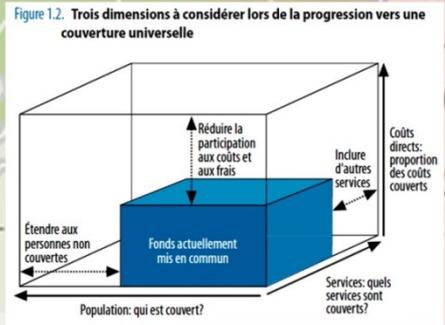
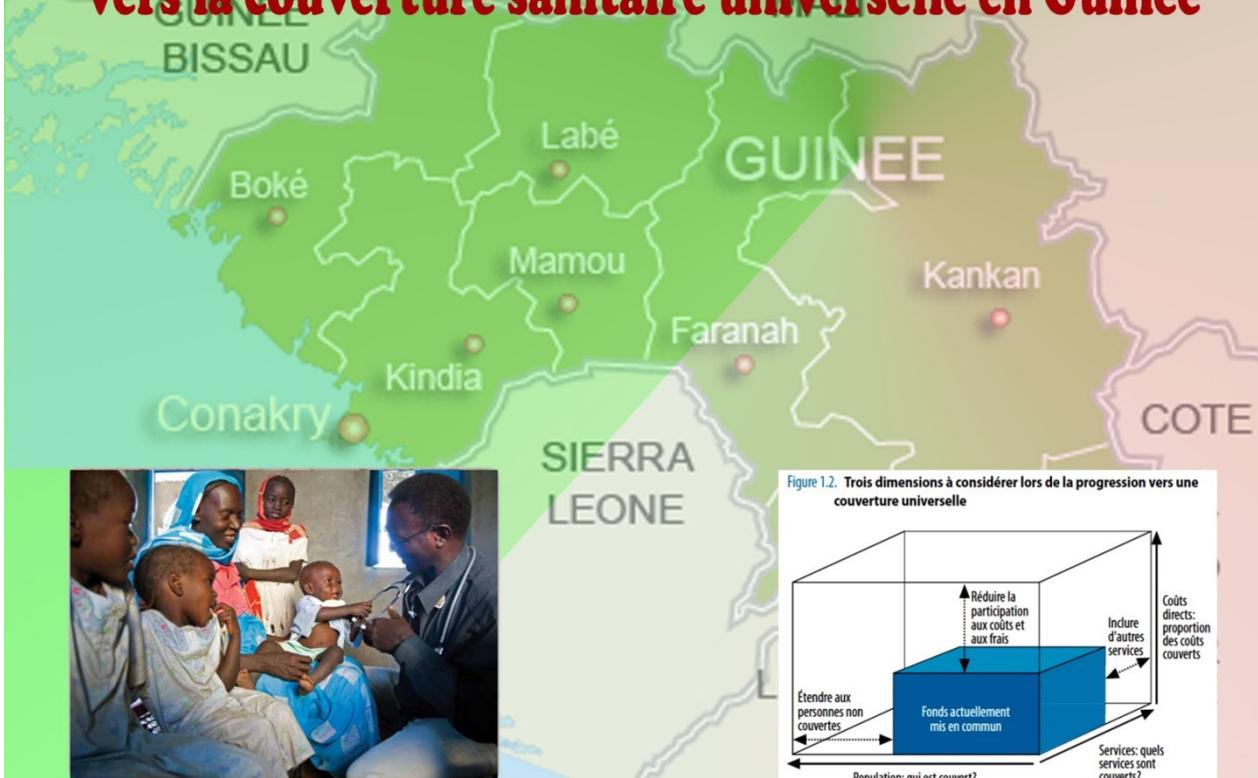




REPUBLIQUE DE GUINEE



Stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle en Guinée



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



SOMMAIRE

PREFACE	5
RESUME EXECUTIF.....	8
INTRODUCTION	10
I. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA GUINÉE.....	11
1.1. Contexte géographique.....	11
1.2. Contexte démographique.....	11
1.3. Contexte politique, administratif et économique.....	11
1.3.1. contexte politique	11
1.3.2. Contexte administratif	12
1.3.3. Contexte économique	12
1.4. Contexte socioculturel.....	13
1.5. Etat de santé de la population.....	13
1.5.1 Profil épidémiologique	13
1.5.1.1 Le paludisme	14
1.5.1.2 VIH/Sida, IST et Tuberculose	14
1.5.2 Santé des enfants	15
1.5.3 Mortalité maternelle	16
1.5.4 Les autres pathologies	16
1.6. Offre de soins	17
1.6.1 Sous-secteur Public	17
1.6.1.1. Infrastructures et Equipements	17
1.6.1.1.1 Situation des Infrastructures	17
1.6.1.1.2 Equipements	18
1.6.1.2. Ressources Humaines de la Santé	18
1.6.1.3. Les prestations sanitaires.....	19
1.6.1.4. Les médicaments et intrants stratégiques	19
1.6.2 Sous-secteur privé	20
1.6.2.1 Sous-Secteur Privé Lucratif.....	21
1.6.2.2 Sous-Secteur Privé non lucratif	22
1.7. Financement de la santé	22
1.7.1. Sources de financement	22
1.7.2. Budget alloué au Ministère de la santé.....	23
1.7.3. Etat d'exécution du budget alloué au Ministère de la santé	23
II. PROBLEMATIQUE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE	24
2.1 Situation actuelle	24
2.2 Politique et perspectives en matière de protection sociale	25
2.3 Politique de Protection Sociale.....	25
2.3.1 Le niveau de base	26
2.3.2 Le niveau contributif	26
2.3.3 Le niveau complémentaire	26
III. RAISONS D'ÊTRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE.....	27
IV. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA COUVERTURE UNIVERSELLE.....	28
4.1. Vision	28
4.2. Valeurs.....	28
4.3. Principes	28
4.4. Principes de base de la Couverture Sanitaire Universelle.....	28

V. OBJECTIFS ET AXES STRATÉGIQUES	30
5.1. Objectifs	30
5.2. Axes stratégiques.....	30
VI. RESPONSABILITÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE.....	34
6.1. Primature	34
6.2. Ministère de l'Economie et des Finances y compris le Budget	34
6.3. Ministère Chargé de l' Action Sociale	34
6.4. Ministère Chargé de la Santé.....	35
6.4.1. Ministère Chargé de la Fonction Publique	35
6.4.2. Autres Ministères techniques impliqués.....	35
CONCLUSION	37
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	38
ANNEXES	39

LISTE DES ABREVIATIONS

AMO	Assurance maladie obligatoire
AMU	Assurance Maladie universelle
APNDS	: Appui au Plan National de Développement Sanitaire
ATS	: Agent Technique de Santé
CMC	: Centre médico communal
CS	: Centre de Santé
CSA	: Centre de Santé Amélioré
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
DNMP	: Direction Nationale des Marchés Publics
DPAV	: Dépôts payables après-vente
DSR	: Direction Régionale de la santé
DynaM	: Dynamic Mutualiste
EDS	: Enquête démographique et de santé
ELEP	: Enquête légère pour l'évaluation de la pauvreté
FBR	: Financement basé sur les résultats
GNF	: Franc Guinéen
HN	: Hôpital National
HP	: Hôpital préfectoral
HR	: Hôpital Régional
HSH	: homme ayant eu un rapport sexuel avec un homme
HTA	: Hypertension artérielle
IHP+	: Partenariat International pour la santé
INS	: Institut National de la statistique
IST	: Infection Sexuellement transmissible
MICS	: enquête à indicateurs multiples
MS	: Ministère de la santé
MURIGA	: Mutuelle de gestion des risques liés à la grossesse et à l'accouchement
NSIA	: Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCA	: Paquet Complémentaire d'activités
PMA	: Paquet Minimum d'activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de santé
PNUAD	: Programme des Nations Unies pour l'Aide au Développement
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Poste de santé
RH	: Ressources Humaines
SMART	: spécifique, mesurable, approprié, réaliste et temporel
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux néonataux d'urgence
SRP	: Stratégie de réduction de la Pauvreté
SSP	: Soins de santé Primaires
TB/VIH	: coïnfection tuberculose et VIH/sida
TBC	: Tuberculose
UNICEF	: Organisation des nations Unies pour l'enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience humaine

PREFACE

L'avènement de la troisième République sous l'autorité du Chef de l'Etat le Professeur Alpha Condé, marque le début d'une ère nouvelle dans la prise en charge et l'amélioration des conditions de vie des citoyens guinéens.

