

Au niveau déconcentré (régional, préfectoral)

Les relations fonctionnelles entre le niveau central de la DRH et les niveaux déconcentrés sont en accord avec celles existant entre les différentes unités centrales.

Les DRS et DPS disposent toutes d'un agent en charge de la gestion des ressources humaines. Ces agents ne sont pas exclusivement affectés à cette tâche (par exemple, le SAF est souvent en charge de la GRH. Leur contribution en matière de gestion des ressources humaines consiste à participer à la planification des effectifs et des besoins en lien avec leur supérieur hiérarchique; leur redevabilité s'exerce vers l'unité du niveau central demandeur de cette planification. Ce n'est pas la DRH.

Ces directions décentralisées ne disposent d'aucun interlocuteur à la DRH qui serait à l'écoute de leurs préoccupations; puisse les informer ou les conseiller sur les moyens disponibles en GRH pour gérer le personnel; les responsabiliser, les motiver et en planifier les effectifs selon des critères précis. De ce fait, la gestion des ressources humaines dans les services déconcentrés est perçue comme une charge supplémentaire de travail par des agents déjà surchargés.

Au niveau des formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé, postes de santé)

Si l'on mesure la performance des ressources humaines dans les formations sanitaires en fonction du service rendu à la population, le taux de couverture de la population des zones d'attraction visitées est de l'ordre de 5 à 10% de la population de cette zone. Ce taux est calculé à partir du nombre de consultations mensuelles ou des données d'hospitalisation des centres hospitaliers. Ce taux est très faible par rapport aux objectifs de performance que devraient poursuivre le MS.²⁷

Les constats effectués dans les formations sanitaires des régions pilotes de l'audit²⁸ ont tous été identiques, quelle que soit la région, zone urbaine de Conakry ou zones rurales des trois autres régions:

²⁷ Il est à noter qu'il est difficile d'apprécier le taux de couverture de la population de la zone d'attraction pour les centres de santé: mensuellement, ceux-ci transmettent le nombre de nouveaux cas à la DPS, qui les collationnent entre centres puis les transmet à la DRS qui les transmet au niveau national. Cependant, la somme des nouveaux cas pendant les 12 mois ne reflètent pas le nombre réel de patients vus dans l'année, un patient pouvant visiter le centre plusieurs fois dans l'année. Le nombre de cas visités dans l'année permet d'avoir une bonne estimation de l'activité du centre car il permet de calculer le taux de couverture de la population de la zone d'attraction, qui est également une donnée tout aussi importante pour le Ministère, qui peut avoir une estimation de la population couverte par les services de santé publics. Il serait assez simple de profiter de l'informatisation des centres pour améliorer cette donnée, en constituant un dossier médical par patient visité, le nombre de dossiers ouverts sur une année donnerait une estimation plus fiable du taux de couverture de la population.

²⁸ Région de Conakry, Nzérékoré, Boké, Labé

La situation des ressources humaines dans les formations sanitaires est l'aboutissement de ce qui est constaté au niveau central et déconcentré (DRS et DPS). A savoir la faiblesse des ressources humaines et matérielles disponibles, et l'absence de gouvernance en gestion des ressources humaines qui entretient l'esprit de laisser-faire, la complaisance et génère le manque de résultats sur les performances attendues.

- Est notable la faiblesse des effectifs dans les formations sanitaires. Celles-ci disposent d'un grand nombre d'agents peu qualifiés pour effectuer des soins de santé. Un bon nombre est « bénévole ». A l'inverse elles manquent cruellement de personnel de santé tels que médecins, sages-femmes ou infirmiers, surtout en zone rurale.
- La pénurie en ressources humaines est à examiner au regard de la faible gouvernance pour le suivi des dispositions statutaires concernant les affectations de poste:
 - Une comparaison a été faite entre l'effectif de la DPS en médecins affectés dans un centre hospitalier visité et l'effectif de médecins déclarés par le directeur de cet hôpital. 6 médecins étaient affectés dans cet hôpital selon les données de la DPS alors que le directeur déclarait 2 médecins travaillant à l'hôpital et un médecin qui venait « de temps en temps ». La question qui peut être posée est: sur quelle base seront affectés les 2950 admis à la fonction publique ?
 - L'impunité dont bénéficient les agents ne respectant pas le cadre statutaire accroît voire crée la pénurie en ressources humaines. Bien qu'elle soit constatée et évoquée à de nombreuses reprises, aucune action n'est mise en place au MS. Au niveau institutionnel, le respect des obligations statutaires est du ressort de la DRH à partir d'un dossier constitué par le responsable hiérarchique de l'agent, puis de la DPS et de la DRS. Vu les réticences à tout niveau pour appliquer ces dispositions, la gouvernance nécessaire pour redresser cette situation doit être à un niveau plus élevé que celui d'une division.
- Dans les zones éloignées, les conditions de travail sont difficiles en raison de la précarité des plateaux techniques le plus souvent en mauvais état et insuffisant, de l'absence de médicaments de base pour traiter les patients, de l'absence d'eau courante, d'électricité et du manque d'hygiène. Cela explique en grande partie le peu d'attrait qu'elles représentent pour ces professionnels de santé qui n'y ont pas les moyens de pratiquer un travail de qualité. Cela explique également la faible attractivité de ces formations sanitaires rurales pour la population. Ces difficultés d'affectation en zones rurales sont essentiellement en raison des conditions de travail et de vie plus difficiles malgré des incitatifs financiers existants depuis 2012. L'insuffisance de plateaux techniques crée également des difficultés pour trouver des lieux de stages satisfaisants pour les étudiants, notamment dans les zones éloignées, ce qui est dommageable pour le choix de leur future affectation; ceux-ci allant plus volontiers s'installer dans les zones où ils ont tissé des contacts pendant leur année de stage.
- Enfin, on peut constater l'absence de management et de moyens pour développer la motivation et la responsabilisation des ressources humaines: dans une des régions visitées, une réflexion pour développer les ressources

humaines²⁹ dans les centres hospitaliers est en cours. Ces travaux sont menés dans le cadre des Projets d'Établissements Hospitaliers poursuivi par un PTF. Sur les régions visitées, c'est la seule à notre connaissance pour gérer, développer les ressources humaines, et favoriser le maintien du personnel dans ces zones difficiles. Des expériences seraient à partager avec des Ministères de la santé de pays ayant résolu ces situations, comme la Turquie, la Côte d'Ivoire ou le Maroc.

7.1.2 Relations entre le MS et les autres institutions gouvernementales qui pourraient influencer sur son fonctionnement et sa performance

Relations avec le MFPREMA

On constate que les relations entre le MS et le MFPREMA ne reposent pas sur une compréhension identique des missions de l'un ou de l'autre :

- Le chef de la DRH est nommé par arrêté du Ministre de l'Emploi, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Administration sur proposition du Directeur National de la Fonction Publique, conformément à l'arrêté n°2008/646/MEFPRA/CAB du 6 mars 2008 portant attributions et organisation de la DRH. Cette situation présente le risque, que le chef de Division n'ait pas de compétence dans le domaine spécifique des ressources humaines pour la santé. D'où une orientation plus visible de la Division sur les tâches de gestion administrative des ressources humaines, alors qu'il est attendu de cette Division qu'elle contribue à l'amélioration de la performance du MS en développant les ressources disponibles, en les planifiant à partir, par exemple, des schémas et recommandations de l'OMS.
- Au niveau des préfectures, un agent du MFP est chargé de la gestion statutaire des fonctionnaires de tous les corps (éducation, santé, sécurité, etc.) nommés dans la préfecture. Il gère la carrière de ces fonctionnaires (avancements, nominations, affectations, versement des salaires). Par contre, la gestion quotidienne des agents des DRS/DPS ou des formations sanitaires (congé, absence, etc) est du ressort des services déconcentrés dans lesquels ces agents sont affectés. Ceci n'a pas semblé bien intégré lors des entretiens au niveau central ou déconcentré.

Relations avec les institutions de formation initiale et continue du personnel médical et paramédical

Les relations avec les institutions de formation initiale et continue sont actuellement faiblement développées :

Relation avec l'Université de médecine

La participation du doyen de la faculté de médecine à l'atelier de GRH le 10 octobre, fait apparaître les éléments suivants :

- L'absence de relations fonctionnelles entre l'université et le MS sur l'adéquation des formations aux besoins des formations sanitaires. Or, le nombre de diplômés annuels va se réduire (le nombre de bacheliers

²⁹ Les chiffres montrent un taux d'absentéisme élevé du personnel

intégrés dans l'Université est depuis 2 ans plafonné à 50 bacheliers par an) afin d'améliorer la qualité des enseignements dispensés aux étudiants. Considérant les abandons en cours d'études, on peut considérer qu'il y a, au terme des 6 années d'études et un an de stage, environ 35 diplômés qui quittent l'université annuellement. Ce qui représente la capacité d'absorption du MS.

- L'absence d'interlocuteur au MS pour évoquer les sujets de préoccupation de l'université, concernant les lieux de stages ou l'encadrement des stagiaires. La direction de l'université a signalé d'importantes difficultés pour trouver des lieux de stage de dernière année en chirurgie, obstétrique et médecine et des problèmes d'encadrement des stagiaires dans les stages.

Relations avec les instituts de santé communautaire

Les écoles de santé communautaire sont sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel (METP). Elles forment uniquement et en très grand nombre des Agents Techniques de Santé (ATS), qui grossissent les rangs des « bénévoles » des formations sanitaires. Cette situation est inconfortable. Le METP n'est pas le mieux placé pour connaître les besoins des structures de santé en compétences spécialisées et pour anticiper les évolutions en cours. Une réflexion est en cours au MS pour modifier le cursus des ATS en celui d'agent de santé communautaire.

De l'examen des évolutions en cours, il ressort qu'une proposition de groupe de réflexion commune entre le METP et le MS a été formulée par la section formation et perfectionnement de la DRH. Elle a reçu l'accueil favorable du METP.

Avec l'Institut de Perfectionnement du Personnel de Santé (IPPS)

L'arrêté portant création de l'IPPS, le définit comme un service rattaché au cabinet du Ministre de la santé, ayant pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de perfectionnement du personnel de santé. Sont mentionnés dans cet arrêté les missions, l'organisation, les relations fonctionnelles avec le MS selon un organe consultatif composé de représentants: de plusieurs directions nationales du MS, de la DRH et de la faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie de Conakry, ainsi que du ministère chargé de la formation professionnelle.

L'IPPS assure une formation qualifiante de 3 ans pour les ATS qui souhaitent se recycler en sages-femmes ou infirmiers. En 2016, 88 ATS suivent le cursus de recyclage pour être infirmier et 44 ATS suivent la formation de sage-femme. L'institut dispose de 3 salles de classe, l'une étant réservée pour le cursus d'infirmier ophtalmologiste, l'autre pour le cursus des sages-femmes, la troisième pour le cursus des infirmiers.

L'impact du dispositif de perfectionnement des ressources humaines mis en place par l'IPPS, observé au regard de son apport dans la réussite et la performance du MS est assez limité en raison des facteurs suivants:

- Le manque de ressources financières de l'IPPS pour mener à bien sa mission. L'IPPS ne dispose pas de budget de fonctionnement autre que celui permettant de rémunérer les salaires du personnel de direction de l'IPPS. De ce fait, les charges dues aux fonctionnements des formations continues sont couvertes par les frais d'enseignement des étudiants (rémunération des vacances des enseignants, matériel pédagogique, etc.).
- Le manque de place pour organiser les formations continues: du fait du nombre élevé d'ATS en formation et du nombre de salles disponibles, une partie des étudiants sont formés pendant la première moitié de la semaine, l'autre partie est formée pendant la deuxième partie de la semaine, réduisant le nombre total de jours de formation pour un ATS à 18 mois au lieu des trois ans prévus par la formation.
- Le manque de contrôle du MS sur les CV des candidats: Bien que la formation continue de l'IPPS soit réservée statutairement aux fonctionnaires, en 2016, 6 ATS non fonctionnaires participent à la formation, posant la question de l'insertion de ces ATS dans le service public à l'issue de leur formation. D'autre part, l'âge des ATS en formation est de 37 à 58 ans. On peut raisonnablement se demander pourquoi des ATS proches de la retraite font un sacrifice financier aussi important pour acquérir une qualification qu'ils obtiendront au moment de leur retraite. La direction, interrogée sur ce point, a signalé que l'augmentation de niveau due à cette nouvelle qualification, va améliorer le montant de leur retraite et que la qualification d'infirmier et de sage-femme leur permettra de s'installer en secteur privé. Ce point serait aussi à clarifier avec la direction de l'Institut et le MS car le rôle d'un institut de perfectionnement public est d'assurer le perfectionnement des agents en activité qui amélioreront les compétences des structures de santé dont ils sont issus, pas de concurrencer ces structures.
- Le manque de contrôle du MS sur le contenu des cursus de formation: Le cursus de formation continue de l'IPPS est de 3 ans, correspondant à une licence dans le système Licence-Master-Doctorat (LMD) que cherche à appliquer la Guinée pour adapter l'enseignement supérieur aux standards de l'OOAS. La formation de base d'infirmier est du niveau de la licence dans le cadre du système LMD. Or, la durée de la formation continue pour les infirmiers pratiquée par l'IPPS étant également de 3 ans, elle est davantage celle d'une formation initiale que d'une formation continue.

7.2 Recommandations

Les recommandations qui suivent ont été discutées au cours d'un atelier le 6 octobre 2016 avec plusieurs représentants du MS (DRH, BSD), le doyen de la faculté de médecine, le point focal du MS au MFPREMA et des PTF intervenant dans le secteur des ressources humaines (UE- PASA, HFG, GIZ, Intrahealth).

A moyen terme, ces recommandations pour le renforcement, l'amélioration de la gestion des ressources humaines sont de nature à améliorer le fonctionnement institutionnel et organisationnel du MS, à lui donner un contrôle sur cette ressource essentielle pour sa performance.

Elles s'appliquent à la DRH et impactent les activités des unités centrales et le niveau déconcentré des DRS, DPS et les formations sanitaires. Leurs mises en place vont nécessiter l'implication, l'appui du niveau décisionnel du MS, en raison de leurs conséquences sur la stratégie et la politique de santé conduite par le MS et des réticences au changement auxquels le MS doit s'attendre face aux habitudes, aux modes opératoires des agents et des unités.

