

**REPUBLIQUE DE GUINEE**

Travail – Justice – Solidarité



**MINISTERE DE LA SANTE**

**POLITIQUE NATIONALE  
DE SANTE**

*« UN ENGAGEMENT POUR BATIR UN SYSTEME DE SANTE  
PERFORMANT »*

**Conakry, Novembre 2014**

## SOMMAIRE

<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b>	4
<b>PREAMBULE</b>	6
<b>INTRODUCTION</b>	7
<b>CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION</b>	8
1.1. Contexte National	8
1.2. Contexte Général	9
1.3. Etat de santé de la population guinéenne	10
1.4. Déterminants de la santé	11
1.5. Performance du système de santé	11
1.5.1. Gouvernance du Système de Santé et Leadership du Ministère de la Santé	11
1.5.2. Prestations de Soins et de Services de Santé	12
1.5.3. Ressources Humaines en Santé	13
1.5.4. Produits et Technologies de Santé	13
1.5.5. Financement de la Santé	15
1.5.6. Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et Recherche en Santé	15
1.6. Problèmes prioritaires et défis du système de santé	16
<b>CHAPITRE II : VISION, FONDEMENTS, VALEURS, PRINCIPES</b>	17
<b>DIRECTEURS ET REFORMES</b>	17
2.1. Vision	17
2.2. Fondements	17
2.3. Principes Directeurs	18
2.4. Réformes	19
<b>CHAPITRE III. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE</b>	20
3.1. But	20
3.2. Objectifs	20
<b>CHAPITRE IV : ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE</b>	21
4.1. Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence	21
4.2. Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées	22
4.3. Orientation stratégique 3 : Renforcement du système de santé	22
4.3.1. Sous-Orientation stratégique 1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire	22
4.3.2. Sous-Orientation stratégique 2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé	23

4.3.3.	Sous-Orientation stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité	24
4.3.4.	Sous-Orientation stratégique 4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité -----	24
4.3.5.	Sous-Orientation stratégique 5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé-----	25
4.3.6.	Sous-Orientation stratégique 6 : Renforcement du Leadership et de la Gouvernance sanitaire	25
<b>CHAPITRE V : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE -----</b>		<b>27</b>
<b>CHAPITRE VI : MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE -----</b>		<b>28</b>
<b>LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE-----</b>		<b>28</b>
<b>NATIONALE DE SANTE -----</b>		<b>28</b>
<b>CONCLUSION -----</b>		<b>29</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES-----</b>		<b>30</b>

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACT	Combinaison Thérapeutique à base Artémisinine
ARV	Anti Rétroviral
ASC	Agent de Santé Communautaire
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CCSS	Comité de Coordination du Secteur Santé
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CHPP	Country Health Policy Portal
CMC	Centre Médico-Communal
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COIA	Commission on Information and Accountability
CPN	Consultation Périnatale
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTC	Comité Technique de Coordination
CTPS	Comité Technique Préfectoral de Santé
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
DHIS2	District Health Information Software 2
DOTS	Stratégie de Traitement sous Observation Directe
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGS	Etats Généraux de la Santé
ELEP	Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté
GAVI	Alliance Internationale pour les Vaccins et l'Immunisation
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital Régional
HTA	Hypertension Artérielle
IHP+	Partenariat International pour la Santé et Initiatives Connexes
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire

PNS	Politique Nationale de Santé
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRG	Présidence de la République de Guinée
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
REGUILAB	Réseau Guinéen des Laboratoires
RESAOLAB	Réseau Ouest-Africain des Laboratoires d'Analyse et de Biologie Médicale
RSI	Règlement Sanitaire International
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes
SRAS	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	Dollars des Etats-Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

## PREAMBULE

Le Gouvernement de la République de Guinée, conscient de l'importance de la santé comme facteur et produit du développement, l'a érigée en **droit du citoyen** dans la Constitution de la République. C'est pourquoi le projet de société que nous ambitionnons pour une Guinée émergente, met en avant l'amélioration de l'état de santé des populations.

Dans l'historique du système de santé guinéen, on retient des moments d'attrait et des moments difficiles. Ces derniers sont caractérisés par une mortalité maternelle, néonatale et infantile élevée ainsi que des flambées d'épidémies diverses, toutes plus meurtrières les unes que les autres. Cet état de fait, il faut le reconnaître, est sous-tendu par une faiblesse en ressources humaines, matérielles et financières.

Cette situation a amené le Gouvernement à procéder à une analyse ouverte, globale et intégrale du système de santé guinéen, avec la pleine participation des communautés, de la société civile, des partenaires sectoriels, techniques et financiers, au cours des Etats Généraux de la Santé tenus à Conakry en juin 2014.

Ce diagnostic partagé de l'état de santé des populations a suscité de grandes orientations en termes de réformes du schéma d'organisation sanitaire, du financement de la santé et de la gouvernance du système de santé.

Je me réjouis de la traduction fidèle de ces aspirations de changement en faveur du mieux-être des populations dans la nouvelle Politique Nationale de Santé orientée vers la couverture sanitaire universelle, un système de santé performant garantissant des soins et des services de santé de qualité et équitablement accessibles.

C'est pourquoi je réaffirme la volonté et l'engagement sans réserve du Gouvernement à créer toutes les conditions nécessaires à la mise en œuvre des différents plans issus de cette politique.

Je lance donc un appel solennel à l'ensemble des partenaires sectoriels, techniques et financiers, aux communautés et à la société civile, à s'inscrire résolument dans cette nouvelle dynamique.

**Professeur Alpha CONDE**

*Président de la République*

*Chef de l'Etat*

## INTRODUCTION

Dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, les pouvoirs publics guinéens ont élaboré une lettre de Politique Nationale de Santé assortie d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2003 –2012.

Le Ministère de la Santé (MS) ainsi que l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) se sont engagés dans un processus de révision de la Politique Nationale de Santé (PNS) et de formulation d'un nouveau PNDS qui couvrira la période 2015-2024.