L'effectivité de la jouissance de droits humains, aussi fondamentaux que celui à la santé, consacré par la constitution guinéenne en son article 15, constitue une revendication légitime des populations et fort heureusement une préoccupation majeure des autorités de la République résolument engagées dans une réforme du système de santé. Le financement du système de santé qui en résultera, son organisation son animation et sa gestion feront de la satisfaction des besoins de santé des populations le justificatif de toutes les activités qui y seront déployées.

A cet égard, la volonté du Chef de l'Etat de garantir plus d'équité dans la fourniture des services sociaux de base, y compris la santé, trouve une expression appropriée à travers la mise en œuvre de la Couverture sanitaire universelle. Pour son ébauche, et sa réalisation qui se fera dans le temps, l'élaboration d'une stratégie de financement s'est avérée utile pour mieux faire ressortir et partager les implications de cette grande ambition de protection sociale de nos populations contre la maladie et les risques financiers qui lui sont associés.

La présente stratégie de financement de la santé orienté vers la couverture sanitaire universelle, élaborée grâce à l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Union Européenne ainsi que la contribution de l'ensemble des partenaires au développement, qu'il me plait de saluer la qualité de l'engagement à nos côtés, fournit les axes à partir desquels des résultats probants seront atteints. On retiendra principalement le développement de l'offre de santé de sorte à l'accroître et à mieux la distribuer sur l'étendue du territoire, et également une avancée vers l'assurance maladie universelle qui constitue un écho à une instruction importante contenue dans la lettre de mission du gouvernement relative au développement de l'assurance maladie, comme moyen de protéger nos populations contre les dépenses catastrophiques de santé et l'exclusion.

Le chantier que nous abordons avec le soutien du Chef de l'Etat est ambitieux, mais heureusement à notre portée si nous parvenons à une intelligente mise en commun de toutes les potentialités et de tous les talents.

La Couverture sanitaire universelle à laquelle concourt la présente stratégie de financement nécessite pour sa mise en œuvre la mobilisation de tous les acteurs, au-delà des acteurs gouvernementaux. C'est dire donc que nous comptons, pour faire avancer notre pays dans cette voie rassurante de la santé pour tous, sur toutes les forces vives de la Guinée, notamment sur le secteur privé, sur l'ensemble de la population principale bénéficiaire des réformes qui seront prises pour la concrétisation de cette grande ambition, et sur nos partenaires techniques et financiers qui nous accompagnent dans le chemin difficile du développement économique et social.

C'est en faisant notre cette ambition de générosité du Chef de l'Etat que nous bâtirons, pour nous et les générations à venir : Une Guinée où les populations ont un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sans barrière géographique, financière ou socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé et communautaires.

Au-delà de l'accès à la santé, c'est à une contribution décisive au développement socioéconomique de notre pays que nous convie la présente stratégie de financement de la santé orientée vers la couverture sanitaire universelle.

Mohamed Saïd FOFANA
Premier Ministre

PROCESSUS D'ELABORATION DU DOCUMENT DE STRATEGIE

Le Bureau de stratégie et de développement du Ministère de la santé a été chargé de coordonner l'élaboration du document de stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

Une étude sur l'Etat des lieux du Financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle réalisée en 2012, le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS et la Déclaration de Tunis de juillet 2012 ainsi que l'option du gouvernement guinéen de mener des réformes pour tendre vers la CSU ont servi de base à l'élaboration de la présente stratégie.

Elle est en harmonie avec les priorités du programme mondial d'action sanitaire 2006-2015, la politique de la santé pour tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle : agenda 2020 et les orientations stratégiques 2010-2015 de la région Africaine de l'Organisation mondiale de la santé. Elle est également en symbiose avec les documents stratégiques nationaux tels que la Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, la Politique Nationale de Santé et le PNDS 2003-2012.

Elle traduit en acte l'option majeure de développement de l'assurance maladie universelle telle que prescrite dans la lettre de mission du Ministre de la santé en date du 20 février 2014.

Pour y arriver des ateliers ont été tenus dans la phase de préparation avec une représentation des Ministères concernés, des collectivités locales et des partenaires techniques et financiers. Ces ateliers ont permis après de larges échanges, une meilleure compréhension de l'ambition de couverture universelle, un enrichissement de la base documentaire et la contribution des acteurs à l'identification des priorités pour l'amélioration du financement de la santé.

Autant dans la réalisation de l'analyse de situation du Financement de la santé que dans la facilitation de ces ateliers, le Ministère de la santé a bénéficié de l'appui technique de l'OMS et du soutien financier de l'Union Européenne à travers le partenariat UE-OMS pour la couverture sanitaire universelle en Guinée.

A la suite de l'atelier tenu en novembre 2013, un groupe restreint multisectoriel a travaillé à la finalisation du document avec l'apport d'experts de l'OMS.

Le document produit a été partagé avec les acteurs nationaux et les Partenaires techniques et financiers.

Un atelier de finalisation s'est tenu à Kindia en mars 2014.

Et enfin, un dernier atelier s'est tenu pour valider le document de stratégie. Cet atelier a réuni tous les partenaires nationaux et internationaux du système de santé.

RESUME EXECUTIF

La Guinée a, depuis l'avènement de la troisième République fait de la réforme du système de santé une priorité. Cette orientation forte dictée par la plus haute autorité se veut une réponse à de nombreux défis. Ces défis sont d'ordre sanitaire, social économique, avec une exacerbation de la pauvreté et la vulnérabilité financière grandissante de la population. Aussi, on note une faiblesse persistante des ressources de l'Etat pour assurer un financement adéquat des services sociaux de base. Il en est résulté une insuffisance des ressources publiques dédiées à la santé et une inadéquation du réseau d'établissements de santé aux besoins de la population.

Face à cette situation le Gouvernement de la République de Guinée a fait le choix de promouvoir la couverture sanitaire universelle dont l'objectif est de garantir à la population un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sans barrière géographique, financière ou socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé et communautaires. Cette volonté a été réaffirmée depuis la Déclaration de Tunis et récemment dans la Lettre de Mission du Premier Ministre au Ministre de la Santé du xx février 2014.

La présente stratégie de financement, qui s'inscrit comme une composante de la politique plus large de protection sociale du pays, a pour but de formuler des axes prioritaires pour le développement d'un système de financement de la santé qui concrétisera cet engagement de marche vers la Couverture Sanitaire Universelle. Elle s'intégrera tout naturellement dans la nouvelle Politique Nationale de Santé et dans le prochain PNDS, de manière à ce que le système de financement de santé fournisse les fonds nécessaires et les incitations souhaitables pour le développement des autres composantes du système de santé.

Les choix en matière de la stratégie de financement de la santé vers la CSU s'appuient sur des valeurs de solidarité nationale, d'équité, de justice sociale, d'intégrité et d'éthique, de respect des droits humains et de la spécificité du genre.

La mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé vers la CSU est guidée par les principes directeurs suivants: la réaffirmation de l'approche des soins de santé primaires, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé, l'intégration, l'efficacité et l'efficacités, la décentralisation, la coordination intersectorielle, la durabilité, la gestion axée sur les résultats, la bonne gouvernance (respect des procédures, transparence, redevabilité et participation) et la réactivité du système de santé.

Cette stratégie permet de réduire les paiements directs importants au point de prestation, d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité à un coût supportable par les communautés, sur la base de l'équité et de la solidarité. Elle vise également à augmenter la mise en commun des fonds et progressivement les ressources financières du secteur de la santé et le pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur de santé. A ce titre un effort continu devra être déployé en vue d'atteindre les 15% recommandés par la déclaration des Chefs d'Etat de la CEDEAO à Abuja en 2001.

L'utilisation rationnelle et efficiente des ressources disponibles au sein du secteur de la santé y compris celles provenant des partenaires au développement constitue un autre résultat attendu de la mise en œuvre de cette stratégie qui constitue également une réponse aux besoins de santé de la population afin de lutter contre la pauvreté et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Cinq (5) axes stratégiques, qui se déclinent comme il suit, permettent d'atteindre ces objectifs :

Axe 1 : Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture sanitaire universelle ;

Axe 2 : Améliorer la couverture géographique en rendant disponible une offre de service de santé de qualité mieux réparti

Axe 3 : Assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire;

Axe 4 : Réduire les risques qui affectent la santé par une meilleure prise en charge des déterminants de la santé;

Axe 5 : Mettre en place un cadre institutionnel de coordination, de suivi et d'évaluation.

Deux compléments essentiels à ce document stratégique devront être par la suite développés de manière à en renforcer le caractère pragmatique et opérationnel. Il s'agit d'une feuille de route ou d'un plan opérationnel ainsi que d'un cadre de suivi et d'évaluation qui devront s'intégrer et renforcer les documents annexes du prochain PNDS.