Ces recommandations sont de trois ordres: fonctionnel, organisationnel et institutionnel.

A moyen terme, les deux premières recommandations ont pour ambition de renforcer les missions et les capacités de la DRH, dans l'attente d'un renforcement de la gouvernance en ressources humaines, qui va demander une modification plus en profondeur des textes institutionnels. Ces deux premières recommandations auront davantage d'impact sur le développement des ressources humaines si elles sont réalisées conjointement.

7.2.1 Recommandation 1: Mettre en place une fonction RH modernisée, efficace et dynamique au niveau central

La première recommandation concerne la mise en place d'une fonction ressources humaines modernisée et dynamique au niveau central. Il s'agit de renforcer et consolider les bases stratégiques pour moderniser la GRH et les tâches effectuées au sein de la DRH, afin d'améliorer la situation des ressources humaines de la santé et par la même d'améliorer le fonctionnement du système de santé. Elle participe à la modernisation des relations existantes entre les différentes unités du MS au niveau central, les relations avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire au niveau déconcentré, les institutions externes et les structures territoriales.

Il s'agit de dépasser le quotidien actuel de la DRH, limité à une gestion administrative partielle des effectifs, peu ou pas coordonnée avec les autres unités du MS ou avec les autres niveaux de la pyramide sanitaire et peu en accord avec les ambitions du Plan de relance et de résilience du MS, afin que la DRH s'impose comme un acteur clé de la politique de santé du MS.

Cela nécessitera pour réussir:

1. **De poursuivre les efforts d'extension de la conception de la gestion des ressources humaines** en progressant dans le domaine de la participation du personnel et la maîtrise de l'outil informatique, l'équité de genre, **en s'appropriant** les domaines modernes de la GRH³⁰ pour rechercher en permanence la meilleure adéquation possible entre les besoins en qualifications et compétences, et les ressources humaines et budgétaires pour atteindre les objectifs de performance du MS.
2. De faire évoluer les outils de gestion des ressources humaines:
 - La GRH dispose d'outils qui ont été créés et sont utilisés dans toutes les entreprises ou administrations publiques pour gérer les ressources humaines et simplifier la tâche de conception du DRH;

³⁰ Les activités sont détaillées en annexe

- Certains de ces outils comme par exemple la base de données des effectifs IRHIS, les indicateurs de performance de GRH, le manuel des procédures de gestion administrative, les descriptions de postes existents, sont en cours de mise en place ou sont à mettre à jour.
 - D'autres encore sont à créer comme la base de normalisation des effectifs dans les établissements sanitaires, le plan de développement des ressources humaines, le plan de mobilité, le répertoire des métiers du MS, la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences, l'évaluation des performances, le suivi évaluation des performances, les incitatifs pour favoriser le maintien en zones rurales autres que ceux proposés par la fonction publique.
3. De sensibiliser les unités du MS et les services déconcentrés au nouveau rôle et au positionnement de la GRH
- Pour la faire reconnaître comme un métier support ayant ses normes professionnelles, sur des critères qui doivent s'appliquer de la même façon à tout le réseau du MS;
 - Pour être un interlocuteur compétent à leur écoute, sachant valoriser les bonnes pratiques en GRH;
 - Pour assurer l'équité de traitement entre les agents, et l'équilibre de la répartition des ressources humaines, en limitant les effets néfastes de la complaisance.
4. De développer des relations fonctionnelles avec les Ministères ou institutions susceptibles de favoriser l'adéquation des ressources humaines aux besoins du MS, par la mise en place de comités inter ministériels, sous pilotage du chef de la DRH:
- Avec l'IPPS, sur l'adéquation des formations aux standards de l'OAAS et le contrôle des formations et des candidats à l'institut;
 - Avec la faculté de médecine, sur l'adéquation des effectifs d'apprenants avec les capacités d'accueil et d'encadrement et les besoins du MS;
 - Avec le MFPREMA, pour réfléchir aux moyens d'augmenter le nombre de ressources humaines dans les zones classées 3 et 4³¹ dans lesquelles des candidats actuellement en poste n'ont pas été admis au concours de la fonction publique de 2016;
 - Avec le METP, pour l'adaptation des formations des écoles de santé communautaire aux besoins du MS.

7.2.2 Recommandation 2: Renforcer les capacités quantitative et qualitative de l'unité des ressources humaines

La seconde recommandation est d'ordre organisationnel et concerne le renforcement des capacités quantitatives et qualitatives de la DRH et des ressources humaines impliquées dans la dynamique, au niveau central et au niveau déconcentré (*voir Annexe 3*). Sans renforcement quantitatif et qualitatif, la Division ne pourra pas parvenir à la mise en place d'une fonction ressources humaines suffisamment développée pour améliorer la situation et répondre aux

³¹ Les zones 3 et 4 sont les zones géographiques d'affectation correspondant à des régions très éloignées au terme de l'arrêté conjoint n°2012/8162/MSHP/MDCB/CAB fixant la répartition zonale des services de santé

besoins du MS.

Afin qu'elle soit dotée d'équipes qualifiées qui peuvent s'acquitter de leurs tâches efficacement dans le système de santé, cela nécessite pour réussir:

1. **Un renforcement de l'effectif des agents de la DRH** pour tenir compte de l'évolution de la fonction ressources humaines, renforcement en fonction des moyens de redéploiement entre services, redéploiement entre ministères ou recrutement d'agents spécialisés en ressources humaines.
2. Une fois les effectifs renforcés, **un renforcement des capacités de la Division par une formation de durée suffisante** pour que les agents puissent intégrer la nouvelle fonction, appliquer, tester et adapter les outils de GRH.
3. **Un renforcement des capacités en gestion des ressources humaines auprès des services décentralisés** (DPS/DRS et responsables des ressources humaines des formations sanitaires). Un dispositif innovant serait à mettre en place prévoyant:
 - Une formation à la dynamique du changement pour vaincre les réticences des agents;
 - Et une formation de formateurs qui relayeraient la formation dans les régions, en fonction d'un plan de généralisation.

7.2.3 Recommandation 3: renforcer la gouvernance des RHS

Enfin, la troisième recommandation est d'ordre institutionnel: il s'agit de renforcer la gouvernance de l'unité au niveau central afin d'asseoir son rôle dans l'environnement interne (autres unités du MS, structures déconcentrées du MS) et externes, la placer institutionnellement comme un acteur clé de la politique de santé. Cette recommandation va nécessiter une modification institutionnelle, sur la place et le rôle de la DRH dans la hiérarchie des services du MS. Dans l'attente, les deux premières recommandations sont de nature à améliorer le fonctionnement du MS, mais nécessitent une forte implication de son niveau décisionnel pour les soutenir avant la modification des textes sur les attributions de l'unité centrale.

Pour renforcer l'ancrage institutionnel de l'unité des ressources humaines et renforcer ainsi le contrôle du MS sur cette ressource cruciale pour l'amélioration de sa performance, il est nécessaire que le responsable des ressources humaines ait un rôle d'aide à la décision pour l'élaboration de la politique de santé et le suivi du plan de relance et de résilience du MS.

Afin de poursuivre la mise en place des deux premières recommandations, cela nécessitera pour renforcer la gouvernance des ressources humaines:

1. **D'ériger la Division en Direction Nationale des Ressources Humaines, sous l'autorité du MS**
 - De définir un profil pour le poste de directeur de cette unité avec ses missions ses attributions, ses relations fonctionnelles à l'intérieur du MS et son mode de nomination;
 - De définir les missions et attributions de cette nouvelles direction.

2. **De créer un comité intersectoriel composé du MS et du MFPREMA, en charge de:**
 - La révision des textes juridiques en conformité avec les leçons apprises des expériences antérieures;
 - La révision des arrêtés portant missions et attributions des unités centrales afin de tenir compte de cette nouvelle direction et des relations fonctionnelles à établir avec elle.
3. **D'installer cette direction.**

Au cours de l'audit, plusieurs opportunités ont été identifiées pour servir de levier afin de réussir ce changement:

- La disponibilité, la mobilisation de tous agents interrogés pendant l'audit, qu'ils soient membres de la DRH ou d'autres unités, l'importance accordée à la mission et leurs attentes sur la suite de l'audit, a semblé un signe fort de recherche de changement et de volonté d'amélioration de leur situation professionnelle pour satisfaire à la performance du MS;
- La mise en place de la base de données informatisée des effectifs du MS (IRHIS), outil de base pour permettre d'avoir une vision complète des ressources humaines disponibles, et le processus de mise en place du SNIS sur la base DHIS2, a semblé suffisamment important pour fédérer les agents autour d'un projet essentiel à la connaissance des ressources humaines en santé;
- L'engagement des PTF à accompagner les processus de renforcement des capacités en gestion des ressources humaines pour la santé a été identifié comme un apport important pour persévérer dans leur appui concerté pour capitaliser sur les gains déjà obtenus et les objectifs à atteindre dans le cadre de la mise en œuvre plan de « relance et de résilience » du MS.

Cependant, des risques ont été aussi identifiés qui pourraient faire obstacle à cette réforme de la GRH:

- Cette réforme va demander un soutien fort du niveau décisionnel pour modifier les habitudes, les comportements au travail des agents qui sont habitués à un certain laxisme, à la perception inadéquate de la place et du rôle des ressources humaines dans l'élaboration des politiques de santé et des performances du système sanitaire;
- De nombreux chantiers sont à mettre en place à la DRH. Il faut un pilote engagé, disponible, capable d'expliquer les activités à conduire auprès des agents de l'unité de GRH mais aussi négocier avec les autres unités centrales et déconcentrées du MS, auprès du MFPREMA, du Ministère du Budget, de l'enseignement supérieur et de tous les partenaires institutionnels ayant un rôle dans l'adéquation des besoins en ressources humaines du MS;
- Une attention particulière doit être fournie par les PTF pour coordonner leurs activités afin d'éviter que les agents ne soient mobilisés sur des activités qui n'ont pas de relation directe avec leurs tâches professionnelles et qui entraîne un fort absentéisme de leur part sur leurs postes de travail, l'approche sectorielle serait à activer dans ce sens;

- Enfin, apprendre à gérer le temps de travail pour un agent est une condition pour améliorer sa productivité au travail, alors que les agents sont déconcentrés par de multiples autres sollicitations sur leur lieu de travail tels que téléphone, visite intempestive, etc.

8 Financement du système de santé

Nous avons développé dans ce chapitre: les différentes sources de financement; la répartition et l'utilisation des fonds; l'acquisition des biens et services; le système d'enregistrement des opérations de gestion financière et les aspects liés au contrôle. Il ressort de manière globale que le financement du système de santé en Guinée demeure insuffisant et mal utilisé, avec une répartition inégalitaire des crédits. Les coûts de santé sont élevés et difficilement accessibles aux couches sociales les plus pauvres.

8.1 Les sources de financement

Les dépenses de santé en Guinée proviennent de trois sources principales:

Premièrement les crédits annuels alloués par le gouvernement central (recettes fiscales). Ces ressources représentent moins de 1% du PIB et se situent entre 2 et 3% de des dépenses totales du Gouvernement.

EXERCICE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budget Milliards FG	6 864	8 836	13 002	13 675	13 041	15 068	NC
Allocations M.S en Milliards de FG	133	227	183	263	287	492	628
Taux	2%	3%	1%	2%	2%	3%	

De 2002 à 2015 inclus, le MS a obtenu un montant global de 2 145 832 895 743 FG sur un budget global de 94 715 811 597 454 FG. Soit 2% en termes de pourcentage (*Source: document DAF Ministère Santé du 16/02/2015*). Toutefois, l'on constate que les crédits annuels pour la santé ont augmenté au fil du temps en termes nominaux, mais pas aussi rapidement que la taille de l'ensemble des dépenses de santé.

Deuxièmement, les financements externes des donateurs nationaux, bilatéraux, multinationaux et les ONG qui représentent environ 12 à 14% des dépenses totales de santé en Guinée. La Guinée reçoit également une aide financière et une assistance technique dans le secteur de la santé, directement acheminée sur le terrain sans aucune information à quelque niveau que ce soit du MS; parfois sur la base de conventions de financement directement signées avec les responsables des services déconcentrés et des établissements sanitaires dans les régions. Ces financements directs sur le terrain ne sont pas contrôlés par le Gouvernement et atteignent parfois cinq fois en volume, la part de financement externe contrôlée par le MS pour des programmes spécifiques, tels que la vaccination, la prévention de la tuberculose, la prévention du paludisme, la santé infantile et juvénile ou la sensibilisation au VIH/SIDA. Il est important de rappeler ici que ces fonds d'assistance technique sont parfois la seule source de

financement pour ces programmes prioritaires, étant donné que l'état guinéen n'assure plus sa part de financement. Dans l'ensemble, le financement externe et le soutien technique représentent environ 28% des ressources en soins de santé³².

Troisièmement, les dépenses des ménages représentent près de 60% selon le WDI. C'est l'unique source de financement local. Elles soutiennent la structure de recouvrement des coûts. L'estimation des dépenses de santé par habitant se situerait autour de 97.850 GNF. Soit environ 1.083 milliards de GNF en multipliant par le nombre de la population estimée 11,075 millions d'habitants. Les dépenses des ménages pris sous cet angle comprennent les dépenses des prestations des services de santé publics et privés, et également les contributions relatives au recouvrement des coûts.

En résumé:

- Les dépenses du secteur de la santé ne constituent pas une priorité dans les décisions budgétaires si l'on tient compte de la faible part du budget allouée à ce secteur. La part du budget public consacrée à la santé ne permet pas de couvrir les besoins de base.
- La Guinée reçoit une aide financière et une assistance technique très importante de la part des bailleurs de fonds internationaux dont une grande partie échappe au contrôle du MS.
- Les ménages supportent la grande partie des dépenses du secteur de la santé, environ 60%.

8.2 Elaboration, répartition, et utilisation des fonds

8.2.1 Budget public

Concernant l'élaboration du budget: les principales étapes contenues dans le manuel des procédures de gestion du MS sont les suivantes:

Etape 1. Le processus est déclenché par la lettre de cadrage du Ministère du Plan qui fixe les priorités sur la base du cadre macro-économique. Cette lettre est transmise au Ministère du Budget.