La première étape de ce processus a été la mise en place du cadre institutionnel par la création d'un Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS), de son Secrétariat Technique et de groupes thématiques.

La deuxième étape a consisté en la réalisation d'études spécifiques, notamment l'analyse de situation des ressources humaines, l'évaluation de la fonctionnalité des programmes de santé, l'élaboration des comptes nationaux de la santé pour l'exercice 2010, l'Etat des lieux du Financement de la Santé, l'élaboration du document de stratégie de financement de la santé pour aller à la couverture sanitaire universelle, l'évaluation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2012, l'évaluation des besoins de la planification familiale, etc...

La troisième étape a été l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012.

Le processus d'élaboration de la PNS a coïncidé à la déclaration, en mars 2014, de la plus grande épidémie de la maladie à Virus Ebola de l'histoire de la Guinée qui est toujours en cours.

Celle-ci a éprouvé la résilience du système de santé qui n'a pas été en mesure de garantir à la population guinéenne 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 a été développée à la lumière des faiblesses que cette épidémie a pu mettre en évidence.

Sur la base des résultats de ces études et de l'Etude Démographique et de Santé réalisée en 2012, il a été procédé à une analyse de situation du secteur de la santé basée sur les résultats sanitaires et sur les six piliers proposés par l'OMS comme base de développement de tout système de santé.

Pour conduire l'ensemble de ce processus, un comité de coordination du secteur santé et son secrétariat ont été mis en place avec 8 groupes thématiques. Ce processus a également bénéficié du soutien et de la participation des PTF, des partenaires sectoriels et de la société civile.

Les Etats Généraux de la Santé (EGS) tenus en juin 2014 en exécution des directives du Chef de l'Etat, ont permis à l'ensemble des parties prenantes de mener des réflexions approfondies sur les problèmes majeurs de santé et du système de santé en vue de dégager de manière consensuelle une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action.

La mise en œuvre de cette vision et de ces stratégies est sous-tendue par des principes et des valeurs énoncés dans ce document.

Pour atteindre les objectifs fixés, des réformes profondes sont nécessaires, notamment sur les plans juridique, institutionnel et du financement de la santé.

Le cadre de mise en œuvre et les mécanismes de suivi-évaluation de cette politique ont été définis et complètent le présent document.

## CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION

### 1.1. Contexte National

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km<sup>2</sup>.

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 a déterminé la population guinéenne à 10.628.972 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (51,62%).

En 2012, le taux brut de mortalité est de 10,19‰ et le taux brut de natalité de 34‰, soit un taux d'accroissement naturel de 2,38% avec un indice synthétique de fécondité de 5,1<sup>1</sup>. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans<sup>2</sup>.

Au plan politique, la Guinée s'est engagé dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé.

La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ième rang sur 186 pays à l'indice de développement humain durable (IDH).

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

---

<sup>1</sup> EDS IV 2012  
<sup>2</sup> PNUD, RMDH 2010.

<sup>3</sup> PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012

La croissance économique est estimée à 3,9%, soit le même niveau qu'en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire. Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national, a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012<sup>4</sup> ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

Le dernier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré pour la période 2003-2012. Pour atteindre les objectifs de ce PNDS, le Gouvernement a bénéficié de l'appui des partenaires au développement bi et multilatéraux. Dans le souci d'améliorer l'efficacité de l'aide et d'harmoniser ces appuis, la Guinée a adhéré à IHP+ en 2012.

## 1.2. Contexte Général

La Guinée évolue dans un contexte mondial de crise économique et de situation sanitaire caractérisée par une superposition de charge de morbidité liée aux maladies transmissibles, non transmissibles, traumatismes et aux catastrophes.

Cette situation a engendré une multitude d'initiatives et une multiplicité de partenaires à l'origine d'une aggravation de la fragmentation et l'affaiblissement des systèmes de santé.

Pour pallier à cette insuffisance et rendre l'aide plus efficace, il a été adopté la déclaration de Paris en 2005 sur l'efficacité de l'aide.

Sur le plan régional, l'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) a été mise en place en 2006 pour améliorer la coordination de l'appui aux pays, dont la majorité a développé des stratégies de croissance accélérée et de développement durable.

Au plan global, le Partenariat International pour la Santé (IHP+) initié en 2007 opérationnalise les principes de la déclaration de Paris en mettant l'accent sur les bonnes pratiques. En 2010, la commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, a défini dix recommandations visant à optimiser le suivi des ressources et à consolider les systèmes de surveillance des résultats et des ressources au niveau national et au niveau mondial.

En dépit de ces efforts, on assiste à une recrudescence des maladies transmissibles et une réémergence de maladies à potentiel épidémique telles que la maladie à virus Ebola dans certains pays de l'Afrique centrale (RDC) et de l'Afrique de l'ouest (Guinée, Libéria, Sierra Léone, Nigéria, Sénégal, et Mali).

---

<sup>4</sup> DRSP III, 2012

### 1.3. Etat de santé de la population guinéenne

Entre 2005 et 2012<sup>5</sup>, la mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto juvénile a baissé de 163‰ à 123‰ et la mortalité infantile de 91‰ à 67‰. Malgré les diminutions observées, la mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile restent encore très élevées.

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

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une prévalence de la parasitémie chez 44% des enfants<sup>6</sup>. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012<sup>7</sup>. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations. L'épidémie de VIH/SIDA est de type « généralisée ».

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

Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aiguë et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge<sup>8</sup>.

Il faut aussi noter la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de rougeole.

Au 12 novembre 2014, 1 928 cas de la maladie à virus Ebola (MVE) ont été notifiés avec 1.174 décès soit 60,9%. Le personnel de santé, avec un effectif de 9 674 depuis 2012, a subi de lourdes pertes en vies humaines avec 93 cas et 43 décès (46,24%) au 12 novembre 2014.

En 2011, 7% des décès hospitaliers sont dus au diabète sucré et 7% à l'hypertension artérielle<sup>9</sup>.

Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère. Il existe de fortes disparités selon le milieu de

---

<sup>5</sup> EDS III 2005 & EDS IV 2012

<sup>6</sup> EDS 2012

<sup>7</sup> EDS 2012

<sup>8</sup> EDS 2012

<sup>9</sup> Source : MSHP, Annuaire statistique 2011

vie et le statut économique. 10% des moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe dont 4% sous la forme sévère.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyperendémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique (10%), la schistosomiase (50%) et les géohelminthiases (50%), l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

Les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes, du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine<sup>10</sup> et les complications de l'albinisme. D'autres maladies font également l'objet de préoccupation comme le cancer du sein, les pratiques traditionnelles néfastes, les complications de l'albinisme et les hépatites.

#### 1.4. Déterminants de la santé

Le faible niveau d'instruction (33% de femmes et 60% d'hommes) et le faible niveau de revenu ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations.

La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.

Le tabagisme (17% dans les établissements scolaires), la toxicomanie et l'alcoolisme sont à la base de certaines maladies mentales chez les adolescents et les jeunes ainsi que d'autres maladies non transmissibles.

L'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) 2012 indique que 55,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation fragilise une partie importante de la population dans un contexte où la protection contre le risque maladie est faible (5%).

#### 1.5. Performance du système de santé

##### 1.5.1. Gouvernance du Système de Santé et Leadership du Ministère de la Santé

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le Décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé.

---

<sup>10</sup> Enquête STEPS 2010

Cette structure comprend 3 niveaux : central, intermédiaire (régional) et périphérique (préfectoral et communautaire). Le niveau central est chargé des fonctions de régulation du secteur, de l'orientation des actions, de la coordination et de l'allocation des ressources, *le niveau régional* du soutien technique des districts sanitaires et *le niveau Préfectoral* (district sanitaire) celui de la mise en œuvre de la politique de santé.

En matière de gouvernance, un certain nombre d'atouts sont relevés. Il s'agit entre autres de l'existence d'un cadre juridique, institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé avec un manuel de procédures, des organes et mécanismes de redevabilité du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS). Le processus de décentralisation en cours offre des opportunités pour un renforcement effectif de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle. Les principales insuffisances relevées en matière de gouvernance sont : 1) l'inadéquation du cadre institutionnel et réglementaire actuel avec les défis du secteur de la santé, 2) les faibles capacités institutionnelles 3) le partenariat public-privé presque inexistant, 4) l'insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation et du contrôle du secteur, 5) l'insuffisance de sanctions, de motivation, et 6) une faible culture de redevabilité et de transparence.

#### 1.5.2. Prestations de Soins et de Services de Santé

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

**Au niveau du sous-secteur public**, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux. **Le sous-secteur parapublic** est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles. **Le sous-secteur privé** est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets. Le **niveau communautaire** est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV, à la PCIMNE, à la Nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroits.

Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base que sont : la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et les services médicotechniques.

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux nationaux offrent

des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités<sup>11</sup> et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

**Les principales insuffisances** dans les prestations sont : (i) les paquets de soins essentiels restent incomplets, (ii) la référence et la contre-référence faiblement développées, (iii) les soins ne respectent pas les standards de qualité (prévention et contrôle de l'infection, humanisation des soins, etc.).

### 1.5.3. Ressources Humaines en Santé

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529 travailleurs, dont 84% de professionnels et 16% de non-professionnels<sup>12</sup>. Les infirmiers brevetés représentent 47% du total, les infirmiers diplômés d'Etat 16%, les sages-femmes 6%, les techniciens de laboratoire 2% et les médecins 14%. Sur le plan géographique, 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population. La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé.

Les capacités de formation se sont accrues avec la contribution du secteur privé. Ces institutions forment la plupart des professionnels de santé même si elles ne répondent pas aux normes de qualité.

De manière générale, les ressources humaines dans le secteur de la santé restent caractérisées par : 1) une insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif ; 2) une insuffisance qualitative du personnel, 3) l'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé, 4) une insuffisance dans la régulation des institutions de formation, 5) une forte inégalité dans la répartition du personnel.

### 1.5.4. Produits et Technologies de Santé

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) révisée en 2007. Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires qui joue le rôle d'autorité de régulation, avec pour organes et institutions d'appui le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments, l'Ordre National des Pharmaciens et la Commission Nationale du Médicament.

**Le sous-secteur pharmaceutique public** est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. **Le sous-secteur privé pharmaceutique** est constitué par une unité de production de ME génériques, deux unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante sociétés grossistes répartiteurs (toutes basées à Conakry), 408 officines agréées

---

<sup>11</sup> Section Équipement de la DNEHS 2011

<sup>12</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

(dont 348 dans la capitale), 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

Il convient de signaler également la mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10.000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100.000 habitants à l'intérieur du pays). A côté des structures officielles d'approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illicite de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes.

L'approvisionnement en vaccins du PEV relève du gouvernement Guinéen appuyé par les partenaires à travers, entre autres, GAVI (co-financement) et l'UNICEF (accord sur l'initiative d'indépendance vaccinale).

En ce qui concerne le sang et ses dérivés, il y a une faible couverture en CRTS (seulement 5 hôpitaux régionaux sur 8 disposent de Centres de transfusion sanguine) et leur faible fonctionnement. Le don familial de sang est le plus répandu à cause de l'insuffisance de la promotion du don volontaire. La faiblesse du soutien des programmes de santé intéressés par la transfusion sanguine et l'insuffisance de ressources énergétiques limitent les possibilités de conservation du sang et des réactifs. Il manque également des procédures formalisées de contrôle de qualité des produits sanguins et d'hémovigilance.