INTRODUCTION

Depuis les années quatre-vingt, la Guinée s'est engagée à promouvoir des politiques de santé qui se sont continuellement adaptées pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population en terme de disponibilité et d'accès aux services. Ainsi des investissements importants ont été réalisés pour améliorer l'offre de soins au niveau du pays.

Des études diagnostiques réalisées sur le système de santé ont mis en évidence des dysfonctionnements tant au niveau de la disponibilité et de la qualité de l'offre que de l'organisation de la solvabilité de la demande.

Les causes de cette situation sont multiples, mais ont toutes pour soubassement l'instabilité politique notée ces dernières années et les contre-performances économiques qui en ont résulté.

Les priorités économiques essentiellement centrées sur le paiement de la dette et la prise en charge du fonctionnement au quotidien de l'administration ont relégué au second plan le financement des secteurs sociaux.

La faiblesse du plateau technique au niveau des structures sanitaires existantes dont la distribution sur l'étendue du territoire fait ressortir d'importantes disparités, affecte la capacité à répondre au besoin de santé des populations.

La détérioration du pouvoir d'achat des Guinéens et la quasi-inexistence de mécanisme de couverture sociale pour environ 95% de la population, entraîne une exclusion que les mesures de gratuités mise en œuvre dans les dernières années n'ont que faiblement atténuée.

Les réformes engagées dans le secteur, celles hospitalière, pharmaceutique et celle relative à la prise en charge du privé dans la carte sanitaire et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2003-2012) ainsi que diverses stratégies nationales spécifiques à des problèmes prioritaires de santé publique ont été élaborés pour pallier aux dysfonctionnements du système.

La réforme du financement de la santé, qui a connu un coup d'accélérateur à la suite de la déclaration de Tunis de Juillet 2012, met le focus sur la recherche de plus d'équité dans l'accès aux prestations de qualité, produite par un système de santé renforcé.

Pour ce faire la Guinée élabore une Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Elle doit servir de base à la planification nationale et de cadre de référence unique pour le financement de la santé pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé en Guinée.

La Guinée compte, à travers la mise en œuvre de la nouvelle stratégie nationale de financement de la santé orientée vers la CSU, atteindre des résultats tangibles pour amener l'état de santé et la protection sociale des populations guinéennes au niveau le plus élevé possible.

I. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA GUINÉE

1.1. Contexte géographique

La Guinée est un pays côtier de l’Afrique de l’Ouest compris entre 7° 30’ et 12° 30’ de latitude Nord, 8° et 15° de longitude Ouest. Elle couvre une superficie totale de 245.857 Km². Elle possède une façade maritime de 320 km sur l’océan Atlantique, et partage ses frontières terrestres avec six pays : la Guinée-Bissau (386 km), le Sénégal (330 km), le Mali (858 km), la Côte d’Ivoire (610 km), le Liberia (563 km) et la Sierra Léone (652 km). Elle est caractérisée par une des pluviométries les plus abondantes de la région et elle a un sous – sol réputé pour la diversité de ses richesses.

Elle est composée de quatre (4) régions naturelles différenciées par le relief, le climat, les sols et le peuplement :

- Guinée Maritime (GM), ou encore appelée Basse Guinée, est la plaine côtière du pays ;
- Moyenne Guinée (MG) ou le massif du Fouta Djallon est situé au centre Nord ;
- Haute Guinée (HG) ou Haut Bassin du fleuve Niger se trouve à l’Est ;
- Guinée Forestière (GF) au Sud appelée encore la Dorsale Guinéenne.

1.2. Contexte démographique

Le recensement général de la population et de l’habitat de décembre 1996 révèle que la population guinéenne se chiffrait à 7.156.402 habitants, avec un taux de croissance démographique de 3,1%, soit une population estimée à 12 025 193 habitants en 2013¹. La population est composée essentiellement par les jeunes (20% de la population ont moins de 25 ans) et par les femmes (52%). L’indice synthétique de fécondité est élevé (ISF à 5,6 enfants par femme).

L’espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans² et la mortalité infantile de 93 décès pour 1000 naissances³.

En outre, le pays connaît une urbanisation rapide et peu contrôlée surtout à Conakry.

1.3. Contexte politique, administratif et économique

1.3.1. CONTEXTE POLITIQUE

La Guinée a accédé à l’indépendance le 2 octobre 1958, après 60 ans de colonisation française, devenant ainsi le premier pays indépendant des colonies françaises et le neuvième pays sur le continent africain. En 50 ans d’indépendance, le pays a connu cinq présidents et trois régimes politiques.

¹ MP Perspectives démographiques

² PNUAD 2013-2017

³ EDSG-4

L'arrivée de la junte au pouvoir en décembre 2008 a eu pour conséquence la suspension du programme convenu avec le FMI et les autres partenaires. L'organisation des élections et le retour à l'ordre constitutionnel en 2010 ont permis de regagner la confiance des partenaires au développement qui conditionnent leur aide à des progrès en matière de démocratie, de bonne gouvernance et de respect des droits de l'homme.

1.3.2. CONTEXTE ADMINISTRATIF

Les quatre régions naturelles sont aménagées en huit régions administratives: Conakry (considérée comme Zone spéciale), Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N'Nzérékoré.

Les Régions administratives de l'intérieur du pays sont subdivisées en 33 préfectures. Le pays compte 38 communes urbaines, dont 5 à Conakry et 302 communautés rurales. Ces collectivités sont subdivisées en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

1.3.3. CONTEXTE ÉCONOMIQUE

Deux ans après son indépendance, la Guinée a émis, le 1er mars 1960, sa propre monnaie, le Franc Guinéen(GNF). Ainsi, depuis 1960, la Guinée dispose d'une zone monétaire propre. En 2013, un dollar américain s'échange contre 6800 GNF.

Les revenus fiscaux demeurent faibles (10.5% du PIB), ce qui limite les possibilités de financement des services et infrastructures de base. Le pays est classé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) parmi les nations à faible niveau de développement humain. Selon le rapport 2011 du PNUD, l'indice de développement humain pays est de 0,344, ce qui le situe au 178^{ème} rang sur 187 pays. En 2012, la Guinée a un PIB de 410 USD par habitant⁴.

La Guinée est un pays exportateur de minerais et de produits semi-finis (représentant 83% des exportations), dont les cours sont susceptibles de fluctuations sur les marchés internationaux. Les exportations étant l'une des principales sources de revenus, le pays est sujet à des chocs extérieurs.

Ainsi, en dépit de ses potentialités favorables au développement, la Guinée est un pays pauvre. C'est ce qu'on appelle désormais le « paradoxe guinéen » : c'est-à-dire, sol et sous-sol riches mais les habitants sont pauvres. En Guinée la pauvreté devient de plus en plus visible en touchant une proportion importante de la population. Elle est un phénomène social dans le pays, caractérisée par un état de manque et de privation relatif à un ensemble de besoins essentiels : revenus, alimentation, accès aux services sociaux de base et aux actifs essentiels, etc. Après cinquante ans d'indépendance, la pauvreté est devenue une réalité de tous les jours pour les guinéens voire endémique. Selon l'ELEP 2012, le taux de pauvreté reste encore très élevé (55%) ; cette pauvreté est essentiellement rurale (82,3% de la population rurale vit en dessous du

⁴ PNUAD 2013-2017

seuil de pauvreté⁵). Cette situation difficile fait que la réalisation des OMD liés à la santé reste incertaine à l'horizon 2015.

Toutefois, grâce aux efforts fournis par le dernier gouvernement de décembre 2010, des signes encourageants apparaissent. Parmi ces efforts, on peut citer entre autres : l'unicité des comptes, la réforme des forces de sécurité, l'élaboration d'un nouveau code minier, la mise en œuvre d'un vaste programme d'investissement public dans le secteur agricole ; ce qui a permis d'avoir un taux de croissance économique de 4% (supérieur au taux de croissance de la population de 3,1% la même année) et un taux d'inflation de 11% en 2011. Grâce à ces résultats macro-économiques satisfaisants, le pays a atteint le point d'achèvement de l'IPPTE en décembre 2012, mais, la situation générale du pays au plan économique reste encore fragile.

1.4. Contexte socioculturel

Deux Guinéens sur trois sont analphabètes, avec des taux beaucoup plus marqués chez les femmes (79,45%)⁶, ainsi que dans les populations rurales. Cette situation influe négativement sur l'adoption de certains comportements favorables à la santé et sur la transmission par écrit des messages éducatifs (information-éducation-communication).