Etape 2. Le Ministère du Budget sur la base des priorités et de l'enveloppe globale prépare une esquisse de budget par département ministériel et transmet à chaque ministère le montant plafond à ne pas dépasser.

Etape 3. Le Ministre de la Santé transfère au DAF les plafonds alloués pour la préparation et l'élaboration du Budget annuel. Le DAF met donc en œuvre la procédure d'élaboration du budget du MS contenue dans le manuel des procédures. Cette procédure prévoit l'implication de tous les services centraux et déconcentrés du MS, ainsi que tous les programmes prioritaires, les centres hospitaliers, et les établissements publics sous sa tutelle technique, qui bénéficient des subventions. Étant donné que le budget est la traduction chiffrée

³² Revue des Dépenses Publiques dans le secteur de la santé, 2014, Banque Mondiale

des activités programmées au cours d'un exercice, le budget est élaboré à partir des besoins réels des services.

Nos vérifications ont permis de constater que les deux premières étapes de la procédure sont mises en œuvre. La dernière étape qui constitue l'élaboration du budget dans les faits n'est pas appliquée dans la mesure où :

- Les directions centrales et les services déconcentrés du MS ne sont pas impliqués dans l'élaboration du budget.
- Les décisions budgétaires relatives aux fonds publics sont prises de manière isolée entre le Ministre et le DAF sans la prise en compte des besoins réels et le point de vue du personnel.

Concernant la répartition et l'utilisation, le budget du MS est reparti de la manière suivante: **(i)** les dépenses dites de fonctionnement; **(ii)** les dépenses d'investissement; et **(iii)** la part du budget non ventilé.

Les dépenses de fonctionnement comprennent les salaires de personnel; les frais de mission; les fournitures de bureau et le carburant; les dépenses pour les vaccins; les produits médicaux et les subventions des structures déconcentrées. Nos vérifications ont permis de constater que :

- la part de budget consacré aux dépenses de fonctionnement a considérablement augmenté entre 2005 et 2016 en termes de volume et de pourcentage. Elle est passée de 42,5 milliards de GNF en 2005 à 463,550 milliards de GNF en 2016;
- le budget de fonctionnement présente d'énormes insuffisances et disparités dans sa répartition suivant la destination des services et par niveau de fonctionnalité. Les disparités sont plus poignantes dans les zones rurales où les centres de santé ne perçoivent aucune subvention de l'Etat, ni la quote-part de 15% des communes, mais participent au fonctionnement des DPS (paiement des salaires des consultants directement recrutés par la DPS, paiement de carburant des DPS, retrait des fonds pour des motifs « imprévus des dépenses) à partir de leurs recettes modiques. La ville de Conakry dans le cadre de cette répartition se taille la part du lion. La ville reçoit presque 60% des fonds consacrés aux dépenses publiques de santé³³.

Quant aux dépenses d'investissement nos vérifications et analyses ont permis de constater que :

- En termes de proportion, la part du budget consacrée aux investissements est faible et insuffisante. Elle ne permet pas de couvrir les besoins de base. Le tableau ci-après, compilé à partir des données de la DAF présente les montants en FG alloués aux investissements et leur pourcentage de 2014 à 2016: 3% en 2014; 45% en 2015 et 26% en 2016 en termes d'allocations.

³³ Revue des Dépenses Publiques dans le secteur de la santé, 2014, Banque Mondiale

Tableau 1 Budget du MS consacré aux investissements

Rubriques	Exercices		
	2014	2015	2016
1. Traitements & Salaires	125.490.668.200	133.569.002.115	196.038.954.996
2. Achats Biens & Services	1.009.790.956.362	107.699.419.000	215.782.777.485
3. Subventions & Transferts	26.246.077.800	25.311.367.000	51.728.681.711
4. Investissements	37.090.538.907	218.025.000.000	164.619.000.000
TOTAL BUDGET	1.198.618.241.269	484.604.788.115	628.169.414.192
Part allouée aux Investissements en %	3%	45%	26%

Une analyse approfondie de ces données permet de constater que par rapport à ces allocations: **95%** du montant alloué en 2014 a été ordonnancé et entièrement payé; **42%** du montant alloué en 2015 a été ordonnancé et **94%** du montant ordonnancé payé; et en 2016, l'exécution du budget est en cours. A la date de notre intervention, **67%** du montant alloué aux investissements était engagé et **73%** des montants engagés payés.

- Même si la part de budget consacrée aux investissements est faible, l'on constate qu'elle est mal utilisée. Nos vérifications ont permis de constater que les crédits initialement affectés étaient sans rapport avec les dépenses exécutées dont plusieurs projets non-inscrits dans la loi des finances. La plupart dépenses liés aux investissements concernent: i) les paiements des études pour lesquels les réalisations des infrastructures n'aboutissent jamais; ii) des paiements de salaires de personnel; iii) des achats de fournitures; iv) des dépenses de consommations d'eau et d'électricité. Pour rappel ces dépenses sont déjà prises en charge dans les comptes de la classe « 2. Traitements & Salaires » et de la classe « 3. Achats de biens et Services ».

Les fonds non affectés constituent des fonds budgétisés sans engagement programmatique, qui sont utilisés sur une base discrétionnaire, sans planification et transparence. Au titre de l'exercice 2016 ces non affectés s'élèvent à 147,699 milliards de GNF soit environ 23,4% du budget de 2016. Ce montant nous paraît excessif et pose un sérieux problème de la qualité de la dépense et de la destination des fonds budgétisés.

Enfin le niveau d'exécution du budget du MS est très faible: moins de 50% en termes de taux d'exécution. Le tableau ci-après présente l'exécution du budget au titre des exercices 2014, 2015 et le 1^{er} semestre de 2016.

Tableau 2 L'exécution du budget au titre des exercices 2014, 2015 et le 1er semestre de 2016

EXRCI CE	CREDIT en FG	ENGAGÉ en FG	PAYÉ en FG	Taux engagem ent	Taux payeme nt
2014	1.198.618.241. 269	259.258.958. 866	255.461.294. 273	22%	21,78%
2015	484.604.788.11 5	300.667.877. 393	300.089.457. 216	62%	62,00%
2016	628.169.414.19 2	397.276.834. 792	277.813.322. 303	63%	44,10%

En résumé:

- Excepté les salaires des fonctionnaires et contractuels directement payés par le Ministère des Finances, les DRS et les DPS ne reçoivent pas de budget de fonctionnement (crédit de fonctionnement de l'Etat). Ces structures se «débrouillent».
- Les parts de subventions affectées aux services déconcentrés du MS (Hôpitaux, EPA) sont transmis aux utilisateurs de manière irrégulière, en très faible quantité et pratiquement en fin d'exercice. Pour rappel les parts des subventions de l'exercice 2016 ne sont toujours pas reçues au niveau des régions.
- Les fonds réservés aux pauvres n'atteignent pas les couches les plus pauvres. Ainsi, la part de budget de fonctionnement alloué à la ville de Conakry est plus importante que celle réservée au reste du pays alors que Conakry n'abrite que 15% de la population totale de la Guinée. La raison fondamentale donnée serait l'importance du personnel de santé dans cette ville, mais due à la mauvaise répartition.
- L'Etat ne contribue ni au financement des programmes prioritaires, ni au financement des dépenses catastrophiques.
- La part de budget consacré aux investissements est faible et mal utilisée.
- Le niveau d'exécution du budget public est faible. Cette situation est due à l'absence d'une programmation cohérente des activités, et aux retards dans la réception des fonds transmis par le Ministère de l'Economie et des Finances.

8.2.2 Financement Externe

Les financements externes comme nous l'avons décrit plus haut sont très importants. Les PTF financent pratiquement tous les programmes prioritaires du secteur de la santé, ainsi que des programmes et projets initiés par le gouvernement suivant des accords de don ou de crédits. Les financements des programmes sont connus du MS à travers des conventions et des accords-cadres. La plupart des programmes sont directement gérées par des unités de coordination qui disposent des manuels de procédures de gestion, et des outils de gestion. Ils font l'objet de supervision et de mission d'audit financier et comptable.

Les PTF financent également des structures déconcentrées (DRS, DPS et hôpitaux) avec lesquelles ils signent directement des accords ou des conventions. Ils sont très importants en volume (11,284 milliards GNF de dépenses entre 2012 et 2015 à Labé) et présentent les insuffisances ci-après:

- Le MS n'a ni suivi, ni contrôlé sur ces fonds. Ce qui pose un véritable problème de planification et de coordination des actions du département.
- Les gestionnaires de ces fonds ne disposent pas toujours de ressources humaines formées et d'outils de gestion adéquats pour mener les actions conformément aux exigences des bailleurs. Sur ce point précis nous avons pu constater que:
 - un compte spécial spécifique pour le suivi des activités de chacun des bailleurs de fonds n'était pas ouvert. Les fonds transmis par les bailleurs sont logés dans un même compte. Ce qui ne permet pas de s'assurer que les fonds, transmis par chacun des bailleurs, sont utilisés uniquement pour ses activités et les catégories des dépenses mentionnées dans sa convention;
 - des paiements pour les mêmes activités étaient effectués par plusieurs bailleurs différents au cours des mêmes missions;
 - des paiements fictifs, des faux décomptes, des états de paiement non datés étaient exécutés au niveau de certaines DRS;
 - le fonctionnement des DRS et DPS était exécuté sur les fonds des bailleurs alors que cette catégorie de dépenses n'est pas prévue dans les conventions.

8.2.3 Recommandations

Les insuffisances énumérées plus haut sont à la base de nombreux dysfonctionnements constatés au sein des structures du MS. Pour pallier à ces insuffisances, nous formulons les recommandations ci-après:

1. Le Ministre de la Santé devra engager un plaidoyer auprès du Premier Ministre chef du Gouvernement en vue d'une augmentation considérable de la part du budget du secteur de la santé avec comme objectif d'atteindre à moyen terme le niveau recommandé par l'OMS. Cette augmentation devra se faire progressivement.
2. Améliorer la coordination entre le MS et les organismes internationaux de manière à ce que tous les financements et assistance technique à quelque niveau que ce soit, soient enregistrés et contrôlés au niveau de la DAF du MS.
3. Impliquer réellement et de manière systématique, toutes les directions centrales et tous les services déconcentrés dans l'élaboration du Budget du Ministère de la Santé d'une part, et d'autre part élaborer le budget à partir des activités et des besoins réels.
4. Prévoir et transférer systématiquement les allocations de fonctionnement des DRS et DPS telles que prévues et mentionnées dans le budget global du MS et dans les délais. Ceci leur permettra de mettre un terme à la débrouille qui se caractérise par des pratiques frauduleuses.
5. Transférer de manière systématique et dans les délais requis les subventions des centres hospitaliers et autres EPA conformément aux prévisions inscrites dans le budget au titre de chaque exercice.

6. Rétablir l'équilibre dans la répartition des fonds entre la ville de Conakry et le reste du pays, et principalement dans la répartition des fonds césarienne et d'indigence initialement créés pour offrir des services aux pauvres et dépensés en grande partie à Conakry. Formuler une politique et des textes pour les plus pauvres et les démunis afin qu'ils bénéficient d'un meilleur accès aux soins de santé.
7. Renforcer la préparation du budget d'investissement en s'appuyant sur la base d'un recensement réel des besoins en infrastructures sanitaires et en fournissant un plan de rénovation des infrastructures.
8. Accroître le niveau d'exécution du budget du MS par la mise en place d'une bonne programmation des activités budgétisées et d'un bon système de suivi-évaluation.

8.3 Acquisitions des biens et services et report des opérations

La DAF est le centre de gestion central du MS. Elle fournit les prestations de gestion financière et de gestion des acquisitions. Et, en tant que tel, elle doit assurer les missions ci-après:

Au titre de la gestion financière, la DAF:

- Coordonne la préparation des budgets annuels du MS;
- Entretient la coordination et le suivi avec la Direction du Budget, le Service d'ordonnancement et le Trésor Public;
- Etablit les normes budgétaires et fixe les coûts standard;
- Assure la diffusion des règles et des principes comptables des finances publiques;
- Effectue la consolidation, pour tous les financements sectoriels, de ses comptes avec ceux de l'ensemble des autres centres de gestion du MS qu'ils soient internes ou externes au MS;
- Produit les états financiers nationaux trimestriels, et annuels;
- Appuie les centres de gestion du MS dans l'encadrement, l'évaluation et la formation de leur personnel comptable;
- Effectue le suivi permanent des indicateurs financiers du cadre des dépenses du secteur de la santé;
- Alerte le Ministre de la santé sur tous les problèmes financiers comme ceux liés à la mobilisation des ressources, aux taux d'exécution budgétaires ou aux procédures d'exécution.

Au titre de la gestion des acquisitions, la DAF:

- Diffuse les procédures et les documents types utilisables pour les acquisitions des biens et services;
- Assure la liaison avec les Commissions en charge des marchés publics;
- Elabore les plans globaux de passation des marchés du MS;
- Effectue le suivi continu de l'avancement des acquisitions et de son impact sur les décaissements;
- Alerte le Ministre de la santé sur tous les problèmes liés à la passation, à l'approbation et à l'exécution des marchés.

La DAF est composée d'une section comptabilité pour l'enregistrement des opérations financière et comptable, d'une section comptabilité matières, d'une cellule de passation des marchés et d'un chargé d'études. Cette équipe est coiffée par un chef de Division expérimenté.

En ce qui concerne les acquisitions de biens et services, la mission a pris connaissance du rapport de l'audit des marchés publics du MS effectué par un cabinet international dont les principales conclusions portent sur le non-respect des procédures d'attribution des marchés. Nous avons procédé à la vérification des documents des marchés du MS et constaté ce qui suit:

- Plusieurs contrats exécutés ne figurent pas dans les Plan annuel de passation des marchés transmis pour information et avis au Directeur National des Marchés Publics/Administrateur Général de l'Administration et Contrôle des Grands Projets et des Marchés Publics.
- Des contrats (17) d'un montant global de 247,975 milliards de GNF relatifs aux travaux de construction, rénovation et extension des centres de santé ont été passés sur la base d'une simple autorisation du Ministre de l'Economie et des Finances en contradiction avec les dispositions du code des marchés publics.
- Plusieurs marchés sont contractés sans ligne de crédits.
- Le niveau de paiements des contrats n'est pas conforme à leur niveau d'exécution. La mission a identifié des travaux en cours ou abandonnés entièrement payés.
- Plusieurs contrats sont exécutés dans les régions sans que les DRS ne soient informés.
- Le niveau d'exécution du Plan de passation des marchés est très faible.