En 2013, sur les 1 379 Infrastructures publiques existantes, 259 postes de santé (soit 28%) ne répondent pas aux normes de la carte sanitaire, 203 centres de santé (50%) sont en mauvais état et 23 hôpitaux (53%) sont classés comme non conformes aux normes. Sur les 407 centres de santé, le taux de conformité des équipements est seulement de 34% avec des variations très importantes entre les structures et les types de moyens. 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%. Les équipements de radio imagerie et autres technologies d'exploration fonctionnelle sont très insuffisants et obsolètes. Dans le secteur privé (344 structures répertoriées), 72% des infrastructures se caractérisent par une inadéquation des locaux par rapport aux standards nationaux, une illumination insuffisante et un système de ventilation qui favorise les risques en milieu de soins.

Les laboratoires qui interviennent dans le cadre de la biologie médicale sont organisés de façon pyramidale et sont le plus souvent intégrés dans les structures de soins qu'ils appuient. Il existe également des Laboratoires d'analyses biomédicales dans les structures spécialisées et établissements de Formation et de Recherche. Un réseau national de laboratoires a été mis en place dans le domaine des épidémies de paludisme, de choléra et de méningite (REGUILAB) et l'adhésion du pays au RESAOLAB représente une opportunité pour le secteur. Les laboratoires d'analyses biomédicales privés sont au nombre de 08 à Conakry et 5 dans les hôpitaux des compagnies minières.

Les principales insuffisances du secteur pharmaceutique observées sont : (i) la faible accessibilité du public à des médicaments de qualité; (ii) la faible application du cadre réglementaire, (iii) la faible capacité financière et logistique de la PCG et le non-respect des

termes de la Convention qui la lie à l'Etat, (iv) la faible capacité de stockage de vaccins, (v) la faible disponibilité en produits sanguins

Sur le plan des infrastructures et des équipements, on note : (i) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité, (ii) l'inégale répartition entre zones urbaines et zones rurales, (iii) la vétusté des infrastructures et des équipements, (iv) la faible accessibilité géographique aux soins pour la majorité de la population.

En ce qui concerne le laboratoire, on note une insuffisance de la couverture géographique et de la gamme des examens offerts.

#### 1.5.5. Financement de la Santé

Les informations les plus récentes contenues dans les Comptes Nationaux de la Santé 2010 (CNS) indiquent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivi du financement extérieur avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales. L'Etat vient en troisième position avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées. Les dépenses de santé par habitant et par an sont de 26 USD.

Le budget du Ministère de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé ces quatre dernières années : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012 et 1,75% en 2013, largement en dessous de l'objectif d'Abuja de 15%. Cette situation entraîne un sous-financement généralisé des structures de santé publiques, en particulier au niveau des districts sanitaires qui ne reçoivent pas régulièrement de subvention et dépendent donc essentiellement des mécanismes de recouvrement des coûts et du financement extérieur. Le recouvrement des coûts par le paiement direct expose la majeure partie de la population au risque financier lié à la maladie.

Le sous-financement du secteur est aggravé par des difficultés de mobilisation des ressources nationales, un retard dans la mise en place des crédits et une mauvaise utilisation des ressources.

Le financement de la santé reste caractérisé essentiellement par : (i) la faible contribution des ressources publiques dans les dépenses totales de santé ; (ii) le lourd fardeau supporté par les ménages, (iii) la mauvaise utilisation des ressources y compris celles extérieures (iv) la perte d'efficacité résultant de la faible coordination et intégration des interventions.

#### 1.5.6. Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et Recherche en Santé

Le SNIS est caractérisé par l'absence d'informatisation, le retard dans la collecte et des données et la faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et la prise de décision font qu'il n'est pas capable de répondre aux besoins en information des programmes de santé. Cette situation a entraîné le développement de systèmes parallèles d'information sanitaire

directement liés aux programmes de santé. La faible efficacité du système de surveillance épidémiologique dans le pays a entraîné le retard dans le diagnostic et la riposte à l'épidémie de la MVE avec des conséquences dramatiques sur le plan national et international.

Dans le domaine de la recherche en santé, le Ministère de la santé dispose de structures chargées de la coordination et de la gestion des activités de recherche, du code d'éthique de recherche en santé et d'un plan stratégique de recherche en santé. La recherche est confrontée à plusieurs problèmes dont les principaux sont : (i) l'inexistence de mécanismes incitateurs au développement de la recherche (ii) l'insuffisance du partenariat, la faible connexion / collaboration entre le Ministère de la Santé et les universités et les institutions de recherche (iii) l'insuffisance de moyens de communication et de suivi y compris par le Comité d'éthique de la recherche en santé (iv) l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines.

#### 1.6. Problèmes prioritaires et défis du système de santé

De l'analyse de la situation qui précède, les problèmes prioritaires suivants sont mis en évidence : (i) Mortalité maternelle et infantjuvénile élevée, (ii) Prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique émergentes et des maladies non transmissibles, (iii) Faible performance du système de santé et plus spécifiquement : (a) Faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle, (b) Sous-financement du secteur santé avec faible financement de la santé par l'Etat, (c) Faible densité des ressources humaines de qualité, (d) Faible disponibilité de médicaments, vaccins, infrastructures, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité, (e) Information et connaissances en santé non disponibles en temps réel pour les prises de décisions et la gestion des services du secteur santé, (f) Faible organisation et gestion des services de santé.

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.

## CHAPITRE II : VISION, FONDEMENTS, VALEURS, PRINCIPES DIRECTEURS ET REFORMES

### 2.1. Vision

La nouvelle politique de santé se donne comme vision une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé *de qualité* avec leur pleine participation.

Elle s'inspire de la vision définie dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui ambitionne à long terme d'asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables (DSRP 2012 – 2015).

### 2.2. Fondements

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule que: **«Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux».**

La Politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé au plan mondial, régional et national.