En plus des considérations éducatives, pour des raisons socioculturelles, les attitudes et comportements de la majorité de la population apparaissent souvent peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement, et le faible niveau d'information sur la sexualité et les méthodes contraceptives, sur le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles, y compris le SIDA. De plus, on note une augmentation de la consommation de la drogue, de la criminalité (surtout en milieu urbain), et des accidents de la circulation.

1.5. Etat de santé de la population

1.5.1 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le taux de mortalité générale est estimé de 14,2‰⁷ avec 10,7‰ en zone urbaine et 14,8‰ en zone rurale.

Les principales causes de mortalité relevées dans les établissements hospitaliers publics sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les anémies chez les enfants, les diarrhées, les affections hépatiques, les complications liées à l'accouchement et les tumeurs. A ces causes s'ajoutent, en augmentation progressive, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'hypertension artérielle⁸.

⁵ DSRP 3 (2010-2012)

⁶ Rapport d'analyse de la situation du secteur et d'évaluation du PNDS 2003-2012,

⁷ Document PNUD 2013-2017

⁸ PNDS 2003-2012

Dans les structures primaires publiques, les dix premières causes de consultation sont celles d'un pays en développement dans un environnement tropical, avec une prédominance écrasante des maladies transmissibles. Selon l'annuaire statistique de 2008⁹, dans l'ordre décroissant de fréquence, on trouve le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les helminthiases, les diarrhées, les maladies génito-urinaires, les affections dermatologiques hormis la gale, les traumatismes, les anémies, les maladies à transmission sexuelle et les infections oculaires.

1.5.1.1 Le paludisme

Le paludisme constitue le plus lourd fardeau sur le système de santé du pays. Il totalise 30% de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de cinq ans. En effet, le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les formations sanitaires. Les résultats de l'enquête MICS¹⁰ réalisée en 2008 indiquent une prévalence nationale de paludisme de 44% % chez les enfants de moins de cinq ans. Les annuaires sanitaires de 2009¹¹, 2010¹² et 2011¹³ indiquent que le paludisme est aussi la première cause d'hospitalisation (31%) et de décès (14.2%) dans les formations.

1.5.1.2 VIH/Sida, IST et Tuberculose

VIH/sida et IST : La prévalence du VIH au sein de la population générale est de 1,7%¹⁴; elle est plus élevée chez les femmes (2,1%) contre 1,2% chez les hommes. Les femmes sont deux fois plus vulnérables que les hommes. La prévalence maximale se rencontre dans le groupe d'âge de 40 à 44 ans (2,1%). Les prévalences les plus élevées se rencontrent entre 25 et 29 ans (2,0%), chez les 35 à 39 ans (2,9%). Tant du point de vue de la population entière que chez les jeunes de 15-24 ans, les femmes sont 2 fois plus vulnérables que les hommes.

En ce qui concerne la séroprévalence par région administrative, il existe une répartition inégale sur le territoire national : Conakry (2.7%), Mamou (1.7%) et N'Zérékoré (1.7%) ont une prévalence supérieure ou égale à la moyenne nationale. Par contre Boké (1.6%), Labé (1.6%), Faranah (1.4%) et Kindia (1.0%) ont une prévalence inférieure à la moyenne nationale¹⁵.

La prévalence du VIH¹⁶ est de 2,1% chez les femmes et de 2,5% chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2008. Cette prévalence chez les femmes enceintes présente des disparités régionales qui se répartissent comme suit : Conakry 5,76%, Kindia 4,19%, N'Zérékoré 3,13%, Boké 2,76%, Labé 2,48%, Faranah 1,98%, Mamou 1,16%, Kankan 0,94%.

Elle est plus élevée en milieu urbain (2,7%) qu'en milieu rural (1,2%).

⁹ Annuaire statistique 2008

¹⁰ MICS 2008

¹¹ Annuaire Statistique 2009

¹² Annuaire Statistique 2010

¹³ Annuaire Statistique 2011

¹⁴ EDSG 4 2012

¹⁵ EDSG IV+MICS, 2012

¹⁶ ENSS 2008

En outre, l'épidémie est concentrée chez les patients tuberculeux (28,6%), les Professionnelles du sexe (16,7%), la population carcérale (9,4%), les miniers (5,9%), les hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH) (5,6%), les routiers (5,4%) et les Hommes en uniforme (5,3%)¹⁷.

Tuberculose¹⁸ : Le nombre de cas de tuberculose augmente d'année en année en raison de la co-infection TB/VIH et de l'amélioration de la notification des cas. Le nombre de cas de tuberculose dépistés est passé de 1 452 à 2 097 entre 2001 et 2010. Environ 30% des malades souffrant de la forme pulmonaire de tuberculose présentent une co-infection TB/VIH.

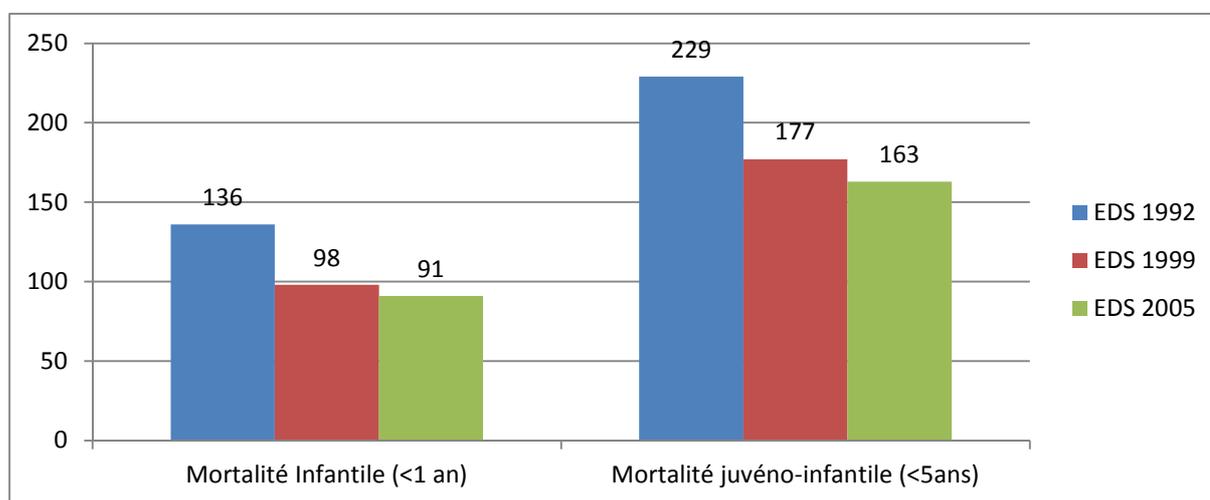
1.5.2 SANTÉ DES ENFANTS

Les statistiques hospitalières montrent que les maladies les plus rencontrées chez les enfants sont le paludisme (31 %), les pathologies néonatales (28%), les infections respiratoires aiguës (20%) et la diarrhée (17%).

Les principales causes de décès néonataux sont les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (23%), les prématurités (20%) et le tétanos néonatal (11%)¹⁹.

Les données collectées lors des Enquêtes Démographiques de Santé²⁰ (EDS) montrent des progrès appréciables dans la réduction de la mortalité des enfants sur la période 1992-2005. Toutefois, le niveau des indicateurs des différentes composantes de cette mortalité des enfants est sensiblement stagnant entre 1999 et 2005 (figure 1).

Figure 1 : Evolution du nombre de décès pour 1000 enfants



¹⁷ ESCOMB 2012

¹⁸ Rapport annuel 2012. Programme TB

¹⁹ Bilan Commun des Pays - Guinée - Aout 2011

²⁰ EDSIII-2005

Les données de routine montrent que le taux de mortalité infanto-juvénile reste à un niveau élevé en raison de quatre facteurs: le paludisme, les causes néonatales, la pneumonie et la diarrhée. Les autres causes sont liées à la rougeole et au sida. La malnutrition est une cause sous-jacente de ces décès.

Le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an contre la rougeole a connu une baisse, passant de 85,3% en 2007 à 65,4% en 2008²¹. La couverture vaccinale brute contre la rougeole avec carte seulement, est de 40% pour l'ensemble du pays. La couverture valide pour le pays par présentation de la carte est de 29% et celle valide à 1 an (carte seulement) est de 25%. Comme on le constate, ces différentes couvertures sont de plus en plus basses²²

Quant à la malnutrition infantile, on note une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans sur la période 1994-2007. La proportion des enfants souffrant de malnutrition chronique est passée de 29% en 1994 à 36% en 2007 (voir EDS)²³, soit une augmentation de 7 points. Parmi les raisons de cette détérioration de l'état nutritionnel des enfants, on pourrait évoquer entre autres : (i) la situation d'insécurité qu'a connu le pays à partir de 2000, (ii) la détérioration du cadre macroéconomique devenue visible en 2003 et (iii) les mouvements sociaux parfois mortels qui ont été enregistrés en 2006 et 2007.