La mission a également procédé à l'évaluation du système de comptabilisation et d'enregistrement des dépenses du MS. Elle a constaté d'importantes faiblesses, tant sur le plan organisationnel que sur le plan du report des opérations.

8.3.1 Sur le plan organisationnel

- La structuration actuelle de la DAF n'est pas à même d'assurer ses missions et par ricochet de produire un fonctionnement efficace et efficient. Elle devrait être restructurée et érigée en Direction.
- La DAF manque de ressources humaines en qualité et en quantité pour exécuter ses missions de gestion financière et comptable et de suivi financier des activités.
- Il n'existe pas de structure relais au niveau déconcentré. Par ailleurs aucune disposition n'a été mise en place pour le suivi des données des projets et programmes du secteur de la santé.

8.3.2 Sur le plan technique

- La comptabilité est automatisée, mais ne dispose pas de logiciel de comptabilité au niveau des services du MS.

- L'enregistrement des opérations comptables est effectué au niveau de la chaîne des dépenses du Ministère de l'Économie et Finances par les comptables du MS.
- Les documents comptables ne sont ni analysés, ni validés par le DAF, ni avant ni après leur enregistrement. Sur ce point, la mission a constaté d'énormes incohérences dans les documents comptables analysés: a) des dépenses enregistrées dans les catégories budgétaires non appropriées; b) des montants de crédit erronés; c) des paiements de dépenses non ordonnancés. Par ailleurs la nomenclature du budget ne permet pas de cerner les dépenses à différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Les documents de base relatifs à la gestion des immobilisations acquis au niveau du MS n'existent pratiquement pas. Ils ne sont ni élaborés, ni systématiquement enregistrés. En conséquence les inventaires physiques des immobilisations du MS ne sont pas effectués.

8.3.3 Recommandations

Pour améliorer le système d'acquisitions des biens et services et de report des actions du MS, nous formulons les recommandations suivantes:

En ce qui concerne les acquisitions des biens et services:

1. Respecter systématiquement les dispositions du code des marchés publics et les directives des bailleurs de fonds, principalement en ce qui concerne la contractualisation sur la base du gré a gré.
2. Respecter systématiquement les procédures de passation des marchés.
3. S'assurer au préalable que la mise en œuvre d'une procédure de passation d'un marché devant aboutir à la signature d'un contrat a fait l'objet d'un crédit mis en place.
4. Identifier tous les marchés payés et non réalisés/ou non achevés et poursuivre sur le plan judiciaire les responsables des entreprises, ainsi que tous les fonctionnaires (donneurs d'ordre, payeurs) qui ont participé de près comme de loin à ces fraudes.
5. Mettre en place un système cohérent de suivi des contrats.
6. Les DRS et les DPS doivent obligatoirement obtenir copie de tous les contrats signés pour la réalisation des infrastructures et autres matériels dans leur zone de compétence. Ils devraient veiller à l'exécution des travaux, valider les décomptes et participer aux séances de réception provisoire et définitive.

En ce qui concerne la gestion financière et comptable:

1. Restructurer la DAF, et l'ériger en Direction des affaires administratives et financières, et lui assigner toutes les missions évoquées plus haut sur le plan de la gestion financière et sur le plan de l'acquisition des biens et services.
2. Renforcer l'équipe de gestion financière du MS par le recrutement des jeunes diplômés de l'enseignement supérieur.
3. Renforcer les capacités de tout le personnel de la DAF sur les normes et procédures de la gestion financière et la comptabilité publique.

4. Entreprendre des discussions avec le pour que le MS puisse acquérir un logiciel de gestion financière et comptable, compatible avec le système comptable du Ministère des Finances installé au niveau de la chaîne des dépenses. La mise en place de ce logiciel permettra au DAF de contrôler et de valider les enregistrements effectués par les comptables.
5. Recruter un consultant qui sera chargé d'élaborer les procédures de gestion financière et comptable adaptées aux activités de la DAF, et former l'équipe de la DAF à l'utilisation desdites procédures.
6. Mettre immédiatement en place un système de comptabilité matière au niveau du MS. Ce système sera mis au niveau de tous les programmes et des services déconcentrés. Et ensuite procéder sans délais à l'inventaire physique de toutes les immobilisations du MS comme situation de référence.

8.4 Exécution des missions de contrôle

Le MS dispose en son sein d'une IGS qui est chargée **(i)** d'assurer les contrôles systématiques et/ou ponctuels sur l'exécution des attributions et tâches dévolues aux services du Département; et **(ii)** d'organiser les audits financiers et comptables sur la gestion des établissements de santé. La mission a effectué une séance de travail avec l'Inspecteur Général et 2 de ses collaborateurs directs sur les aspects de contrôle exécutés par cette division. Ces entretiens et nos vérifications sur le terrain ont permis de constater que:

- L'IGS n'est pas fonctionnelle (*voir chapitre 6 sur le gouvernance*).
- Les Directions centrales et les services rattachés ne veulent pas être contrôlés et font constamment une opposition aux vérifications. L'IGS n'a aucun regard sur les activités de la DAF.
- Les missions d'audit financier et comptable des établissements publics sous la tutelle du MS ne sont jamais effectuées car l'IGS ne dispose pas de moyens pour recruter des cabinets pour exécuter ces missions.
- Les missions de Commissariat aux comptes statutairement prévues dans les textes qui régissent les hôpitaux nationaux et les EPA ne sont pas exécutées.
- Les organes externes et particulièrement la Cour des Comptes et l'Inspection d'Etat n'ont exécuté aucune mission de contrôle ou de vérification. La mission n'a reçu aucun rapport de contrôle.

8.4.1 Recommandations

Pour améliorer le système de contrôle des actions du MS, nous formulons les recommandations suivantes:

1. Restructurer l'IGS tout en renforçant ses missions de contrôle financier à posteriori (*voir chapitre 6 sur le gouvernance*).
2. Donner une lettre de mission officielle et permanente à l'IGS lui permettant d'effectuer ses missions de vérification dans tous les services centraux du MS, dans tous les EPA et établissements de santé et les programmes qui bénéficient de subventions du budget de l'Etat.
3. Renforcer les capacités du personnel de l'IGS sur les normes et procédures de contrôle.

4. Rendre fonctionnel les conseils d'administration des établissements de santé nationaux et régionaux, et exiger que la certification des comptes soit effective dès 2016 par des commissaires aux comptes membres de l'ordre des experts comptables de la Guinée ou de la sous-région.
5. Revoir le système de recrutement des cabinets chargés d'auditer les programmes et les projets de santé. Nous recommandons que le recrutement des auditeurs des financements externes soient effectués par le bailleur et non par les unités de coordination des projets et programmes.

9 Le secteur pharmaceutique et le médicament

Le médicament joue un rôle stratégique dans le fonctionnement et le financement du système de santé. En 2010, il a représenté 48% de la dépense totale de santé et 76.5% des dépenses de santé des ménages³⁴. Le médicament constitue donc un intrant incontournable dans le processus de soins, et sa disponibilité et son utilisation affectent aussi bien la qualité des soins que les recettes des structures de santé.

La mission d'audit a évalué la performance du MS par rapport à ses deux missions essentielles dans le domaine du médicament, à savoir:

- Assurer la disponibilité de médicaments de qualité à des prix abordables;
- Assurer la régulation du secteur pharmaceutique.

Cet audit a examiné le rôle et l'impact des facteurs institutionnels et organisationnels sur le fonctionnement et la performance du MS dans ce domaine.

9.1 Cadre organisationnel et institutionnel

Le secteur pharmaceutique est caractérisé par la coexistence d'un secteur public qui ne remplit que partiellement ses missions, allant de la régulation à la prestation, et d'un secteur privé qui joue un rôle incontournable en matière d'approvisionnement en médicaments mais dont le développement anarchique échappe largement au contrôle du MS.

Le cadre normatif³⁵ est relativement complet, mais largement inadapté au contexte actuel et ne permet pas de garantir un bon fonctionnement du secteur ni sa régulation. En effet, il y a une difficile adéquation entre les textes et une réalité en constante évolution. Ensuite, les moyens de faire appliquer les dispositions existantes font souvent défaut; ce qui n'est pas sans affecter les objectifs escomptés. On notera en particulier:

- la faible diffusion et application des textes existants;
- la lenteur dans le processus d'adoption des textes législatifs et réglementaires;
- l'insuffisance de contrôle et le manque de sanctions;
- des moyens financiers et humains insuffisants;
- un cadre institutionnel et organisationnel inadéquat et souvent non fonctionnel;
- une gouvernance défaillante et des interférences politiques fréquentes;
- un faible leadership.

³⁴ Ministère de la Santé: « Comptes Nationaux de la Santé (exercice 2010) », 2014

³⁵ Loi n°94/012/CTR/N/ du 22 mars 1994 portant Législation Pharmaceutique; Décret n° 94/043/PRG/SGG du 22 mars 1994 portant Dispositions Règlementaires des Activités Pharmaceutiques; Décret D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant attributions et organisation du MSH

9.1.1 Organisation du secteur pharmaceutique

Le secteur public

La première mission du secteur pharmaceutique public est de mettre à disposition des populations des médicaments de qualité en quantités suffisantes et, contrairement au secteur privé, tout en assurant sa viabilité, au prix le plus bas possible. Le recouvrement des coûts est appliqué : tous les patients doivent acheter leurs médicaments et le matériel médico chirurgical prescrits. Seules certaines pathologies ou cas médicaux (césariennes, accouchements, pathologies induites et indigents) bénéficient de la gratuité, de même que les médicaments délivrés par les programmes verticaux nationaux soutenus par des bailleurs de fonds ou par des institutions internationales : traitement combiné à base e (ACT) pour le paludisme par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), antirétroviraux (ARV) pour le SIDA et le traitement des infections associées par le Programme National de Prise en Charge et Prévention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP) et les médicaments anti-tuberculose par le Programme National de Lutte contre la tuberculose (PNLT), de même que des médicaments délivrés gratuitement par quelques rares organisations non gouvernementales (ONG) et organisations confessionnelles.

L'ensemble du secteur public est organisé par le MS qui exerce différentes tâches en tant que : organisateur, importateur, grossiste-répartiteur, utilisateur, vendeur.

Le secteur public est constitué au niveau central par la Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL), la Commission Nationale du Médicament (CNM), le Laboratoire National du Contrôle de la Qualité des Médicaments (LNCQM), l'IGS et la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), et au niveau intermédiaire et périphérique par les Inspections Régionales de la Pharmacie des DRS et par les sections de Pharmacie et Laboratoires des DPS.

Le secteur parapublic

Ce secteur parapublic est constitué par les programmes verticaux qui ont acquis une certaine autonomie par rapport à l'autorité du MS. Ainsi des programmes appuyés par certains PTF opèrent des circuits d'approvisionnements parallèles à ceux de l'Etat.

Le secteur privé

Le secteur privé est constitué par un secteur formel qui n'est régulé qu'en partie et d'un secteur informel qui échappe à tout contrôle.

Le secteur privé est divisé en trois sous-secteurs:

- le secteur privé officiel,
- le secteur privé para-formel,
- le secteur informel/illégal.

Les deux derniers secteurs échappent au contrôle du MS et de la DNPL. Le secteur privé informel/illégal constitue la part la plus importante du secteur du médicament en Guinée.

Le secteur formel/officiel est constitué des officines de pharmacie, des

grossistes répartiteurs, et d'une seule société de production locale de médicaments. Il existe environ 408 officines dont 348 à Conakry et 60 dans le reste du pays³⁶. Ces officines bénéficient d'enregistrements et d'arrêtés d'exploitation, mais beaucoup d'incertitudes persistent quant au respect des normes d'exploitation et des bonnes pratiques, du fait des moyens limités de supervision et de contrôle de la DNPL et de l'IGS.

Un sous-secteur para-formel est constitué par les ONG, les organisations confessionnelles, et les structures médicales du secteur minier. De par leur statut particulier ou leur dépendance d'une autre tutelle, ces organismes ne sont pas assujettis aux procédures officielles et à toute la réglementation en vigueur. Elles échappent de fait au contrôle de la DNPL.

Le secteur informel, quant à lui, est constitué d'une composante licite de pharmacie traditionnelle constituant souvent le premier recours des couches défavorisées, et d'une composante illicite qui s'est considérablement développée au cours des 15 dernières années au point où elle constitue aujourd'hui selon certaines estimations entre 60 % et 75 % du marché national de médicaments et produits de santé³⁷.

Ce développement rapide du secteur illicite et de contrefaçons des médicaments est directement lié aux carences du circuit étatique de distribution, aux déficiences d'inspection et de contrôle de la DNPL et de l'IGS, à l'existence de besoins en médicaments non-satisfaits, aux prix attractifs pratiqués dans ce secteur, à la proximité des marchés de médicaments illicites, et à la tolérance de l'ensemble des autorités.

9.1.2 Cadre institutionnel du secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique est géré par la politique pharmaceutique nationale élaborée en 1994 et révisée en 2007 et en 2013. La législation pharmaceutique est relativement complète, mais elle n'est que rarement mise à jour, diffusée et appliquée. Dans ce qui suit, nous examinerons les rôles et fonctions des principales institutions du secteur pharmaceutique telles que définies par le législateur et telles qu'elles fonctionnent dans la pratique, ainsi que les relations qui existent entre elles. Cet examen fera ressortir les atouts et les dysfonctionnements du cadre institutionnel existant.

Le fonctionnement des institutions du secteur pharmaceutique

La Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM, ex-DNPL)

Les compétences de la DNPL sont assez dispersées et couvrent les fonctions suivantes:

- la fonction normative (élaboration de textes législatifs et réglementaires);
- la fonction de contrôle (veiller à l'application de la loi);

³⁶ Ministère de la santé – DNPL, Politique Pharmaceutique Nationale, Juin 2014

³⁷ Ministère de la santé – DNPL, Politique Pharmaceutique Nationale, Juin 2014

- la fonction de prestation (organiser le système d'approvisionnement en médicaments essentiels des structures publiques de santé).