Au niveau mondial :

- La Déclaration universelle des Droits de l'Homme,
- La Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples,
- La Convention relative aux droits de l'enfant,
- La Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes,
- La plateforme de Beijing,
- La résolution WHA62.13 sur la médecine traditionnelle,
- La Déclaration du Millénaire pour le Développement en 2005,
- Le Règlement Sanitaire International (2005),
- Les Déclarations de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement,
- La Déclaration de Rio sur les Déterminants sociaux de la santé en 2011,
- La convention relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée en mars 2011;
- Le Partenariat International pour la Santé (IHP+) en 2007,
- Le programme d'action d'Istanbul en faveur des pays les moins avancés, Istanbul, Turquie, mai 2011.

Au niveau régional :

- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relative aux droits de la femme en Afrique
- La résolution AFR/RC50/R3 sur la promotion et le rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé, août 2000,
- La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique,

- La Politique de la Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/8 Rév.1 ;
- La Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat,
- La Déclaration des Chefs d'Etat de l'UA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA,
- La Déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire dans la Région Africaine en 2006,
- Le Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement, 2008 ;
- L'Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA), 2006,
- La Déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche et le développement,
- La déclaration d'Alger sur la recherche en santé,
- La Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique,
- L'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, Ethiopie, mai 2009 ;
- L'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010),
- La Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et Couverture Sanitaire Universelle (2012).

### **Au plan national :**

Le pays a adopté une série de textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres :

- le Code de santé publique,
- le Code des collectivités locales,
- le Code de l'environnement.

### 2.3. Principes Directeurs

La politique nationale de santé est basée sur l'approche des Soins de Santé Primaires avec comme niveau opérationnel le district sanitaire. La mise en œuvre de cette politique est guidée par les principes directeurs suivants :

**(i). Efficience** : L'atteinte d'un maximum des résultats devra correspondre à une utilisation rationnelle des ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et temporelles). Ceci sous-tend la promotion des interventions à haut impact avec des évidences avérées.

**(ii). Soins centrés sur les personnes et les services intégrés** : Les soins seront organisés autour des besoins et attentes des personnes et des communautés plutôt que sur les maladies. Les réformes envisagées visant à promouvoir les soins centrés sur la personne permettront une meilleure implication des individus, des familles, des communautés et de la société civile (association des malades, des personnes vivant avec handicaps, des organisations caritatives...),

**(iii). Gestion axée sur les résultats** : l'option prise de passer de la planification par objectifs à celle axée sur les résultats aura comme conséquence une meilleure articulation entre les ressources mobilisées et les performances à réaliser avec un accent particulier sur la «redevabilité».

**(iv). Décentralisation/ déconcentration** : dans le cadre de la décentralisation les collectivités locales sont dotées de compétences dans le domaine de la santé (Article 29 du Code de Collectivités Locales). Ces dispositions combinées à l'option du Ministère de la Santé de faire du district le lieu d'opérationnalisation de la PNS et du PNDS, justifient une collaboration normée entre le Ministère de la Santé et les Collectivités Locales. Cette collaboration se fera à travers les mécanismes de planification. Cette option implique pour son efficacité un transfert concomitant des compétences et des ressources.

**(v). Partenariat** : La dimension multisectorielle de la santé et le nombre de plus en plus important d'acteurs évoluant dans le secteur commandent la mise en place de dispositifs de dialogue politique et d'instruments de formalisation de la collaboration telle que la contractualisation. Ceci se fera dans l'esprit de l'option gouvernementale de privilégier de « faire-faire et la participation » pour responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs.

#### 2.4. Réformes

La Guinée a adopté en 1988 l'approche des Soins de santé Primaires comme fondement de sa politique nationale de santé. Cette approche va se poursuivre avec les réformes de Revitalisation des Soins de santé Primaires et de Renforcement du système de santé. Ces réformes sont entre autres :

- la réforme de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé.
- la réforme des prestations de soins et services de santé intégrés et centrés sur la personne avec une réforme de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle et une réforme hospitalière ;
- la réforme des politiques publiques avec une promotion de la santé dans les politiques sectorielles, le renforcement de la multisectorialité et une participation citoyenne dans les secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacrés à la santé publique ;
- les réformes du leadership et de la gouvernance sanitaire avec des réformes et mesures sur la décentralisation et la déconcentration, l'organisation et la gestion sanitaire, la coordination du secteur santé, la législation et la régulation sanitaires, la participation citoyenne, 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 intégrée, de monitoring et d'évaluation.

Ces réformes seront suivies d'autres réformes spécifiques en fonction des besoins prioritaires liés aux exigences de l'environnement sanitaire en perpétuel mouvement aux niveaux national, régional et mondial.

## CHAPITRE III. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

### 3.1. But

Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne.

### 3.2. Objectifs

#### **Objectif général :**

Améliorer l'état de santé de la population guinéenne.

#### **Objectifs stratégiques :**

- **Objectif stratégique 1 :** Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences ;
- **Objectif stratégique 2 :** Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie ;
- **Objectif stratégique 3 :** Améliorer la performance du système national de santé.

## CHAPITRE IV : ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui seront déclinées en stratégies d'intervention dans le prochain PNDS.

- **Orientation stratégique 1** : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence.
- **Orientation stratégique 2** : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées.
- **Orientation stratégique 3** : Renforcement du système national de santé.
  - ✓ 3.1 Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire.
  - ✓ 3.2 Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé.
  - ✓ 3.3 Développement des ressources humaines de qualité.
  - ✓ 3.4 Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité.
  - ✓ 3.5 Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé.
  - ✓ 3.6 Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire.

### 4.1. Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence

Le système de santé poursuivra les interventions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies et de réadaptation des handicaps. Il intensifiera la surveillance épidémiologique pour identifier les problèmes majeurs de santé publique et préparer une alerte et une riposte efficace aux épidémies et aux situations d'urgence.