1.5.3 MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle est également une question préoccupante en Guinée. Le taux de décès maternel estimé à 980 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 est passé à 724 pour 100.000 naissances vivantes selon l'EDSIV-2012 et demeure largement supérieur à la cible attendue de 396 pour 100.000 naissances en 2015²⁴. Les principales causes directes²⁵ des décès maternels sont les ruptures utérines (23%), les éclampsies (19%), les complications d'avortement provoqué (16%), les infections (16%), les hémorragies (15%) et les dystocies (10%).

1.5.4 LES AUTRES PATHOLOGIES

Les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers (col de l'utérus, sein et prostate) affectent de plus en plus les populations guinéennes. En effet, leur prévalence est en augmentation à cause des modifications du mode de vie des populations. Les maladies bucco – dentaires constituent toujours une préoccupation.

Grâce aux efforts du gouvernement, certaines pathologies anciennes et négligées telles que la trypanosomiase Humaine Africaine, la bilharziose, l'onchocercose, sont en nette régression mais demeurent une préoccupation pour les autorités sanitaires. D'autres pathologies telles la lèpre et les schistosomiases urinaire et intestinale sont sous contrôle.

²¹ Equipe de finition : entrer en contact avec le PEV pour obtenir les données les plus récentes
²² Source : données de l'enquête de couverture 2011.

²³ Enquête SMART 2012

²⁴ Rapport OMD 2010

²⁵ Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile 2012-2015

1.6. Offre de soins

Le système de soins est subdivisé en sous-secteurs public et privé.

1.6.1 SOUS-SECTEUR PUBLIC

Les services publics d'offre de soins sont organisés de manière pyramidale avec de la base au sommet: le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

Ce type d'organisation repose sur la séparation des fonctions de ces différents niveaux de soins avec une complémentarité devant assurer une continuité des soins. Les agents de santé communautaires assurent le relais entre le poste de santé et les ménages.

Ce modèle d'organisation qui repose sur le concept de district de santé reste pertinent au plan conceptuel. L'entité préfecture qui constitue le district sanitaire dispose des éléments essentiels pour un fonctionnement cohérent à savoir un hôpital de district et un réseau de postes et centres de santé. Un tel dispositif est susceptible d'assurer une certaine continuité des soins, notamment avec l'appui des hôpitaux régionaux.

1.6.1.1. Infrastructures et Equipements

1.6.1.1.1 Situation des Infrastructures

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels hétérogènes, à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans leur maintenance.

La Guinée dispose en 2013²⁶ de 925 Postes de Santé (PS), 407 Centre de Santé (CS), 5 CSA, 35 HP (Hôpitaux Préfectoraux), CMC (Centres Médicaux Communaux), 7 Hôpitaux Régionaux (HR) et 3 Hôpitaux Nationaux (HN).

Cependant, aucun des niveaux de prestations n'est en conformité avec les normes de la carte sanitaire de 2006. : En effet la densité de postes de santé et de 12 000 hts/PS au lieu de 3000 hts/PS. Ceux qui existent ne sont pas tous fonctionnels par manque de personnel et équipements adéquats. Les centres de santé sont en nombre insuffisant par rapport aux normes de la carte sanitaire guinéenne (densité proche de 30000 hts/CS pour une norme de 20 000 hts/CS)

Les hôpitaux préfectoraux et CMC, à l'image des CS, restent encore en dessous des normes de la carte sanitaire (1 HP/CMC pour 250 000 Hts).

Concernant les hôpitaux régionaux, ils respectent les ratios. Ils sont dans les normes par rapport à la carte sanitaire.

²⁶ MS/DNEHS, 2013

Sur le plan qualitatif, plus de la moitié des structures (60%) sont vétustes avec du matériel en mauvais état en particulier dans les postes et centres de santé.

1.6.1.1.2 Equipements

A l'analyse de la situation, il ressort que les équipements de tous les centres de santé sont dans un état de dégradation poussée (60 %) ²⁷. Quant à ceux destinés aux Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence, ils ne sont pas existants ou quand ils le sont ne sont pas fonctionnels.

Au niveau des hôpitaux, les équipements, à l'exception des appareils de radiographie, ne sont pas conformes aux plateaux techniques attendus. Le niveau global de disponibilité des équipements dans les structures hospitalières est de 16% ²⁸. On constate également que les lits sont insuffisants et inégalement répartis. Seules les régions de Conakry, Faranah et N'Zérékoré ont un nombre de lits suffisant par rapport à leur population. En effet, le tiers des lits fonctionnels est concentré dans la seule ville de Conakry qui n'abrite que 15% de la population. Ce ratio est favorisé par la présence des trois hôpitaux nationaux. Malgré les efforts déployés dans le cadre de l'APNDS, seulement 37% des hôpitaux disposent d'une ambulance en bon état ²⁹.

1.6.1.2. Ressources Humaines de la Santé

Les prestataires de soins dans le système de santé en 2011 sont répartis comme suit : 1559 médecins, 457 pharmaciens, 522 biologistes, 1505 Infirmiers d'Etats, 500 sages-femmes et 4285 Agents Techniques de Santé. Les ATS sont le type de personnel le plus représenté avec 37,2% ³⁰.

La répartition des ressources humaines suit celle des infrastructures : 44% de ce personnel est en poste dans la région de Conakry.

Par ailleurs, la comparaison des normes d'effectifs définies dans le PNDS par rapport à la situation actuelle montre un déficit important de toutes les catégories de RHS. Mais, ce déficit est plus marqué pour certaines catégories de personnel, telles que les sages-femmes, les préparateurs en pharmacie, les techniciens de santé publique, d'imagerie médicale et de laboratoire, les aides de santé et les infirmiers spécialisés.

Toutes les catégories professionnelles sont en déficit dans les structures primaires et secondaires. Par contre, les hôpitaux du niveau tertiaire de Conakry ont un excédent de ressources humaines notamment les médecins et les ATS.

Lors de la préparation du budget 2014 le Ministère de la Santé a exprimé le souhait de recruter 2000 prestataires dont 200 médecins, 300 sages-femmes, 750 infirmiers, 600 ATS. Cette problématique est prise en compte dans le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines, en cours d'élaboration, dont le but est de rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays.

²⁷ MS/DNEHS, 2011

²⁸ MS/ Projets d'équipement des établissements de soins publics, mai 2011

²⁹ MS/DNEHS, mai 2011

³⁰ MS/Rapport final d'Analyse situation RHS 2012

1.6.1.3. Les prestations sanitaires

Conformément aux orientations de la Politique Sanitaire, un paquet minimum d'activités (PMA) est défini pour les différents échelons du secteur public. De même, il existe un paquet complémentaire d'activités (PCA) défini pour les hôpitaux préfectoraux (HP) et le Centre Médical Communal (CMC) ainsi que pour les hôpitaux régionaux (HR) et nationaux (HN).

En effet, dans le schéma actuel, le système comporte quatre échelons de soins : Centre de Santé (CS), HP, HR et HN. A ces quatre échelons, s'ajoute le niveau communautaire animé par les agents de santé communautaires.

Au plan opérationnel, la disponibilité des prestations est en décalage par rapport aux normes établies en raison surtout de :

- ✓ l'insuffisance de personnel en nombre et en profil requis notamment au niveau des Centres de Santé et des Postes de Santé de même que l'absence de logement, de sécurité entraînant une irrégularité de l'offre de soins. Cette situation s'observe également dans les hôpitaux où par exemple, dans l'Hôpital Régional de Labé, les ATS représentent 60% des paramédicaux;
- ✓ la faiblesse des capacités d'accueil au niveau des hôpitaux par insuffisance de salles et de lits d'hospitalisation, mais aussi en raison du manque de commodités dans certaines structures (absence de latrines et d'eau, absence de salles compartimentées etc.);
- ✓ la faible opérationnalité du système d'appui logistique de transfert des malades et de stratégies avancées.

Globalement le système de santé est caractérisé par la faiblesse et l'iniquité dans la distribution des prestations de qualité au niveau des différentes parties du territoire. L'insuffisance en ressources humaines de même que l'insuffisance des plateaux techniques, fait que de nombreux Hôpitaux Préfectoraux et Centres de santé n'assument pas leur fonction originale.