Les domaines sur lesquels s'exercent les compétences de la DNPL couvrent, dans le secteur public, la PCG, le LNCQM, et les programmes verticaux; et dans le secteur privé, les grossistes-répartiteurs, les officines, les établissements biomédicaux, les ONG importatrices, et le secteur informel.

Dans la pratique, la DNPL n'exerce ses compétences que sur une partie minime du secteur privé: il s'agit du secteur formel des officines, grossistes-répartiteurs, et laboratoires lors de l'octroi des AMM ou d'agrément. De même, la DNPL ne parvient pas à maîtriser la régulation du secteur pharmaceutique, et ne joue qu'un rôle limité en matière d'approvisionnement. Cette faible performance de la DNPL s'explique certes par un manque aigu de ressources humaines et matérielles, mais aussi et surtout par une gouvernance défailante, un manque de motivation du personnel, des interférences politiques fréquentes, un cadre institutionnel et organisationnel inadéquat, et un faible leadership. En effet, les questions relevant de sa compétence sont traitées par un nombre restreint de personnes qui ont l'entière responsabilité de l'ensemble des étapes des dossiers, de l'étude à la décision finale. Les avis techniques de la CNM, du LNCQM, et du CNOP font souvent défaut ou ne sont pas pris en considération.

Etant donné qu'il est difficile pour le MS d'exercer un véritable contrôle sur lui-même, la fonction de prestation (approvisionnement) ne devrait pas en principe faire partie des prérogatives de la DNPL. Il est donc important de déléguer entièrement cette fonction à la PCG. Une telle délégation permettrait à la DNPL d'exercer pleinement son rôle de contrôle régulier sur la PCG et sur les autres composantes du secteur.

La Pharmacie Centrale de Guinée

La mission essentielle de la PCG est d'organiser l'approvisionnement du secteur public en médicaments et autres produits pharmaceutiques, tout en assurant la qualité, la disponibilité l'accessibilité financière et l'équilibre financier de l'institution. Ce rôle est d'ailleurs repris dans la convention qui lie, depuis octobre 2011, la PCG au MS. Cette convention a été reformulée et signée en juin 2015.

Pour aider la PCG à réaliser sa mission, le MS doit lui apporter des contreparties aux charges et aux difficultés inhérentes à sa tâche dont en particulier l'obligation d'assurer une distribution aux formations sanitaires, et l'obligation de pratiquer des prix abordables.

Dans la pratique, au lieu d'aider la PCG, l'État alourdit ses difficultés. D'abord, en la subordonnant à la réglementation des marchés publics, avec ses procédures lourdes et lentes, ce qui la met en position désavantageuse par rapport à ses concurrents du secteur privé. Ensuite, en la plaçant dans une logique administrative, sujette aux aléas politiques, par la nomination de son Directeur et de son Conseil d'Administration. Ce qui n'est pas sans priver la PCG

de la souplesse et de la réactivité nécessaires aux opérateurs sur le marché du médicament. Enfin, la persistance des circuits parallèles d'approvisionnement et la non-application de la stratégie de la logistique intégrée contribuent également à affaiblir le rôle de la PCG. En conséquence, la PCG se trouve largement désavantagée par rapport à ses concurrents privés et handicapée pour remplir sa mission.

Si on ajoute à tout cela les défaillances de sa propre gestion interne, on comprend pourquoi la PCG ne joue qu'un rôle limité en matière d'approvisionnement.

L'Inspection Générale de la Santé

Dans le domaine du médicament, elle peut être chargée de mission par le Ministre de la Santé pour toute enquête ou inspection se rapportant aux médicaments et autres produits pharmaceutiques. Huit pharmaciens inspecteurs sont affectés à l'IGS, y compris l'Inspecteur Général, lui-même pharmacien. Elle est appuyée, dans le domaine du médicament, pour ses missions régulières, par des pharmaciens inspecteurs rattachés aux DPS. Mais, faute de moyens et d'autorité, l'IGS ne parvient pas à remplir sa mission.

En principe, l'IGS a une autorité directe sur les pharmaciens inspecteurs travaillant au niveau des DRS, mais ceux-ci, faute de moyens financiers et logistiques, sont en pratique dépendant de l'autorité du DRS. Ce positionnement des pharmaciens inspecteurs au niveau de l'IGS et des DRS limite et entrave la capacité de la DNPL à jouer son rôle d'inspection et de contrôle. D'où la nécessité de clarifier et formaliser les fonctions d'inspection dévolues à l'IGS, aux DRS, et à la DNPL.

Le Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments

Le LNCQM est chargé d'apporter une expertise technique et scientifique indépendante portant sur la qualité des produits de santé, sur leur conformité avec les spécifications techniques énoncées. Cette expertise est nécessaire à la DNPL, à la CNM et à la PCG pour l'exercice de leurs fonctions de contrôle de qualité ainsi qu'à l'IGS. Les contrôles de conformité effectués par le LNCQM doivent concerner tous les produits de santé, y compris les médicaments chimiques et biologiques, les produits sanguins, et les dispositifs médicaux.

Les autorisations de mise sur le marché (AMM) ne sont en principe octroyées par la DNPL que si le produit pharmaceutique est déclaré conforme par le LNCQM. Dans la pratique, les services du LNCQM ne sont que rarement sollicités. En partie, parce que les capacités d'analyse du LNCQM sont limitées, et en partie parce que la DNPL peut, semble-t-il parfois se passer de ce contrôle. De plus, la PCG a conclu un accord avec un laboratoire privé étranger pour le contrôle de la qualité de ses médicaments.

Le LNCQM n'a pas reçu de budget de fonctionnement du MS depuis 2011. L'essentiel des appuis qu'il reçoit proviennent des PTF notamment de l'UE, de l'OMS, du Fond Mondial et de l'USAID. Son personnel compte 22 cadres dont la

plupart sont souvent absents. Son leadership semble démotivé et attend du MS des solutions aux problèmes posés.

Sur le plan institutionnel, Le LNCQM est considéré dans le Décret du 2 mars 2011 comme un EPA³⁸. Dans la pratique, il est considéré comme faisant partie de l'INSP, sans que sa forme juridique ne soit clarifiée.

La Commission Nationale du Médicament

La mission, l'organisation et la composition de la CNM sont définies dans le Décret n°D94/043/PRG/SGG qui n'a pas été modifié depuis 1994. D'après ce décret, la CNM est chargée de donner au MS des avis techniques motivés nécessaires à ses prises de décisions dans les domaines du médicament notamment les AMM, les grossistes-répartiteurs et les officines.

L'Assemblée Générale comprend 42 membres provenant d'une vingtaine de ministères et organismes différents. Compte tenu de sa composition ainsi que de l'absence de moyens matériels nécessaires à son fonctionnement, cette commission ne s'est réunie qu'une seule fois en Assemblée Générale.

Seules les sous-commissions d'enregistrement des médicaments et d'agrément des entreprises et officines pharmaceutiques ont une activité périodique mais restreinte. Les avis de ces deux sous-commissions sont généralement pris en compte par la DNPL, compte-tenu du fait que la majorité des membres de ces sous-commissions sont de la DNPL et de l'IGS. En d'autres termes, ce sont les mêmes personnes qui donnent un avis et qui décident, d'où conflit d'intérêt.

Les relations fonctionnelles et hiérarchiques

La DNPL est placée sous l'autorité du Ministre. Elle n'a pas de pouvoir direct sur la PCG, placé sous la tutelle du MS et du Ministère de l'Economie et des Finances. Les relations DNPL-PCG ne sont pas clairement organisées, et prennent parfois des allures conflictuelles. Pour le secteur public, c'est la PCG qui a une relation directe avec les pharmacies des établissements de soins et les pharmaciens chefs des DPS. Ces derniers n'ont pas de subordination organique ou fonctionnelle avec la DNPL ou avec l'IGS. Cette dernière dépend directement du Ministre de qui elle reçoit ses ordres de mission. Enfin, le LNCQM dépend directement de l'Institut National de la Santé Publique (INSP), lequel est un service rattaché au Ministre de la Santé.

Il ressort de ce qui précède que les relations fonctionnelles et hiérarchiques entre les différentes entités ne sont pas de nature à favoriser un fonctionnement optimal du cadre institutionnel. En conséquence, les capacités de régulation du secteur pharmaceutique par ce dispositif institutionnel restent assez limitées. On est donc loin d'un cadre institutionnel jouissant de l'autorité et de la capacité de régulation du secteur pharmaceutique.

³⁸ Etablissement Public Autonome

9.2 Circuits d'approvisionnement et disponibilité du médicament

L'objectif de la politique pharmaceutique est de « mettre à la disposition de l'ensemble de la population des produits pharmaceutiques sûrs, efficaces, de bonne qualité et à moindre coût ».³⁹

Les données dont nous disposons montrent que cet objectif est loin d'être atteint. Dans les formations du secteur public, la faible disponibilité de médicaments est la conséquence directe de l'insuffisance de ressources financières allouées au secteur de la santé. Celle-ci est aggravée par les retards de mise à disposition de fonds, la mauvaise estimation des besoins, et la lenteur administrative du processus d'acquisition de médicaments.

Dans le secteur privé, il y a une meilleure disponibilité, notamment en milieu urbain, mais à des prix qui dépassent le pouvoir d'achat de la majorité de la population. Ces prix élevés poussent une bonne partie de la population à s'approvisionner dans le secteur informel où ils sont abordables mais où la qualité fait largement défaut, voire est nocive pour la santé.

9.2.1 Le circuit public d'approvisionnement

Le MS joue à la fois les rôles d'importateur, de grossiste-répartiteur, d'utilisateur, de vendeur et de régulateur du secteur pharmaceutique. Ces rôles sont souvent la source de conflits d'intérêts et de disputes entre les différentes entités qui composent le secteur.

Pour ce qui est du rôle d'importation et de distribution, il revient à la PCG qui est chargée de l'approvisionnement du secteur public. Cependant, la PCG n'a pas l'exclusivité. La DNPL joue également ce rôle. En effet, de nombreux achats utilisant le budget médicaments domicilié à la DAF sont effectués avec le concours de la DNPL, et font du MS un importateur important de médicaments en Guinée. Ces achats se font par appels d'offres internationaux avec les fournisseurs privés nationaux et internationaux. Ce mode d'approvisionnement parallèle non seulement remet en cause le rôle exclusif d'approvisionnement du secteur public par la PCG mais constitue également un facteur important de déstabilisation du cadre institutionnel⁴⁰.

Le MS joue de rôle de client et vendeur. Sa Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS) est la principale utilisatrice de produits pharmaceutiques avec 42 pharmacies d'hôpitaux publics et 410 pharmacies de centres de santé qui ne relèvent pas de l'autorité de la DNPL⁴¹. Ces pharmacies s'approvisionnent à la PCG pour certains médicaments et dans le secteur privé pour d'autres. Les patients achètent leurs médicaments à la pharmacie de l'hôpital ou du centre de santé, selon une tarification officielle qui est rarement respectée, et selon le principe du prix éclaté⁴². Pour les

³⁹ Ministère de la santé – DNPL « Politique Pharmaceutique Nationale », Conakry, Juin 2014.

⁴⁰ Voir convention État/PCG de 2011.

⁴¹ L'inspection de ces pharmacies relève des pharmaciens inspecteurs affectés aux DRS

⁴² La Guinée a pratiqué depuis les années 80 jusqu'au l'an 2000 une tarification forfaitaire par épisode de maladie, bien plus favorable à l'accès aux soins que la tarification éclatée pratiquée actuellement.

médicaments non disponibles à l'hôpital ou au centre de santé, le patient doit se les procurer dans les officines privées ou dans le secteur informel.

Une des conséquences des dysfonctionnements de la chaîne publique d'approvisionnement a été et continue d'être l'acquisition par les structures de santé d'une autonomie fonctionnelle et financière de fait leur permettant de s'approvisionner localement dans le secteur privé pour couvrir une partie de leurs besoins.

Une autre conséquence du dysfonctionnement du circuit de l'approvisionnement public de médicament a été l'acquisition progressive par les programmes verticaux (PNLP⁴³, PNPCSP⁴⁴, PEV, etc.) d'une certaine autonomie par rapport à l'autorité du MS en opérant des circuits d'approvisionnements parallèles à ceux de l'Etat. C'est le cas par exemple du PNL et du PNPCSP, soutenus par des organisations internationales ou des fonds supranationaux, qui possèdent leurs propres structures d'approvisionnement, de stockage et de distribution et échappent de facto au contrôle de la DNPL. Ainsi, le FNUAP, l'UNICEF ou le Fond Mondial qui sont tenues à des obligations de résultats ont développé leur propre circuit d'approvisionnement en parallèle aux circuits étatiques, et conduisent leurs propres audits. Les importations faites par ces organisations font l'objet d'un simple contrôle formel de la DNPL dans la mesure où les médicaments importés sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels. Ces circuits d'approvisionnement parallèles contribuent pour leur part à déstabiliser et à affaiblir le circuit officiel du médicament.

La riposte à l'épidémie de MVE a été une opportunité pour augmenter la disponibilité de certains produits pharmaceutiques au niveau des structures de soins, mais elle a aussi été l'occasion de fragmenter davantage les circuits parallèles d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques et de fragiliser le rôle de la PCG. En effet, le non-respect de la mise en œuvre de la logistique intégrée et la baisse sensible de la fréquentation des structures de santé qui a réduit les recettes de ces structures ont sérieusement affecté le chiffre d'affaire et les ressources financières de la PCG.⁴⁵

9.2.2 Le circuit privé d'approvisionnement

Dans le secteur privé formel, les approvisionnements en médicaments des officines se font sur la base de la nomenclature nationale des génériques et des spécialités pharmaceutiques auprès de grossistes répartiteurs. Ces derniers achètent leurs médicaments de façon fragmentée, ce qui ne permet pas de réaliser des économies d'échelle et obtenir des prix compétitifs. Ensuite, ils déterminent eux-mêmes leurs prix de vente aux officines et portent sur la facture de livraison les prix de revente que celles-ci doivent pratiquer.

⁴³ Programme National de Lutte contre le Paludisme

⁴⁴ Programme National de Prise en Charge et de Prévention des IST/VIH/SIDA

⁴⁵ Ministère de la santé: « Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé: 2015-2017 », Avril 2015.