En particulier, les stratégies d'intervention suivantes seront développées :

- le renforcement de la lutte contre la tuberculose, le VIH/Sida et le paludisme (mise à l'échelle de l'accès aux traitements ACT, ARV et DOTS, mise à l'échelle des programmes de distribution de moustiquaires imprégnées, activités communautaires de prévention des maladies transmissibles et des comportements à risque, promotion de l'hygiène individuelle et environnementale) ;
- l'intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- le renforcement de la surveillance et la prise en charge des maladies tropicales négligées ;
- le renforcement de la surveillance, de la préparation et de la riposte des maladies à potentiel épidémique (fièvre jaune, Ebola, méningite, SRAS, ...) et autres situations d'urgence et le développement des mesures de sécurité sanitaire (RSI);
- la promotion de modes de vie sains pour mieux agir sur les facteurs de risque et la prise en charge des maladies non transmissibles (HTA, maladies mentales, cancers, drépanocytose, diabète, affections bucco dentaires...);
- le développement des stratégies spécifiques : PEV, Paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA, etc.... ;
- la promotion des comportements favorables à l'adaptation aux changements climatiques, la lutte contre la pollution de l'air et de l'environnement, le lavage systématique des mains, l'utilisation des installations salubres, la boisson d'eau potable, le traitement des déchets (biomédicaux et autres), la gestion des risques dans les services de santé et dans la communauté.

#### 4.2. Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées

Elle passera par l'élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie.

Les stratégies d'interventions suivantes seront envisagées :

- le développement des programmes de réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ainsi que de la redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant ;
- la mise à l'échelle et l'élargissement de la couverture en SONU pour accroître la capacité des formations sanitaires à pratiquer des accouchements, identifier les complications majeures en vue de les prendre en charge par la pratique de la césarienne et de la transfusion sanguine ;
- l'amélioration de la disponibilité et la couverture en services de PF et de CPN ;
- la mise à l'échelle d'activités à haut impact (vaccination, nutrition, traitements de masse, réhydratation par voie orale, allaitement maternel, ....) ;
- le développement des capacités d'habilitation des familles et communautés par la communication pour le changement de comportements en vue de l'adoption de pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la nutrition et la santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes pour la santé ;
- le renforcement de l'offre spécifique de services et le développement des mécanismes d'exemption de paiement pour les personnes âgées (hospitalisation et médicaments) ;
- le renforcement des stratégies spécifiques : PCIMNE, PF, COIA, SONUB et SONUC, CARMMA, stratégies OMD post-2015 ;
- le développement de la Promotion de la santé.

#### 4.3. Orientation stratégique 3 : Renforcement du système de santé

Cette orientation stratégique est décomposée en six sous-stratégies regroupant les principales composantes du système de santé.

##### 4.3.1. Sous-Orientation stratégique 1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire

- Le système national de soins sera renforcé pour délivrer les prestations de service de qualité centrées sur le patient tout en garantissant un accès équitable à l'ensemble de la population dans le cadre de la mise en place de la CSU ;
- La stratégie des soins de santé primaires sera renforcée avec un hôpital de district fonctionnel et un réseau de centres de santé intégrés appuyés par les services de santé à base communautaire. Le district de santé devra être capable de jouer pleinement le rôle de coordination, de planification, de soutien technique aux prestataires de soins et de pôle de développement du partenariat avec les institutions étrangères, les ONG et les collectivités locales ;
- La référence des patients au niveau secondaire et tertiaire du système de soins sera assurée à travers le renforcement des hôpitaux régionaux et nationaux ;
- Des soins et services de santé seront contractualisés avec le secteur privé et la société civile pour la mise à l'échelle des interventions essentielles de santé;
- Les paquets de services essentiels de santé seront actualisés, harmonisés et mis à l'échelle à tous les niveaux du système national de soins;
- Les services à base communautaire seront développés et renforcés par la reconnaissance, la formation, la motivation, la valorisation des ASC, le développement du paquet de services (sensibilisation, détection et suivi des maladies transmissibles et des maladies non

transmissibles, promotion de comportements sains, mise en place d'un système de référence contre référence) ; à cet effet, le programme national de santé communautaire sera révisé et renforcé ;

- Des stratégies d'intervention intersectorielles seront développées pour influencer les déterminants de la santé par la promotion d'un cadre de vie approprié, la réduction des inégalités, le développement de systèmes de solidarité afin de réduire les exclusions permanentes ou temporaires.

#### 4.3.2. Sous-Orientation stratégique 2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé

La réforme du financement passera par un élargissement du financement du secteur de la santé à travers le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie.

La couverture sanitaire universelle sera dorénavant un des principaux leviers de développement du secteur de la santé. Sa mise en œuvre sera progressive. Il s'agira de renforcer le système de financement à travers les stratégies d'intervention suivantes :

- Le renforcement de la mobilisation des ressources y compris à travers la multisectorialité en faveur de la santé,
- Le développement de financements innovants pour la santé et la mise en commun des fonds et de la fonction achat des services ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de protection sociale ;
- Le renforcement des acquis notamment la couverture sanitaire des travailleurs du secteur privé et mixte à travers la Caisse nationale de sécurité sociale ;
- Le développement de l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des travailleurs de la fonction publique ;
- La poursuite du développement des mutuelles de santé pour alléger les coûts non couverts par le tiers payant ;
- Le développement des mécanismes de remboursement des soins aux prestataires au bénéfice des personnes économiquement défavorisées par la mise en place d'un fonds financé par l'Etat et ses partenaires ;
- Le renforcement des mécanismes de gestion financière et d'exemption de paiement pour les interventions de santé publique prioritaires
- L'institutionnalisation des Comptes Nationaux de santé et du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT),

Pour réaliser ces interventions, il sera procédé à :

- la création d'une structure d'encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l'ensemble des régimes d'assurance ;
- la mise en place de structures nationales capables de jouer le rôle de contrôle technique, de piloter et de mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle (CSU) ;
- la mise en place de mécanismes permettant une participation effective au renforcement de la CSU des usagers et des professionnels de santé.

L'Etat doit continuer de jouer son rôle de leader en relevant progressivement sa contribution au financement de la santé à travers le rehaussement progressif du budget du Ministère de la Santé pour atteindre 15% du budget de l'Etat.