1.6.1.4. Les médicaments et intrants stratégiques

Le médicament dans sa double fonction de traitement et de financement est devenu l'élément central des performances du système de santé. La capacité des centrales d'achat publique ou privées dans le pays d'assurer la disponibilité du médicament est un déterminant fondamental de la qualité des prestations et de la viabilité du système de santé.

La centrale nationale d'Achat des produits pharmaceutiques de Guinée : la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) assure l'approvisionnement des structures sanitaires, des O.N.G. participant au service public, des projets de coopération, et des institutions et autres établissements pharmaceutiques autorisées par le MSHP. L'extension des services de la PCG au privé est limitée aux médicaments génériques.

La PCG rencontre actuellement des difficultés pour s'acquitter de sa mission, le taux de disponibilité des médicaments dans le public reste encore faible. La non-réalisation de sa restructuration et sa recapitalisation annoncées dans le PNDS 2003-2012, l'instabilité politique, l'instabilité monétaire et les faibles capacités financières et de gestion sont les principales causes des difficultés de la centrale d'approvisionnement. Cette situation s'est aggravée par la mesure de gratuité des soins obstétricaux entrée en vigueur depuis janvier 2011 car la part des médicaments consommés dans les structures des soins depuis la mesure est couverte par les recettes propres. Les subventions censées couvrir cet aspect sont faibles et mises à disposition tardivement.

La faiblesse des performances appelle de la part de l'Etat des mesures à la dimension de l'impact de cette situation sur le fonctionnement des structures sanitaires et la qualité et le coût du traitement prodigué aux malades.

Pour l'heure l'approvisionnement en vaccins est assuré à travers le Programme Elargi de Vaccination, sur financement des partenaires au développement.

Pour ce qui est des produits sanguins, la production et la distribution du sang et des produits sanguins est exclusivement assurée par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses sept (7) antennes à l'intérieur du pays. Cependant, l'insuffisance des moyens matériels, humains et opératoires limitent la fonctionnalité des services de transfusion sanguine et la couverture des besoins des populations en produits sanguins et dérivés.³¹

En conclusion, l'offre publique de soins reste globalement insuffisante, aussi bien en quantité qu'en qualité. Elle est très inégalement répartie entre zones urbaines et zones rurales.

L'accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population en raison du contexte de pauvreté, du contexte physique, du faible niveau de développement des infrastructures routières et des moyens de communication.

La qualité de l'offre est jugée peu satisfaisante aussi bien par les prestataires que par les bénéficiaires. La continuité des soins est faible, entre autres en raison des chevauchements entre les fonctions des structures. L'insuffisance en ressources humaines et en plateau technique ne favorise pas l'intégration, qui reste faible.

Le médicament n'est pas toujours disponible et accessible.

1.6.2 SOUS-SECTEUR PRIVÉ

Le sous-secteur privé comprend le privé lucratif et le privé non lucratif.

31 MS/Rapport thématique produits de santé et technologie médicale de préparation des Etats Généraux de la Santé, Mars 2014

1.6.2.1 SOUS-SECTEUR PRIVÉ LUCRATIF

- *Sous-secteur médical privé*

La classification des établissements privés distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sages-femmes, le cabinet de consultations médicales, le cabinet dentaire, le laboratoire d'analyses et la clinique.

Selon le MSHP³², les structures privées déclarées sont réparties comme suit : 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 152 cabinets de soins infirmiers, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sagefemme.

L'offre de soins privée est en progression bien que limitée dans les grands centres urbains à potentiel économique tels que Conakry et N'Zérékoré.

Le niveau d'équipement n'est pas toujours conforme au plateau technique et aux normes de réglementation. L'évaluation de la qualité des équipements montre que sur l'ensemble des structures formelles seulement 37,10%³³ ont des équipements du niveau des services qu'elles prétendent offrir.

A côté de ces établissements privés, coexistent des structures informelles (non déclarées) qui offrent des services de soins aux populations

Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services. Généralement illicite, ce sous-secteur est représenté par des personnels de santé sans emploi, pratiquant clandestinement la médecine, les tradi-praticiens non recensés avec des pratiques magico-religieuses et autres.

- *Sous-secteur pharmaceutique privé*

Il comprend un sous-secteur privé licite et un sous-secteur privé informel et illicite.

Le sous-secteur privé licite est composé des secteurs privés confessionnel et non confessionnel, à but lucratif. Il comprend les grossistes répartiteurs (plus de 60 identifiés par le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens, plus de 40 agréés et moins de 10 opérationnels), les pharmacies privées (environ 300 officines dont plus des deux tiers dans la capitale), 38 points de vente pharmaceutique.

Un sous-secteur privé informel et illicite dynamique s'est développé. Les prix pratiqués sont libres et tiennent compte des lois habituelles du marché. En l'absence de contrôle effectué par le Laboratoire national de Contrôle de Qualité des Médicaments, seuls les chiffres publiés dans les travaux de la Faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie peuvent être pris en

32 Section Agréments de la DNEHS Décembre 2011

33 Enquête State View, MS/DNEHS 2008

considération et indiquent un risque de falsification élevé pour 70% des médicaments importés et qui échappent au contrôle

1.6.2.2 SOUS-SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF

Il existe un secteur médical privé à but non lucratif qui est essentiellement représenté par des structures confessionnelles de soins et par les ONG ayant une activité de soins. Ce secteur participe à l'offre de soins dans les centres urbains cependant leur encadrement (régulation) n'est pas effective par le Ministère de la santé. En effet leurs activités ne sont pas intégrées au système national d'information sanitaire.

1.7. Financement de la santé

Les derniers résultats des comptes nationaux de la santé (2010) font apparaître une dépense de santé par tête de 26,8 \$ US, ce qui est en dessous des 44 \$US recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS.

1.7.1. SOURCES DE FINANCEMENT

Le système de santé est financé par les sources publiques (Etat, collectivités), les sources privées (paiements de prestations/recouvrement des coûts, fonds des employeurs, Mutuelles de santé, ONG) et les sources extérieures (bilatérales, multilatérales, guinéens de l'étranger).

Les CNS 2010 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 Reste du monde, 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. Enfin, l'Etat est la troisième source de financement de la santé, il ne finance que 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent de l'administration centrale.

Tableau N° 1 : Dépenses de santé par sources de financement en 2010.

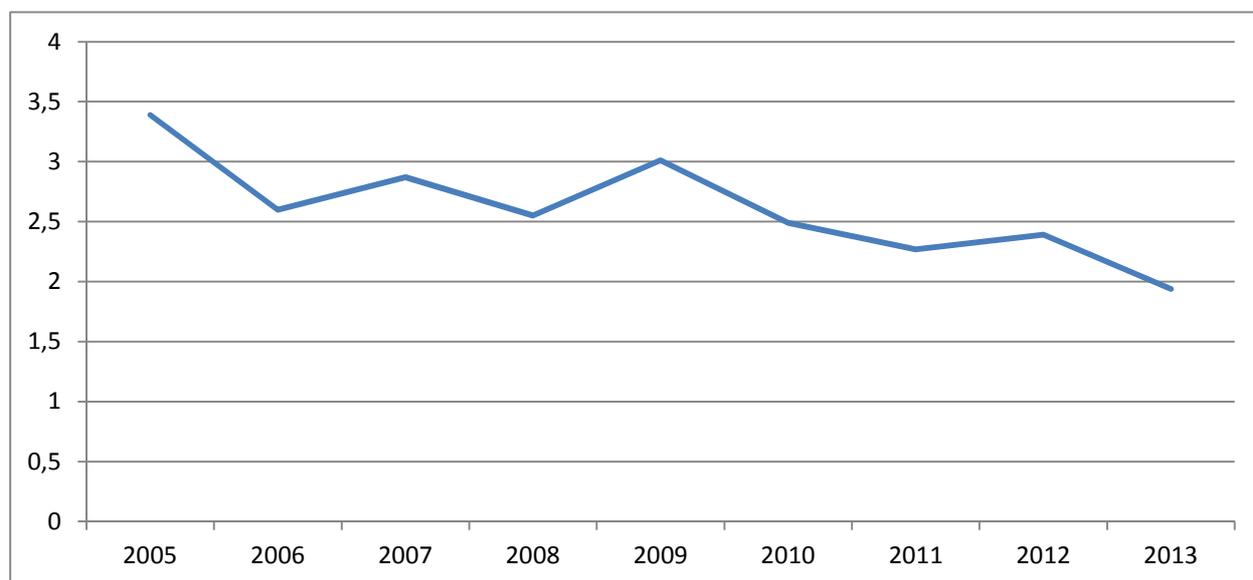
Sources de financement	Dépenses de santé (en Milliard de FG)	Pourcentage
Fonds Publics	148,71	8,8%
Fonds de l'administration centrale	145,68	8,6%
Fonds des collectivités territoriales / locales	3,03	0,2%
Fonds privés	1 087,65	64,3%
Fonds des Employeurs/ Entreprises	32,35	1,9%
Ménages	1 052,63	62,2%
Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages	2,68	0,2%

Fonds extérieurs	455,81	26,9%
Coopération bilatérale	44,91	2,7%
Coopération multilatérale	303,15	17,9%
Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales	106,80	6,3%
Fonds des ressortissants du pays à l'étranger	0,96	0,1%
TOTAL	1 692,18	100,0%

1.7.2. BUDGET ALLOUÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est passée de 2,87% en 2007 à 2,39% en 2012³⁴. En 2013, la part du secteur de la santé est de 1,94% du budget national. Elle continue de se réduire plutôt que d'augmenter. Cet état de fait ne contribue pas à l'amélioration de la performance du système de santé et va à contre-courant de la déclaration d'Abuja 2001 qui recommande aux Etats de consacrer au moins 15 % de leur budget au secteur de la santé.