Selon la DNPL, il existerait aujourd'hui 60 grossistes-répartiteurs⁴⁶. Selon d'autres sources⁴⁷, il en existerait une centaine alors que le pays n'a pas besoin que de quelques-uns. La grande majorité de ces grossistes sont des hommes d'affaires et des hommes politiques et non des professionnels de la pharmacie et du médicament. Nombreux sont les grossistes qui ne bénéficient pas d'arrêtés d'exploitation et ne disposent pas de siège. Ils sont tous basés à Conakry, mais certains envisagent de constituer des dépôts en région. Un nombre important mais non vérifiable de ces grossistes est soupçonné de contribuer à l'approvisionnement du marché illicite de médicaments en écoulant leurs surstocks, leurs invendus et leurs périmés. Un nombre non négligeable d'entre eux semble avoir pour seule activité l'utilisation de leur agrément pour faciliter l'importation de médicaments frauduleux destinés au marché parallèle. Ces importations échappent largement au contrôle de la DNPL.

Parmi les grossistes qui bénéficient d'un agrément et d'un arrêté d'exploitation, nombreux sont ceux qui ne répondent plus aux critères arrêtés au moment de leur enregistrement, en raison de l'évolution des conditions d'exploitation (changement de locaux, d'emplacement, ou de pharmacien responsable).

Il convient cependant de noter qu'un certain nombre de grossistes répartiteurs participent activement à la mission de santé publique en approvisionnant – parfois à crédit – en médicaments essentiels les hôpitaux et les centres de santé et en participant aux appels d'offres du MS.

En l'absence d'un contrôle efficace de la DNPL et de l'IGS, il est difficile d'évaluer l'importance et les activités du secteur pharmaceutique formel en Guinée. Et le rôle de régulation de la DNPL est largement limité à l'octroi d'AMM et d'agrément.

9.2.3 Le circuit illicite d'approvisionnement

Les sources d'approvisionnement du secteur informel sont multiples et relèvent, en général, de dysfonctionnements divers. Il s'agit d'abord d'importations frauduleuses de médicaments taxés comme des marchandises ordinaires et parfois importés par des grossistes répartiteurs agréés mais non opérationnels. Il s'agit ensuite de la perméabilité des frontières avec les pays voisins. Il s'agit enfin des dérives du marché formel du médicament, y compris la vente de dons de médicaments ainsi que la vente d'excédents, d'invendus et de périmés de certains grossistes.

Notons enfin que les prix pratiqués dans ce secteur sont totalement libres et régis par la loi du marché. Par exemple, les médicaments génériques d'origine inconnue, provenant souvent du Nigeria ou de l'Inde, sont commercialisés à des prix moyens inférieurs de 50 à 80% à ceux des produits génériques équivalents vendus en officines⁴⁸. A contrario, certains médicaments ou dispositifs médicaux

⁴⁶ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DNPL: « Rapport de synthèse de l'atelier de révision de la politique pharmaceutique nationale », Kindia, 23-25 Aout 2013.

⁴⁷ Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

⁴⁸ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – OMS: « Le Profil Pharmaceutique en Guinée », 2011.

en rupture d'approvisionnement sur le marché national officiel sont vendus à des prix deux à trois fois supérieurs à ceux pratiqués par la PCG ou par les grossistes⁴⁹.

De nombreuses tentatives de contrôle de ce secteur ont vu le jour au cours des dix dernières années, mais elles sont toutes restées sans effet. La fermeture autoritaire, en 2010, des marchés parallèles des régions puis de Conakry, par exemple. Mais, ces fermetures autoritaires ont été à l'origine d'une grave pénurie en médicaments, qui n'a pu être compensée par les secteurs public et privé. Ces fermetures ont entraîné des révoltes populaires, notamment à Nzérékoré; ce qui a amené les autorités à revenir sur leur décision. On notera également l'Arrêté d'annulation, en 2007, de l'Association Guinéenne pour la dynamisation des Pharmacies parallèles et populaires reconnue quatre années plus tôt par le Ministère de l'Intérieur avec le statut d'ONG et regroupant les commerçants du « médicament par terre » en association de défense de leurs droits. Cependant, cette interdiction n'a pas empêché ce secteur de continuer à se développer. Il suffit pour s'en convaincre d'observer le spectacle qui s'offre à l'entrée des différents marchés de Conakry où des médicaments sont exposés à ciel ouvert.

Le secteur du médicament illicite a fait l'objet de nombreuses thèses de doctorat en pharmacie à l'université de Conakry, mais son étendue et ses réalités restent largement méconnues. Il est cependant important de souligner que son développement rapide est une conséquence plutôt qu'une cause du mauvais fonctionnement du circuit d'approvisionnement public.

9.3 Accessibilité financière du médicament

Le système de recouvrement des coûts est fondé sur le médicament qui joue un rôle vital dans le fonctionnement des formations sanitaires publiques. En l'absence de subvention de l'Etat, la marge bénéficiaire provenant de la vente de médicaments sert à financer une large part des dépenses de fonctionnement des hôpitaux et des centres de santé.

Cependant, la faible disponibilité de médicaments essentiels au niveau de ces structures a affaibli ce système de recouvrement forçant aussi bien ces structures de soins que les patients à s'approvisionner auprès du secteur privé à prix élevés. La conséquence est une réduction des marges bénéficiaires des structures de soins et une inaccessibilité financière du médicament pour la majorité de la population.

Les observations des visites de terrain font ressortir que la disponibilité limitée de médicaments essentiels au niveau des structures de soins conjuguée à l'influence grandissante des délégués médicaux résulte en un accroissement significatif de la part du médicament de spécialité dans la consommation totale de médicament.

⁴⁹ idem

Ces observations montrent également que les prescriptions de médicaments sont loin d'être rationnelles, ce qui n'est pas sans influencer son accessibilité financière. Ceci est en partie dû à la non application, voire l'abandon, de la politique nationale des médicaments essentiels, et en partie à l'obsolescence des guides thérapeutiques et ordigrammes développés dans les années 1990.

En outre, la tarification des médicaments n'est plus basée sur les prix forfaitaires par épisode de maladie, mais selon le principe du prix éclaté. Ce système de tarification a le potentiel d'améliorer les marges bénéficiaires des structures de soins, mais il provoque également un renchérissement du prix de médicaments pour les patients.

Enfin, il convient de signaler le non-respect généralisé, à tous les niveaux du système de santé, et dans les quatre régions visitées par l'équipe d'audit, de la gratuité des médicaments provenant des différentes initiatives de gratuité. Qu'il s'agisse de la consultation prénatale, de l'accouchement normal, de la césarienne, ou du traitement antipaludéen, les focus-groupes conduits dans les structures visitées montrent que ces prestations ne sont pas gratuites. Les montants exigés sont très variables et fonction des structures de soins. Par exemple, les paiements informels exigés varient en général de 5 000 à 15 000 FG pour une consultation prénatale; de 50 000 à 150 000 FG pour un accouchement normal; et de 300 000 à 4 millions de FG pour une césarienne⁵⁰.

9.4 Conclusion

Il ressort donc que la mission du MS à rendre disponible les médicaments de qualité à des prix abordables est loin d'être remplie. En effet, l'approvisionnement en médicaments du secteur public, au moyen de la PCG, n'est pas suffisamment fonctionnel pour constituer pour les populations démunies une solution fiable et financièrement accessible. La libéralisation du secteur pharmaceutique fait que la gestion du circuit public d'approvisionnement est devenue d'abord commerciale, même si sa finalité reste sociale. La logique administrative de gestion de l'approvisionnement public en médicaments qui prévalut à ce jour apparaît aujourd'hui dépassée.

La deuxième mission du MS d'assurer la régulation du secteur pharmaceutique est également défailante. En effet, la DNPL n'exerce ses compétences que sur une partie minimale du secteur privé et ses activités sont limitées à l'octroi d'AMM et d'agrément. Cette faible performance s'explique par un manque aigu de ressources humaines et matérielles, mais aussi et surtout par un faible leadership, une gouvernance défailante, des interférences politiques fréquentes, un cadre normatif, non fonctionnel ou inadéquat. Si la reprise du contrôle du secteur pharmaceutique par l'Etat passe nécessairement par le renforcement de sa capacité de régulation et par une modification des textes existants, elle ne saurait se réaliser sans une modification profonde de la gouvernance de ce secteur qui permettrait entre autres de faire appliquer ces textes.

⁵⁰ Source: Focus-groupes conduits par l'équipe d'audit dans les régions visitées

9.5 Recommandations

Les recommandations s'inscrivent dans une vision à moyen et à long terme. La réalisation d'une telle vision ne pourra cependant se faire que sous l'impulsion et le leadership de l'État.

9.5.1 Assurer la disponibilité des médicaments de qualité à des prix abordables

Déléguer la fonction d'approvisionnement

La fonction d'approvisionnement n'est pas un pouvoir régalien et peut donc être déléguée à un acteur doté d'un statut de droit privé et capable de développer cette activité commerciale exigeante. Un tel acteur serait chargé par l'État d'une mission de service public dans le cadre d'un contrat fixant les modalités de la mission et les obligations strictes de chaque partie. Dans cette relation contractuelle, L'État gardera un triple contrôle: par l'exercice de sa fonction de régulation au travers de la DNPL, par sa présence au sein du Conseil d'Administration et par le contrôle de l'exécution des obligations contractuelles. L'Etat reste l'autorité de tutelle et le garant de la santé des populations.

Etant donné que le statut d'EPIC ne permet pas à la PCG de jouer ce rôle, il convient d'examiner la faisabilité de modifier ce statut de manière à permettre de livrer une concurrence loyale avec le secteur privé. Un audit financier, technique et stratégique de la PCG pourrait être commandité avant toute décision devant entraîner de grandes réformes. Cet audit devra être effectué par un cabinet international.

Assainir, consolider et renforcer le fonctionnement de la PCG au moyen des actions prioritaires suivantes:

- Restaurer et consolider la trésorerie et apurer la question de la dette fournisseurs/dette de l'État;
- Rechercher des solutions pour sa recapitalisation;
- Améliorer les dispositions d'exonération fiscale et douanière en contrepartie de la mission de service public;
- Poursuivre la démarche de logistique intégrée avec l'ensemble des PTF;
- Renforcer sa logistique et mettre aux normes, en conformité avec les standards de la profession, les conditions de stockage de ses produits de santé;
- Respecter le rôle exclusif de la PCG comme Centrale d'achat publique.

Assurer la qualité des médicaments

Le LNCQM est un organisme indispensable à l'assurance de la qualité des médicaments et des produits de santé en Guinée. Mais il ne joue pas le rôle attendu de lui en raison d'une capacité technique et humaine limitée et de problèmes institutionnels et fonctionnels. Afin de renforcer le rôle de cette institution et lui permettre de remplir sa mission, il est recommandé de:

- Revoir la réglementation concernant l'homologation de tous les médicaments et produits de santé mis sur le marché;

- Clarifier la position du LNCQM dans l'organigramme du MS;
- Renforcer les moyens humains et matériels du LNCQM;
- Positionner le LNCQM comme partenaire incontournable de contrôle de la qualité vis-à-vis de la PCG et de la DNPL;
- Aider l'intégration du LNCQM dans un réseau technique international de contrôle de qualité, d'échanges scientifiques et techniques;
- Permettre au laboratoire de facturer ses services et de s'ouvrir à une clientèle extérieure au MS.

Améliorer l'accessibilité financière des médicaments

Une série de mesures mises en œuvre simultanément permettront, par leurs effets conjugués, d'améliorer l'accessibilité financière des médicaments:

- Mettre en œuvre les mesures nécessaires permettant une application stricte de la politique de médicaments essentiels, y compris la rationalisation des prescriptions;
- Encourager les achats groupés de médicaments permettant de bénéficier des économies d'échelle et obtenir des prix compétitifs;
- Ré-instituer la subvention sélective d'une liste limitée de médicaments essentiels et vitaux;
- Renégocier et actualiser les marges bénéficiaires des grossistes-répartiteurs, officines de pharmacie, pharmacies d'hôpitaux et de centres de santé;
- Renforcer les inspections et contrôle de prix dans les secteurs public et privé;
- Prendre les mesures nécessaires pour faire respecter la gratuité des médicaments et autres produits de santé fournis dans le cadre des différentes initiatives de gratuité.

9.5.2 Renforcer la fonction de régulation du secteur pharmaceutique

La fonction de régulation repose sur deux piliers: le premier consiste à définir un cadre législatif, réglementaire et normatif régissant le secteur, et le second consiste à faire appliquer ce cadre.

A court terme, les actions prioritaires suivantes permettront de renforcer la fonction de régulation du secteur pharmaceutique par le MS:

1. Réviser et mettre à jour le cadre législatif, réglementaire et normatif pour à la fois combler les insuffisances et pour prendre en compte l'évolution du secteur;
2. Renforcer la fonction contrôle / inspection de la DNPL, y compris par le recrutement de pharmaciens inspecteurs et la modification de l'organigramme actuel;
3. Clarifier et formaliser les fonctions d'inspection dévolues à l'IGS, DRS, et DNPL;
4. Faire l'inventaire des principaux acteurs (grossistes, officines, laboratoires, etc.) du secteur pharmaceutique;
5. Instaurer par arrêté ministériel un nouveau système d'accréditation des grossistes répartiteurs visant à rétablir l'autorité du MS;

6. Mettre en place les mécanismes nécessaires, y compris réglementaires, permettant la traçabilité de tous les médicaments importés;
7. Assurer un contrôle plus efficace des importations de médicaments en concertation avec les services de douane et la police des frontières;
8. Revitaliser, appuyer et renforcer la fonction de pharmacovigilance;
9. Renforcer les moyens humains et matériels de la DNPL;
10. Revitaliser et renforcer le rôle des structures d'appui telles que la CNM et le LNCQM.

A moyen terme, le MS devrait engager une réflexion sur la faisabilité de mettre en place une agence indépendante chargée de la régulation du secteur pharmaceutique, comme cela se fait dans de nombreux pays.

10 Infrastructures - Equipements

10.1 Infrastructures

Le MS dispose d'une carte sanitaire et d'une liste des infrastructures à réhabiliter ou à réaliser. Elles nécessitent toutes deux une réactualisation. Il existe des normes, d'infrastructures et d'équipements par niveau, en fonction des paquets d'activités, mais elles ne sont pas mises en application.