#### 4.3.3. Sous-Orientation stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité

Le système de développement et de gestion des ressources humaines de qualité passera par le renforcement de la planification, de la formation, du recrutement, de la distribution/redéploiement, de la motivation, de la fidélisation et de la gestion des carrières.

Les principales actions à développer seront les suivantes :

- la mise en œuvre d'un plan stratégique de développement des ressources humaines actualisé ;
- la mise en œuvre d'une stratégie nationale de fidélisation à travers un système de motivation efficace susceptible de satisfaire les besoins des formations sanitaires des zones défavorisées en personnels qualifiés ;
- le renforcement du cadre institutionnel de recrutement et de gestion des ressources humaines en santé orienté vers la performance ;
- l'adaptation et le recentrage de la formation initiale des ressources humaines en santé pour répondre aux besoins d'amélioration de la qualité des soins et aux besoins numériques du système de santé ;
- le renforcement des capacités des institutions de formation en santé à travers la collaboration et la coordination intersectorielles avec les Ministères en charge de ces institutions ;
- le renforcement des compétences des personnels en termes de qualité des soins et de gestion sanitaire à travers un plan harmonisé de formation continue et de supervision intégrée ;
- la formation, la motivation et la valorisation des ASC.

#### 4.3.4. Sous-Orientation stratégique 4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité

Le système de gestion des approvisionnements et des stocks sera renforcé. L'autorité de régulation et de contrôle sera renforcée afin d'assurer la qualité et le contrôle des prix des produits de santé et lutter contre les pratiques illicites dans ce domaine. Un contrôle de qualité des produits sanguins sera instauré. Le système de maintenance des infrastructures, des équipements et du matériel et le système de logistique intégrée seront également soutenus.

Des stratégies d'intervention seront mises en place pour :

- le développement de la production et de l'importation des médicaments génériques et la promotion de leur utilisation ;
- le renforcement des capacités de la PCG dans le cadre de la logistique intégrée ;
- l'instauration effective de la pharmacovigilance, de l'hémovigilance, de la réactovigilance et de la matério vigilance ;
- l'information et l'éducation des populations et des prestataires sur l'usage rationnel du médicament et des produits de santé ;
- la mise en œuvre de la politique nationale de Biologie médicale ;
- l'actualisation des normes en matière d'équipements et d'infrastructures ;
- le développement et la mise en œuvre d'un plan harmonisé de construction et de réhabilitation des infrastructures et d'acquisition et de distribution des équipements ;
- la mise en œuvre d'un plan national de maintenance.

#### 4.3.5. Sous-Orientation stratégique 5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé

Des stratégies d'interventions seront mises en œuvre pour renforcer le système d'information sanitaire de routine, le système de surveillance et d'alerte épidémiologique et du système de suivi évaluation afin d'accroître les capacités du système national d'information sanitaire et de la recherche, à savoir :

- la réorganisation du SNIS par la mise en cohérence des divers sous-systèmes d'information sanitaire ;
- l'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de son utilisation pour l'action;
- la mise en place d'un système automatisé de traitement, analyse et diffusion des données, informations et connaissances sanitaires en temps réel à travers la plateforme « DHIS2 » ;
- la mise en œuvre d'un plan d'étude et d'évaluation du secteur de la santé
- le renforcement des sous-systèmes de supervision intégrée, monitoring, audit, contrôle de gestion, inspection ;
- le renforcement des capacités des instituts de recherche et leur organisation en réseau; le développement des capacités des chercheurs et du plateau technique ;
- le renforcement de la gestion et la promotion de l'éthique de la recherche en santé.

#### 4.3.6. Sous-Orientation stratégique 6 : Renforcement du Leadership et de la Gouvernance sanitaire

Les mesures de renforcement seront mises en œuvre à travers la réalisation de réformes sur les plans politique, juridique et institutionnel et la mise en place de mesures et mécanismes spécifiques destinées à améliorer le fonctionnement du système de santé, la coordination et la redevabilité.

##### **En matière de réformes institutionnelles :**

Les réformes institutionnelles porteront essentiellement sur trois domaines : la réforme de l'organisation du système, l'adaptation du cadre juridique et la réforme hospitalière.

##### **Sur le plan de l'organisation du système :**

La réforme consistera à renforcer la décentralisation et la déconcentration à travers un nouveau partage des rôles entre les niveaux central, régional et préfectoral par (i) le transfert de certaines responsabilités et des moyens correspondants et (ii) le renforcement de l'autonomie de ces derniers pour en faire des partenaires efficaces et crédibles dans la planification et la mise en œuvre des programmes locaux de développement.

La région sera chargée du soutien technique aux districts de santé à travers les formations, les supervisions, les approvisionnements et la dotation en ressources humaines.

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 seront revues et adaptées aux besoins des nouveaux choix.

**Sur le plan juridique :**

Dans ce domaine, des efforts seront fournis pour 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.

Par ailleurs, de nouvelles lois seront introduites pour accompagner les réformes envisagées dans le cadre de cette politique. Il s'agira surtout des lois relatives à la création des structures de régulation, de gestion, de contrôle de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle notamment les structures d'assurance et de l'exercice privé de la médecine.

Ces textes de loi seront complétés par des outils de la régulation et de la planification de l'offre de soins, de la réglementation de la profession médicale et pharmaceutique.

Aussi, des textes réglementaires seront définis pour la restructuration du Ministère par le renforcement des districts et régions sanitaires, l'organisation hospitalière, la motivation des ressources humaines.