Figure N° 2 : Evolution du budget du ministère de la santé par rapport au budget national de 2005 à 2013.



1.7.3. ETAT D'EXÉCUTION DU BUDGET ALLOUÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Concernant l'exécution du Budget en 2011, outre les salaires qui ont été exécutés à 100%, aucune autre ligne n'a été totalement utilisée. Les taux d'exécution sont relativement faibles notamment pour les investissements et pour les subventions et transferts des structures de santé le taux d'exécution atteint les 76%.

³⁴ MS- Avant-Projet de Budget 2014

II. PROBLEMATIQUE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

2.1 Situation actuelle

La couverture sociale en Guinée est très faible. Elle est environ de 5% de l'ensemble de la population générale³⁵.

Les bénéficiaires des dispositifs de protection contre le risque financier lié à la maladie sont couverts à travers la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, les assurances privées et les mutuelles de santé. Les agents de l'Etat ne sont pas assurés; ils bénéficient d'une prise en charge de frais médicaux à travers une inscription prévue par la Loi de finances dans le budget de leur département ministériel d'affectation. La couverture est de ce fait très fragmentée.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) couvre les employés du secteur formel relevant du code du travail. Elle gère l'assurance maladie obligatoire qui ne concerne que les agents du secteur privé parmi lesquels ceux déclarés et immatriculés (3%). Ce faible taux s'explique par l'importance du secteur informel et le fait que toutes les entreprises ne sont pas immatriculées.

Les mutuelles de santé constituent une réponse apportée au niveau communautaire à l'épineuse question du paiement direct des soins de santé, même si la Guinée ne dispose pas de législation les régissant. Elles présentent, un taux de couverture globale de la population très faible de l'ordre de 1,5% en 2006³⁶, avec un nombre d'adhérents par mutuelle limité. Ceci est confirmé par la faiblesse du taux de pénétration rapporté les ONG : par exemple, dans les mutuelles accompagnées par DynaM, le taux de pénétration est en moyenne de 17,53% selon le rapport de l'ONG au 31 décembre 2012.

L'assurance privée est quasi résiduelle. Sur le marché des assurances, 4 compagnies offrent un produit de santé ; il s'agit de la NSIA Assurances, d'UGAR, MUTRAGUI et de la SOGAM. Elles ciblent tout le monde même si en réalité elles enrôlent plus les acteurs du secteur privé et des agences de coopération bi et multilatérale. Elles recrutent également certains de leurs adhérents dans le même vivier que la CNSS : les entreprises privées. En effet, offrant un taux de couverture entre 70 et 80% voire 100%, elles captent ainsi une partie des entreprises privées plus intéressés par leurs produits que ceux de la CNSS moins attrayants. Une compagnie comme la NSIA arrive à couvrir à titre indicatif, un effectif d'environ 13000 adhérents au 31 mai 2012.

Concernant le remboursement des frais médicaux des fonctionnaires, ce mécanisme comporte de nombreuses insuffisances notamment sa méconnaissance par les ayant droits, la non définition de critères d'éligibilité et le manque de transparence dans sa gestion. Il est aussi fragmenté au niveau de chaque département ministériel qui assure seul les remboursements de ces propres agents.

³⁵ Document de validation de la protection sociale en Guinée du BIT en 2012

³⁶ Soors et al., WHR Background paper 2010

Pour ceux qui ne peuvent adhérer à aucun de ces dispositifs, notamment les indigents, des ressources publiques sont disponibles pour leur prise en charge dans les structures sanitaires publiques.

Parallèlement à ces dispositifs assurantiels, des prestations sont offertes gratuitement à des populations considérées comme vulnérables.

2.2 Politique et perspectives en matière de protection sociale

La couverture sanitaire universelle s'inscrit dans le cadre plus large de la politique nationale de protection sociale.

La protection sociale assure à ses ayants droit une couverture par rapport au risque financier lié à la maladie. Elle inclut en outre la prise en charge des frais médicaux pour les accidentés du travail et victimes de maladies professionnelles.

2.3 Politique de Protection Sociale

Il n'existe pas encore de politique nationale de protection sociale ou de financement de la santé pour la couverture universelle. Cependant, la Guinée s'est engagée dans le processus d'élaboration d'un document de politique nationale de protection sociale. C'est dans ce cadre qu'une étude intitulée "*Stratégie de Protection Sociale et proposition d'appui à l'élaboration d'une Politique Nationale*" a été réalisée par le Ministère des Affaires Sociales avec l'appui du PNUD et du BIT. Selon cette étude, l'objectif principal de la politique de protection sociale vise à réduire l'exclusion sociale et la vulnérabilité de la population face aux risques environnementaux, sociaux et économiques.

Dans le contexte de la Guinée, la Politique Nationale de protection sociale (PNPS) se focalisera sur les risques sociaux, tout en laissant une option ouverte pour traiter des risques de catastrophes naturelles du fait de l'exposition du pays à certaines de ces catastrophes. L'objectif final sera dans tous les cas une opérationnalisation de la stratégie de lutte contre la pauvreté à travers l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

- Permettre l'accessibilité des populations, en particulier celles qui sont très vulnérables, aux services sociaux de base (principalement la santé et les autres prestations permettant le maintien d'un niveau de vie décent. Le but est de les protéger de la vulnérabilité en offrant une protection minimale aux populations par des prestations qui permettent de maintenir le pouvoir d'achat et donc de relancer la demande;
- Procurer des revenus de substitution et des soins aux personnes ayant cotisé dans un régime public ou communautaire, afin de les aider à gérer le risque ou à la prendre en charge;
- Créer un environnement favorable au développement d'une protection complémentaire en matière de retraite et d'accès aux soins pour les personnes en mesure de la financer ;
- Favoriser la promotion des groupes vulnérables afin qu'ils atteignent l'autonomie nécessaire à leur insertion et/ou réinsertion sur le marché du travail.

Pour se faire, un Comité Technique d'élaboration de la politique nationale de protection sociale a été mis en place par Arrêté du Premier Ministre N°A/2014/3302/PM/CAB du 19 août 2014.

Dans cette perspective, les pays très pauvres, en particulier ceux qui sont en situation de post crise comme la Guinée, doivent intégrer dans le dispositif de sécurité sociale, des mécanismes fondés sur les droits humains et permettant de lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale.

C'est ainsi que le dispositif à mettre en œuvre selon une approche progressive, compte tenu des limites financières, sera fondé sur trois niveaux complémentaires les uns aux autres : le niveau de base, le niveau contributif et le niveau complémentaire.

2.3.1 Le niveau de base

Le niveau de base ou filet de sécurité sera fondé sur la solidarité nationale. Il va constituer une solution aux situations de grande vulnérabilité, nées de l'extrême pauvreté ou pouvant entraîner un basculement dans la pauvreté (dépenses catastrophiques de santé).

2.3.2 Le niveau contributif

Le niveau contributif par l'assurance sociale sera basé sur un système contributif de solidarité professionnelle et/ou communautaire. Ce niveau va englober l'ensemble des mécanismes d'assurance sociale regroupant ceux qui peuvent contribuer au financement de leur couverture sociale.