C'est la Division Infrastructures et équipements de la DNEHS qui établit la carte sanitaire en collaboration avec la Division des Soins. Elle définit également les normes générales et les spécifications techniques en matière d'infrastructures, d'équipements et de maintenance et élabore le plan de renouvellement des équipements médicaux lourds dans les établissements de soins publics, privés et mixtes.

Ces normes sont souvent caduques et nécessitent d'être actualisées et harmonisées aux standards internationaux, qui sont utilisés par les PTF dans leurs projets infrastructures.

Il n'y a pas de plan de développement des infrastructures. Il y a un déficit important et une mauvaise répartition de ces infrastructures. Le choix d'implantation des infrastructures ne se fait pas en fonction des besoins.

Au niveau du secteur public, les locaux administratifs des directions nationales, régionales, préfectorales et celles des structures de soins sont dans l'ensemble en mauvais état; ils sont vétustes, exigus et ne répondent pas aux normes du PNDS et de la carte sanitaire. Sur les 1 379 structures publiques existantes, non compris les bâtiments administratifs, 259 postes de santé ne répondent pas aux normes démographiques, géographiques et sanitaires (28%). Dans certaines régions plus de 50% des postes de santé sont fermés en raison de leur mauvais état physique ou du manque de personnel, 203 Centres de santé sur 410 sont en mauvais état (50%) et 23 hôpitaux sont classés comme non conformes, soit 53%⁵¹.

Tableau 3 Nombre de structures administratives et de soins par niveau (Décret 2011/061/PRG/SGG) du 2 avril 2011 portant organisation et attributions du MS)

Niveaux	Structures administratives	Nbre	Structures de soins	Nbre
Central	Directions nationales	5	Hôpitaux nationaux	3
	Services d'appui	9		
	Services rattachés	11		
	Etablissements	5		

⁵¹ PNDS 2015-2024

Intermédiaire Périphérique	publics DRS	8	Hôpitaux régionaux	7	
	DPS	38	Hôpitaux préfectoraux	26	
	Directions communales			CMC Conakry	6
				CMC Préfectures	4
				CSA	5
				CS	410
		PS	925		

En raison du déficit général en énergie électrique et d'adduction d'eau potable dans le pays, les structures de santé sont également mal desservies. En dehors de l'existence de quelques groupes électrogènes et forages dans certaines structures, il y a une quasi-absence de source d'énergie autonome (électrique ou solaire) et d'eau potable. Ajouté à un assainissement défaillant et de toilettes mal entretenues, l'hygiène des structures de santé et des locaux administratifs est déplorable.

Au niveau central, les bureaux administratifs sont très insuffisants et dispersés à travers la ville de Conakry. En outre, dans plusieurs services administratifs et de soins, tant à l'intérieur qu'à Conakry, il y a une pléthore d'agents dans un même bureau. L'espace moyen de bureau à la disposition de chaque personnel effectivement au travail (hors non postés ou « absents ») est insuffisant par rapport à la norme moyenne minimale (5 à 6 m² par agent).

Des prestations de soins sont aussi fournies par des structures de santé militaires (16 unités médicales, 8 Centres médico-chirurgicaux des Armées et un hôpital militaire) et des établissements de soins miniers dans les préfectures de Boké, Fria, Siguiri, Dinguiraye et Beyla. Ces infrastructures n'ont pas été visitées.

Le secteur privé formel comprend 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sage-femme, 152 cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de Santé associatifs et confessionnels. Si près des 2/3 des cliniques ne répond pas aux normes, la quasi-totalité des cabinets de soins infirmiers ne sont pas conformes. Cependant, les centres de santé associatifs et confessionnels présentent des infrastructures plus attrayantes.

C'est à la faveur de la gestion de la MVE que la nécessité d'un cadre de concertation entre le secteur informel et les autorités sanitaires s'est imposé. Il domine le secteur privé lucratif par un nombre grandissant de structures appartenant essentiellement aux agents du secteur public, aux professionnels de santé diplômés sans emplois, aux personnes exerçant la médecine traditionnelle. Il échappe à tout contrôle.

10.2 Equipements

Il existe une insuffisance notoire d'équipements biomédicaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau des hôpitaux, ce sont principalement les équipements des blocs opératoires (table opératoire, appareils d'anesthésie et de réanimation, lampes scialytiques, etc.), les appareils d'imagerie (radiographie, échographie et scanner), les équipements de laboratoire (microscopes à fluorescence, automates de biochimie, etc.) et dentaires, les équipements de SOUC et les lits d'hospitalisation. A cela, s'ajoute le manque de centres régionaux et d'unités préfectorales de transfusion sanguine disposant d'équipements adaptés et de suffisamment de matériels et réactifs de dépistage.

En général, au niveau des hôpitaux publics, le taux d'indisponibilité des équipements biomédicaux essentiels définis dans la carte sanitaire est très élevé avec une moyenne de 70%. Cette situation oblige très souvent certains malades à s'orienter vers des structures privées ou à solliciter les services de santé de l'extérieur et parfois à inciter le personnel à s'en procurer pour les utiliser de façon illicite au sein des structures publiques.

Au niveau périphérique, il s'agit notamment de la chaîne de froid, des équipements de laboratoire et de SONUB. Le taux de conformité des équipements des CS est de seulement 34% avec des variations très importantes entre les structures et les types de moyens et par niveau de prestations.

Dans le secteur privé, il est à noter que les équipements sont incomplets et non conformes à la liste standard définie par type de structure en raison de l'insuffisance de moyens financiers et de la faiblesse du contrôle au moment de la délivrance des actes d'exploitation.

Tableau 4 État des équipements biomédicaux majeurs dans les hôpitaux (EGS, Offre et Prestations de soins, 2014)

Equipements	Non conformes	% de non-conformité
Appareil de radiographie	29	67
Appareil d'échographie	27	63
Appareil d'anesthésie et de réanimation	40	93
Microscope à fluorescence	39	91
Équipement SOUC	29	67
Équipement Bloc Opératoire	37	86
Automate de biochimie	36	84
Equipements dentaires publics	29	67

10.3 Logistique roulante

Sont inclus dans cette catégorie, les ambulances médicalisées, les ambulances de transport ordinaire, les véhicules de fonction ou de liaison et de supervision, les bicyclettes des agents de santé communautaires et les radios de communication VHF. Si ces moyens logistiques étaient nettement insuffisants avant la survenue

de l'épidémie MVE, on enregistre actuellement des moyens roulants (véhicules tout terrain, ambulances, motos et bicyclettes) en quantité quasi-suffisants et en bon état au niveau des structures (services centraux et décentralisés, hôpitaux, CS et ASC). Au niveau des postes de santé, très peu d'entre eux disposent de motocyclettes pour assurer les activités de prévention ou de secours d'urgence (vaccination, soins de la mère et de l'enfant, etc.). Par exemple, avant 2014 seulement 42 véhicules étaient fonctionnels contre plus de 500 véhicules tout terrain actuellement.

En raison de l'inexistence de livres de comptabilité matière l'inventaire des véhicules mais aussi des équipements entrant dans le système de la sante, quand il est fait, ne peut être régulièrement actualisé. Seules des fiches d'inventaire sont tenues pour les services centraux du MS. En découle la multiplication de matériel inutile, une répartition inadéquate aux besoins, et un risque de gaspillage de fonds et d'investissements.

Hormis les ambulances, ces véhicules sont tous affectés à des cadres centraux du MS, des programmes nationaux, des directions régionales et préfectorales. Il n'y a pas de pool de véhicules disponibles à la demande pour réaliser les missions à l'intérieur du pays et pas de moyens de transport collectif dédié au personnel. Mais le problème majeur réside dans l'entretien et le renouvellement de cet important parc de véhicules et de motocyclettes.

10.4 Matériels informatiques et bureautiques

Le parc informatique du MS s'est considérablement accru ces deux dernières années, à la faveur de la mise en œuvre du plan de renforcement du système de santé post Ebola. Le matériel informatique est constitué essentiellement d'ordinateurs de bureau, d'ordinateurs portables, de photocopieurs et d'imprimantes, de vidéo projecteurs, etc. Certains de ces matériels notamment les ordinateurs sont disponibles dans les services centraux, les DRS et certaines DPS et sont mis à disposition jusqu'au niveau centre de santé. Mais ils peuvent se retrouver stockés au niveau des DPS et DRS en attendant leur livraison aux bénéficiaires.

Le MS ainsi que certains services rattachés dispose de sites WEB qui ne sont pas régulièrement mis à jour. La plupart des services du niveau central viennent d'être dotés d'un système wifi, et certaines directions régionales et préfectorales sont dotés de clés Internet fournies et alimentées par les partenaires. Cependant, aucun matériel informatique n'est en réseau et ne permet pas la modernisation du système d'information du MS. L'utilisation de la technologie de l'information et de la communication, NTIC (SNIS, télémédecine, téléformation, management) reste dérisoire.

Il n'y a également pas de réseau téléphonique interne commun. Les téléphones portables personnels et les e-mails à partir des adresses personnelles qui sont utilisés pour les échanges professionnels constituent le principal outil de communication à distance même si on note l'existence de flottes dotées par

certaines PTF pour la collecte spécifique de certaines données (santé de la reproduction, maladies à potentiel épidémique).

La documentation n'est pas l'objet d'une bonne gestion. La gestion est effectuée le plus souvent manuellement ou à l'aide d'outils Office mis au point par chacun des utilisateurs sans aucune normalisation. Ainsi, chaque service dispose de sa propre documentation au niveau de ses agents, ce qui rend difficile la recherche et l'obtention des documents sur papier ou sur support électronique. Il n'y a pas de protection des données informatiques.

10.5 Maintenance

Un système de maintenance performant et approprié est nécessaire pour le bon fonctionnement des structures de santé. Durant les années 1990, existaient un service central et des services régionaux de maintenance organisés en stratégie mobile d'intervention. Mais en raison du manque de ressources ces services ont cessé de fonctionner. Actuellement, une nouvelle politique nationale de maintenance envisage la création de centres de maintenance à tous les niveaux. La section maintenance de la DNEHS est chargée entre autres, d'appliquer le plan directeur de maintenance des infrastructures et équipements et de suivre son application.

Ce secteur manque cruellement de ressources humaines, matérielles et financières. Pour les ressources humaines, il y aurait une demande auprès du MFPREMA pour 50 à 60 agents de maintenance. Aussi, l'Institut Supérieur de Technologie dispose d'une filière de formation en Maintenance qui a déjà mis 4 promotions sur le marché du travail. Il est envisagé également la contractualisation pour l'entretien des équipements sophistiqués mais les prévisions budgétaires sont rarement mobilisables. Pour parer à cette situation certaines structures de santé ont mis en place des unités de maintenance sur fonds propres.

10.6 Recommandations

Pour faire face à cette situation et pour améliorer les conditions de travail du personnel et la qualité des prestations, il faudrait:

1. Restructurer et renforcer la Division Infrastructures/équipements pour mieux l'adapter à ses nouvelles missions et lui permettre d'affronter le large spectre de défis que rencontre la gestion des infrastructures et des équipements sanitaires du pays;
2. Réviser les normes en infrastructure et équipement et les aligner sur les standards internationaux en collaboration avec les PTF;
3. Actualiser la carte sanitaire à travers la planification et le géo-référencement des infrastructures et équipement;
4. Elaborer un plan de développement des infrastructures et des équipements;
5. Faire un recensement systématique de tous les matériels et équipements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et tenir à jour les livres de comptabilité matière et installer un logiciel adapté;

6. Améliorer la gestion du parc automobile pour une utilisation rationnelle des véhicules;
7. Elaborer une politique de maintenance et mettre en place un système de maintenance performant couvrant toutes les structures de santé et à tous les niveaux;
8. Mettre en place un système physique de classement et d'archivage des documents au niveau central et déconcentré et de back up pour les documents électroniques;
9. Mettre en place un réseau informatique qui s'étend au niveau décentralisé et promouvoir l'utilisation de l'informatique dans tous les domaines (gestion/administration, SNIS, formation) y compris la télémédecine;
10. Acquérir de nouveaux équipements techniques et biomédicaux, y compris des sources d'énergie autonomes et d'adduction d'eau;
11. Construire de nouvelles infrastructures et réhabiliter les structures de soins existantes sans oublier les magasins de stockage.

11 Conclusion

L'objectif de la mission d'audit organisationnel institutionnel et fonctionnel du MS est de formuler des recommandations, visant à améliorer l'efficacité et l'efficience de ses actions dans la réalisation des fonctions qui lui sont assignées, et réaliser:

1. L'état des lieux de la structure, du fonctionnement du MS au niveau central, régional, de district;
2. L'état des lieux des relations entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et entre les structures d'un même niveau de la pyramide sanitaire;
3. Le diagnostic de l'adéquation globale entre la mission, les fonctions et l'organisation actuelle de MS, ainsi qu'aux différents paliers du système de santé;
4. L'analyse des relations entre MS et les autres institutions gouvernementales (Ministères de la Fonction publique, du budget, etc.), l'environnement juridique et réglementaire interne et externe du MS, qui pourraient influencer sur son fonctionnement et sa performance;
5. La proposition de mesures correctrices et outils d'amélioration des insuffisances identifiées;
6. Une feuille de route, basée sur les recommandations de cet audit.

Le gouvernement a adopté une nouvelle politique à l'horizon 2035 visant à favoriser l'accès universel aux services et soins essentiels de santé. Le processus d'élaboration de la PNS a coïncidé à la déclaration de la plus grande épidémie de la maladie à Virus Ebola qui a éprouvé la résilience du système de santé. Chaque pilier du système a été analysé et chaque orientation stratégique prioritaire de la PNS a été développée à la lumière des faiblesses que cette épidémie a mises en évidence.

Le succès de la nouvelle PNS passe par des réformes institutionnelles sur l'organisation du système (renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire, sa décentralisation et sa déconcentration), l'adaptation du cadre juridique (revue et adaptation des textes juridiques existants) et la réforme hospitalière (renforcement du système de soins pour des prestations de service, accessibles, équitable et de qualité) et la mise en place de mesures destinées à améliorer le fonctionnement, la coordination et la redevabilité.