Des stratégies d'intervention seront développées pour renforcer le leadership du Ministère de la Santé et la gouvernance du système de santé, en particulier :

- la promotion de la mise en œuvre des principes du Partenariat International pour la Santé (IHP+) sur l'efficacité de l'aide extérieure ;
- la promotion du dialogue politique en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- le renforcement de l'organisation, de l'administration et de la gestion du secteur : audit organisationnel et actualisation de l'organigramme du Ministère de la Santé;
- le développement d'outils de planification et de régulation de l'offre de soins à travers la carte sanitaire et l'élaboration de schémas régionaux de l'organisation des soins ;
- le renforcement des fonctions de coordination et de suivi-évaluation du secteur par la mise en place d'une plate-forme de suivi évaluation, d'un Observatoire National de la santé et d'une Plateforme Nationale de Dialogue Politique en santé (CHHP) ;
- la mise en place de mécanismes de contractualisation nécessaires pour développer le partenariat public - privé ;
- le renforcement de la communication et de la visibilité du secteur de la santé.

## CHAPITRE V : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La mise en œuvre de la PNS se fera à travers l'élaboration de plans stratégiques décennaux et quinquennaux (Plan Décennal de Développement Sanitaire - PNDS, Plan quinquennal de Développement Sanitaire) et des plans opérationnels (Plan Triennal de Développement Sanitaire arrimé au CDMT santé et plans d'action annuels).

Le PNDS sera traduit en programmes nationaux et en Plans d'Action Opérationnels des Directions centrales, régionales, préfectorales, SNIS y compris la Surveillance épidémiologique et le système d'alerte épidémiologique ainsi que d'autres institutions spécialisées.

Les partenaires en santé s'harmoniseront et s'aligneront sur la PNS et le PNDS avec leurs appuis techniques et financiers dans le cadre du Compact national.

Le secteur privé sera actif pour compléter l'offre de soins dans un cadre national du partenariat public-privé. La société civile, ainsi que les organisations communautaires joueront un rôle de participation citoyenne complémentaire au secteur public dans un cadre national de contractualisation de l'action sanitaire au niveau communautaire et dans les instances décentralisées de coordination du secteur santé.

Les autres secteurs de développement contribueront de façon significative à la mise en œuvre de la réforme des politiques publiques pour influencer les déterminants de la santé et en inscrivant dans leur politique et leurs programmes nationaux un volet garantissant ainsi la santé dans toutes les politiques sectorielles.

Les parlementaires veilleront à la promotion et à l'amélioration de l'environnement juridique en santé et surtout garantiront l'atteinte progressive de l'objectif de 15% au moins du budget de l'Etat accordés à la santé (Déclaration d'Abuja).

## CHAPITRE VI : MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Le Comité de Coordination du Secteur Santé sera le mécanisme national unique de coordination. Un cadre unique de suivi évaluation sera mis en place pour le suivi des indicateurs de progrès et d'évaluation de la performance du système de santé et des réformes sanitaires.

Un Observatoire National de la Santé sera créé sous forme d'une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique, de documents de référence nationaux, des rapports périodiques, des résultats de la recherche et de publications en matière de santé. Il sera alimenté par la base de données du SNIS, le « DHIS » et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé (CHPP).

Le SNIS constituera la base de données de l'information sanitaire pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Des études et évaluations spécifiques et périodiques seront menées pour compléter l'information nécessaire.

Les revues annuelles conjointes du secteur santé seront institutionnalisées ainsi que les audits, contrôles de gestion, inspections, supervisions intégrées et monitorages.

## CONCLUSION

La présente Politique Nationale de Santé est l'aboutissement d'un long processus participatif d'analyse de la situation du secteur couronné par l'organisation des Etats Généraux de la Santé dont les recommandations ont servi de base pour orienter les actions futures dans le secteur de la santé.

Ce processus, axé sur une approche systémique, a porté sur l'évaluation de la performance du système à travers la revue de ses principales fonctions qui ont fait l'objet d'analyse thématique par des experts nationaux appuyés par des partenaires techniques et financiers.

De cette analyse, ont été dégagés une vision, des principes et valeurs, des domaines stratégiques prioritaires d'intervention ainsi que des actions pour chaque domaine retenu.

La Politique Nationale de Santé a été élaborée dans un contexte d'épidémie de Maladie à Virus Ebola qui a influencé les prises de décision concernant certains choix stratégiques.

L'application de cette politique exigera des réformes sur le financement, le cadre juridique, le statut et le fonctionnement des hôpitaux publics.

Des priorités de cette politique, sera décliné le Plan national de développement sanitaire pour la période 2015-2024 (PNDS). Des interventions contenues dans ce PNDS, chaque région et préfecture élaborera un plan régional/préfectoral de développement sanitaire.

Pour influencer les déterminants socioéconomiques de la santé, les départements sectoriels à tous les niveaux contribueront à la mise en œuvre de la présente politique selon l'approche « la santé dans toutes les politiques publiques ».

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

La réalisation des priorités de la présente politique se fera à travers un partenariat renforcé au niveau national et international sous le leadership du Gouvernement et respectera les principes de l'efficacité de l'aide par l'élaboration et la signature d'un compact national qui définira les modalités du financement et de la redevabilité.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Analyse de la situation du secteur santé, Ministère de la santé, août 2014
2. Comptes nationaux de santé, Exercice 2010, Ministère de la santé
3. Rapport sur les Etats Généraux de la santé, Ministère de la santé, juin 2014
4. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté III (2013-2015)
5. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV)
6. Rapport d'évaluation du PNDS 2003 – 2012
7. Plan de développement des Ressources Humaines en Santé
8. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
9. Inventaire des équipements et infrastructures
10. Recensement biométrique des RHS
11. Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU
12. Prospective Guinée 2035
13. Politique Nationale Intégrée de Prévention et de contrôle des Maladies Non Transmissibles
14. Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles
15. Politique Nationale de Lutte Contre le Paludisme
16. Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme 2013 – 2017
17. Cadre Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/Sida 2013-2017
18. Plan Stratégique de Lutte Antituberculeuse en Guinée 2015-2019
19. Rapport final de l'évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires en République de Guinée, décembre 2014
20. Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018
21. Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant 2008 - 2015
22. Audit du Système National d'Information Sanitaire en Guinée
23. Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté 2007-2008
24. Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en République de Guinée, 2013
25. Etude sur les fonds sécurisés d'acquisition des médicaments.