Pour conduire une telle réforme le MS a besoin de se doter de compétences confirmées, de disposer d'une autorité de régulation et de prise de décisions, et d'optimiser ses ressources humaines et financières. Les recommandations de ce rapport quant aux axes de modernisation et aux orientations ont été élaborées sans compromis ni complaisance. Il y a un besoin de volonté politique, d'une application rigoureuse des lois et règlements, et de la fin de la complaisance, pour aboutir à une coordination efficace des hommes, des actions et des services, à l'application des textes en vigueur, à un véritable processus de

contrôle, à l'application des mesures disciplinaires, à la reconnaissance du mérite, à la rigueur dans le respect des objectifs et l'obtention des résultats, à la fermeté vers les bonnes pratiques professionnelles (éthique, déontologie, civisme, valeurs des missions de service public, prise en compte du patient, etc.), et à l'évaluation des performances individuelles des agents.

Le MS pourra s'appuyer sur plusieurs opportunités qui ont été identifiées et pourront servir de levier, afin de réussir le changement :

- La disponibilité, la mobilisation de tous agents interrogés pendant l'audit, l'importance accordée à la mission et leurs attentes sur la suite de l'audit, a semblé un signe fort de recherche de changement et de volonté d'amélioration de leur situation professionnelle pour satisfaire à la performance du MS;
- L'engagement des PTF, au travers du Compact National, à accompagner les processus de renforcement des capacités a été identifié comme un apport important pour persévérer dans leur appui concerté pour capitaliser sur les gains déjà obtenus et les objectifs à atteindre dans le cadre de la mise en œuvre du plan de « relance et de résilience » du MS ;
- L'existence de documents politiques, stratégiques et opérationnels, ainsi que d'outils de gestion, manuels de procédures, outils de coordination, qui devront être mis en œuvre et appliqués ;
- La mise en place de la base de données informatisée des effectifs du MS (IRHIS), outil de base pour permettre d'avoir une vision complète des ressources humaines disponibles, et du SNIS sur la base DHIS2, ont semblé suffisamment important pour fédérer les agents autour de ces projets essentiels ;
- Le système de recouvrement des coûts qui joue un rôle essentiel dans le fonctionnement des formations sanitaires publiques qui ont, pour certaines, bénéficié d'équipement dans le cadre du programme Post Ebola.

Une campagne de sensibilisation des acteurs et parties prenantes sera nécessaire pour les préparer à mieux accepter et s'approprier les réformes envisagées. Il faut être conscient, les résistants et les frondeurs s'opposant à cette modernisation vont constituer un obstacle auquel il faudra sans cesse veiller. Il est essentiel que les axes envisagés et actions programmées soient hiérarchisés et priorisés en se préoccupant en permanence du réalisme des décisions prises et de la faisabilité pragmatique des objectifs et actions visés.

Définitions

Gouvernance

La gouvernance se définit comme une fonction des pouvoirs publics nécessitant vision, influence et gestion des connaissances. Ainsi, le Ministère de la santé doit surveiller et guider l'élaboration et la mise en œuvre des actions sanitaires nationales. La gouvernance couvre la formulation de la politique nationale de santé et des plans stratégiques de santé (définissant notamment la vision et l'orientation), ainsi que l'exercice de l'influence par la réglementation et le plaidoyer, la collecte et l'utilisation de l'information, et la responsabilité pour des résultats équitables dans le domaine de la santé. La gouvernance en termes pratiques c'est:

- Diriger:** consiste à fixer des objectifs et choisir les voies pour les atteindre.
- Réguler:** formaliser les politiques par le biais de lois, règlements, règles de procédure, protocoles.
- Allouer:** attribuer la responsabilité de la mise en œuvre ainsi que le pouvoir et les ressources pour mener à bien cette responsabilité par l'un des instruments juridiquement contraignants.
- Inclure:** communiquer et coopérer, fournir des informations pour promouvoir le dialogue, susciter la confiance, permettre la représentativité, établir des mécanismes de rétroaction systématiques, répondre à la rétroaction reçue, expliquer aux gouvernés les modifications apportées en réponse à leurs commentaires, afin de permettre l'ouverture, la transparence et la reddition de comptes, et de résoudre les conflits quand ils surviennent.
- Collaborer:** collaborer à travers les niveaux (mondial, national, régional, préfectoral, et local) et dans tous les secteurs (public, privé et société civile), concevoir et mettre en place un processus pour de telles collaborations, établir des alliances, réseaux et coalitions, adopter des approches couvrant l'ensemble du gouvernement et de la société, persuader les acteurs à travers les secteurs et les niveaux pour une action commune.
- Superviser:** communiquer les attentes à ceux qui exécutent, regarder et apprécier l'évaluation de la mise en œuvre, et recourir à des sanctions si nécessaires.

Leadership

Le leadership se manifeste par la faculté à instaurer une relation de confiance réciproque (autorités et agents), à être en capacité de fédérer et de mobiliser les énergies autour de projets et d'actions collectifs. Le leader, à chaque niveau de ses responsabilités et champs de compétences, doit être légitimé dans sa

position (du fait de son parcours, de sa nomination en toute transparence respectant les procédures règlementaires, de sa compétence ou de son expertise, comme de son expérience) qui permettra au groupe de son département, structure ou service de le reconnaître en tant que tel et de lui déléguer son pouvoir éventuel de décision.

Management

Le management est un processus qui consiste à définir des objectifs et coordonner les efforts des membres d'un groupe pour pouvoir atteindre ces objectifs. Quelle que soit la forme de l'organisation le management est un processus qui pourrait être décrit au moyen de trois verbes:

- Diriger:** consiste à fixer des objectifs et choisir les voies pour les atteindre.
- Mobiliser:** consiste à mettre en œuvre des ressources humaines, financières et matérielles de manière optimale.
- Contrôler:** consiste à vérifier si les objectifs ont été atteints et décider, si nécessaire, de prendre des mesures correctives appropriées.

Management stratégique

Le management stratégique est l'ensemble des décisions qui relèvent du long terme. Ces décisions stratégiques ont un impact à long terme et ont pour objectif principal d'assurer le développement et la pérennité. Il repose sur une double démarche: une analyse des ressources et compétences de son organisation permettant de dégager ses forces et faiblesses et une analyse de son environnement pour mettre en lumière les opportunités à saisir et les menaces à éviter.

Management opérationnel

Le management opérationnel correspond aux décisions concernant la gestion courante. Ces décisions concernent le court ou le moyen terme et ont pour objectif l'optimisation des ressources pour atteindre les objectifs fixés.

Décentralisation

La décentralisation est une politique de transfert des attributions de l'Etat vers des collectivités territoriales ou des institutions publiques pour qu'elles disposent d'un pouvoir juridique et d'une autonomie financière.

Déconcentration

La déconcentration désigne un mode d'organisation de l'administration dans lequel certains pouvoirs sont délégués ou transférés d'une administration centrale vers des services répartis sur le territoire, dits services déconcentrés ou services extérieurs. Le but est d'améliorer l'efficacité de l'Etat en décongestionnant l'administration centrale et en accélérant les prises de décisions au niveau local. A la différence de la décentralisation, les services déconcentrés dépendent directement du pouvoir central et font partie de la même personne morale que celui-ci.

Dévolution

La dévolution du pouvoir désigne le transfert ou la délégation de compétences ou de pouvoirs politiques d'une entité à une autre ou d'une personne à une autre, en général d'un niveau supérieur vers un niveau inférieur (cf. principe de subsidiarité).

Subsidiarité

Le principe de subsidiarité est le principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre le problème. C'est donc, pour l'action publique, la recherche du niveau le plus pertinent et le plus proche des citoyens. Il conduit à ne pas faire à un échelon plus élevé ce qui peut être fait avec la même efficacité à un échelon plus bas. Le niveau supérieur n'intervient que si le problème excède les capacités du niveau inférieur.

Bibliographie

1. Alliance Mondiale Pour le Personnels de la Santé (AMPS), **Outil d'analyse des parties prenantes du comité multisectoriel des ressources humaines pour la santé**, Octobre 2011
2. Arrêté n°2016/4052/MFPREMA/SNCEPC portant proclamation des résultats du concours de nouveaux fonctionnaires au compte du Ministère de la santé, Session 2016
3. Bureau de Stratégie et Développement, **Plan Stratégique de Renforcement du Systeme National d'Information pour la Gestion Sanitaire (SNIGS) 2016 2020**, février 2016
4. Guinea, **Demographic and Health Surveys (DHS) Trends in Child Health in Guinea: Further Analysis of the 2005 and 2012**, September 2014;
5. Guinée, **Audit institutionnel et revue organisationnelle de la Direction nationale du budget, rapport définitif**, Mai 2014, AFTFM Région Afrique, Banque Mondiale
6. Guinée, **Enquête Démographique et de Santé (EDS)**, 2005
7. Guinée, **Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS)**, 2012
8. Loi L/2001/028/AN adoptant et promulguant la loi portant statut général des fonctionnaires
9. **Loi L/2114/072/ CNT du 19 janvier 2014, portant code du travail de la république de Guinée**, Journal Officiel, 16 mars 2014
10. Ministère de L'administration du Territoire et de la Décentralisation, Programme d'Appui à la Consolidation du Processus de la Décentralisation (PACPD), **Etude sur l'état des lieux des 119 collectivités locales des régions administratives de Labé et de Nzérékoré, rapport d'étape**, Délégation de l'Union Européenne en Guinée, décembre 2012
11. OMS- Observateur des ressources humaines pour la santé, **Capacité de gouvernance et de direction du personnel de santé dans la Région africaine Examen des unités des ressources humaines pour la santé dans les ministères de la santé**, septembre 2014
12. République de Guinée Ministère de la santé, **Evaluation de l'Opérationnalité des Districts Sanitaires**, Décembre 2014, OMS
13. République de Guinée, Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, Programme d'appui aux communautés villageoise (PACV2), **Etude définissant les modalités techniques de rattachement auprès des Communes de Kindia des agents des centres et postes de santé et des écoles primaires**, décembre 2014
14. République de Guinée, Ministère de l'administration du Territoire et de la Décentralisation, **Stratégie en matière de renforcement des compétences et de formation**, Décembre 2014
15. République de Guinée, Ministère de l'administration du Territoire et de la Décentralisation, **Guide pratique d'élaboration d'un plan de renforcement de capacités pour les collectivités locales, Version 3**, Novembre 2014

16. République de Guinée, Ministère de l'Aménagement du Territoire et de la Décentralisation, Direction Nationale du développement local, **Elaboration et mise en œuvre d'un plan de développement local, guide méthodologique 2eme génération**, mai 2014
17. République de Guinée, Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Division des ressources humaines, **Plan stratégique de développement des ressources humaines en santé**, février 2013
18. République de Guinée, Ministère de la santé et de l'hygiène publique, **Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, rapport provisoire**, Avril 2012
19. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Division des Ressources Humaines, **Elaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé (PSDRHS), Analyse de situation des ressources humaines pour la santé rapport final**, Juillet 2012
20. République de Guinée, Ministère de la santé publique, Cellule d'appui au programme national de développement sanitaire, **Etude sur l'actualisation de la carte sanitaire en intégrant le secteur privé**, 2006
21. République de Guinée, Ministère de la santé, Bureau de Stratégie et Développement, **Comptes Nationaux de la Santé Exercice 2010**
22. République de Guinée, Ministère de la santé, **Code de la Santé Publique**, juin 1997
23. République de Guinée, Ministère de la santé, **Compact National Santé 2015-2017**, octobre 2015
24. République de Guinée, Ministère de la santé, **Convention entre l'état guinéen et la Pharmacie Centrale de Guinée**, avril 2015
25. République de Guinée, Ministère de la santé, Direction Nationale de la santé familiale et de la nutrition, **Carte SONU Guinée**, Juin 2015
26. République de Guinée, Ministère de la santé, Direction nationale de la prévention et de santé communautaire, Division de la santé communautaire, **Plan stratégique national de la santé communautaire 2015-2019**, Mars 2016
27. République de Guinée, Ministère de la Santé, Division des Ressources Humaines, **Plan de Relance et de Résilience du système de santé 2015-2017**, avril 2015
28. République de Guinée, Ministère de la santé, **Etats généraux de la santé 2014- axe offre et prestations de soins**, Mars 2014
29. République de Guinée, Ministère de la santé, **Etude sur l'Impact de la Gratuité des Soins Obstétricaux en Guinée**, FNUAP, janvier 2014
30. République de Guinée, Ministère de la santé, **Evaluation du Système d'Information Sanitaire de Routine avec l'approche et les outils PRISM**, USAID, juin 2014
31. République de Guinée, Ministère de la santé, **Guide de réorganisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base en Guinée**, Document non daté
32. République de Guinée, Ministère de la santé, Hôpital régional de Mamou, **Description des postes de travail**, mai 2003

33. République de Guinée, Ministère de la santé, **Manuel simplifié de gestion administrative du Ministère de la santé et de l'hygiène publique**, juillet 2010
34. République de Guinée, Ministère de la santé, **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024**, août 2015
35. République de Guinée, Ministère de la santé, **Politique Nationale de Santé**, novembre 2014
36. République de Guinée, Ministère de la santé, Projet d'appui au Plan National de Développement Sanitaire, **Manuel des Procédures de Gestion Administrative Comptable et Financière, Version Révisée**, Février 2012
37. République de Guinée, Ministère de la santé, **Recueil des textes juridiques régissant la gestion des ressources humaines et des organes de régulation dans le secteur de la santé en république de Guinée**, janvier 2010
38. République de Guinée, Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, **Rapport de l'Enquête Nationale sur les Aspirations des Populations Guinéennes (ENAPGUI)**, Juin 2013
39. République de Guinée, **Revue des dépenses publiques de santé Rapport final**, 15 mai 2014, Banque Mondiale
40. République de Guinée, **Stratégie de Relance Economique Post Ebola 2015 2017**, Juin 2015
41. Royal Tropical Institute, AMPS, OMS, **Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 - Planification stratégique**, Décembre 2014
42. Union Européenne, **Etude sur la Conception des Plans de Décentralisation et de Déconcentration et son Application au Secteur de la Santé**, avril 2013
43. USAID, **Leadership, Management and Governance Project, Health Systems Strengthening Assessment Report (Guinea)**, June 2015
44. WHO, **Atlas of African Health Statistics 2016: Health situation analysis of the African Region**

Annexes

Annexe 1 – Termes de Référence

Annexe 2 – Note de cadrage

Annexe 3 – Renforcement des capacités en Gestion des ressources humaines

Annexe 4 – Liste des personnes rencontrées