Il couvre :

- La sécurité sociale obligatoire liée à l'emploi salarié déjà couvert par l'Etat et la CNSS pour les salariés des secteurs public, parapublic et privé;
- La micro-assurance professionnelle et/ou à base communautaire qui couvre essentiellement le risque maladie à travers les Mutuelles de santé

2.3.3 Le niveau complémentaire

Ce niveau complémentaire vise à la réduction, voire à la suppression, du paiement direct des prestations pour les assurés. C'est pour cette raison que la demande de "couverture maladie complémentaire" mérite d'être satisfaite pour tous les acteurs qui en ont la capacité contributive.

III. RAISONS D'ÊTRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE

L'état des lieux sur le financement de la santé des populations a permis de mettre en évidence un certain nombre d'insuffisances, à savoir : (i) faiblesse de la couverture sociale, (ii) faiblesse de l'offre des soins en volume, en répartition et en qualité, (iii) inadéquation du financement de la santé, (iv) pauvreté et exclusion sociale, (v) faiblesse des réponses face aux facteurs de risques (vi) et lourd fardeau de la maladie supportée par les populations et l'iniquité dans l'accès aux soins de santé.

Pour faire face à cette situation, l'Etat Guinéen a décidé d'engager des réformes allant dans le sens de la mise en œuvre des principes de la déclaration de Tunis (juillet 2012) et de la résolution de décembre 2012 de l'ONU sur la Couverture Sanitaire Universelle.

C'est ainsi que la volonté politique d'améliorer la santé des populations et de promouvoir l'équité, amène le Gouvernement à s'inscrire résolument sur le chemin de la CSU par l'élaboration de la présente stratégie. Les décrets portant création de l'Institut National d'Assurance Maladie Obligatoire (INAMO) et la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) constituent les premiers jalons de cette orientation majeure.

IV. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA COUVERTURE UNIVERSELLE

4.1. Vision

La vision d'une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé; économiquement et socialement productives à travers l'accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité sans barrière géographique, financière et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire.

4.2. Valeurs

Les choix en matière de la stratégie de financement de la santé vers la CSU s'appuient sur des valeurs de solidarité nationale, d'équité, de justice sociale, d'intégrité et d'éthique, de respect des droits humains et de la spécificité du genre.

4.3. Principes

La mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé vers la CSU est guidée par les principes directeurs suivants: la réaffirmation de l'approche des soins de santé primaires, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé, l'intégration, l'efficience et l'efficacité, la décentralisation, la coordination intersectorielle, la durabilité, la gestion axée sur les résultats, la bonne gouvernance (respect des procédures, transparence, redevabilité et participation) et la réactivité du secteur.

4.4. Principes de base de la Couverture Sanitaire Universelle

Cette stratégie permet :

- de réduire les paiements directs importants au point de prestation ;
- d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité à un coût supportable par les communautés, sur la base de l'équité et de la solidarité ;
- d'augmenter la mise en commun des fonds ;
- d'augmenter progressivement les ressources financières au secteur de la santé et le pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur de santé en vue d'atteindre les 15% recommandés par la déclaration des Chefs d'Etat de la CEDEAO à Abuja en 2001 ;
- d'utiliser de manière rationnelle et efficiente des ressources disponibles au sein du secteur de la santé ;
- d'assurer l'efficacité de l'aide au développement afin qu'elle contribue à un financement durable ;
- de répondre aux besoins de la population afin de lutter contre la pauvreté et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Elle suppose donc un accès équitable, une protection contre le risque financier et un financement prédictible et équitable. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir de contributions anticipées et mises en commun.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, le Gouvernement devra faire le choix du type de financement souhaité pour une couverture universelle adéquate, à travers la définition des trois éléments composant le système de financement de la santé que sont :

- (i) la **collecte des fonds** ou contributions financières au système de santé, qui doit se faire de manière équitable et rationnelle,
- (ii) la **mise en commun** des ressources, qui implique que les contributions soient regroupées afin que les dépenses de santé soient réparties entre tous les cotisants et non à la charge de chacun d'eux quand il tombe malade (ce qui demande un certain degré de solidarité sociale) et enfin,
- (iii) les **achats**, qui demandent que les cotisations et les paiements soient utilisées de manière efficiente pour acheter ou fournir des prestations adaptées.

Le passage à une couverture sanitaire universelle consiste donc à réorganiser le système de santé et tous ses éléments constitutifs, en mettant l'accent sur le financement, la méthode de gestion du système de santé et la prestation des services de santé.

Différents mécanismes permettent de financer la couverture universelle et de fournir des services de santé. Ce sont, de manière prépondérante, les fonds publics, l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les autres systèmes d'assurance pour peu qu'ils soient intégrés et harmonisés.

Toutefois, les modèles de financement de la santé et de prestation de services sont interdépendants. Leur adéquation est indispensable pour parvenir à une couverture universelle.

L'enjeu est de parvenir rapidement à un système qui puisse couvrir à terme toutes les franges de la population.

V. OBJECTIFS ET AXES STRATÉGIQUES

5.1. Objectifs

L'objectif général de la stratégie est d'assurer à l'ensemble de la population, notamment les plus démunis, des services de santé de qualité géographiquement et financièrement accessibles et culturellement acceptables.

De manière spécifique, il s'agit de :

- Renforcer l'offre de services de santé de qualité et mieux la répartir ;
- Protéger les populations contre le risque financier lié à la maladie sur une base progressive ;
- Réduire les risques qui affectent la santé.

5.2. Axes stratégiques

Pour que l'ensemble de la population vivant en Guinée ait accès à des services de santé de qualité géographique et financière cela passera par divers axes stratégiques. Ces axes bien développés permettent d'atteindre les objectifs précités.

Les axes stratégiques développés sont :

- Axe 1 :** Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture sanitaire universelle ;
- Axe 2 :** Améliorer la couverture géographique en rendant disponible une offre de service de santé de qualité mieux réparti ;
- Axe 3 :** Assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en place notamment de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Axe 4 :** Réduire les risques qui affectent la santé par une meilleure prise en charge des déterminants de la santé ;
- Axe 5 :** Mettre en place un cadre institutionnel de coordination, de suivi et d'évaluation.

Les axes stratégiques ci-dessus présentés se déclinent comme il suit :

Axe 1 : Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture sanitaire universelle

La mobilisation des ressources pour la couverture se fera à la fois en interne et en externe.

Pour la mobilisation des ressources, des actions devront être réalisées, il s'agira de :

1. Renforcer le Leadership et la synergie d'action entre les directions du Ministère de la Santé ;
2. Améliorer le dialogue politique avec le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère du Plan ;
3. Plaider auprès du Ministère en charge des Finances pour l'augmentation progressive du budget de la sante pour atteindre les 15% à l'horizon 2020 du budget de l'Etat ;
4. Utiliser les ressources disponibles à tous les niveaux du Ministère en charge de la santé par une meilleure définition des priorités, une meilleure programmation budgétaire, l'amélioration de la qualité de la dépense ;

5. Encourager les collectivités locales à améliorer le financement de la santé y compris à travers la coopération décentralisée ;
6. Développer des stratégies de mobilisations de ressources via la fiscalité ou la parafiscalité et les financements innovants y compris à partir des sociétés minières ;
7. Susciter et exploiter le mécénat au profit de la santé.

Concernant les ressources extérieures, les actions suivantes seront à entreprendre :

- Renforcer le système de coordination des partenaires techniques et financiers ;
- Accélérer la mise en œuvre du Compact national pour une mobilisation accrue de ressources pour la mise en œuvre du PNDS ;
- Renforcer le plaidoyer pour améliorer la prévisibilité des ressources et la redevabilité.

Axe 2 : Améliorer la couverture géographique en rendant disponible une offre de service de santé de qualité mieux répartie

Sans une offre de soins de qualité, une assurance maladie obligatoire ne peut se développer car l'offre de soins de qualité détermine la demande en soins. Pour ce faire il faudra :

1. Définir et réaliser des paquets de prestations de qualité en lien avec les OMD santé c'est-à-dire réaliser des Interventions à haut impact et en fonction des capacités de financement ;
2. Améliorer l'offre de service existant par la révision de la carte sanitaire et de l'adoption de schéma régional d'organisation sanitaire ;
3. Améliorer la disponibilité et la motivation des Ressources Humaines en Santé (RHS) sur l'ensemble du territoire pour garantir l'équité et la qualité dans la prise en charge des cas de maladies par les prestataires en tenant compte du plan national de développement des ressources humaines de la santé;
4. Améliorer l'efficacité et la qualité de l'offre de soins par la mise en place de nouveaux mécanismes d'achat, y compris un système de Financement Basé sur les Résultats (FBR).

Axe 3 : Assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie, par la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire

La protection contre le risque financier lié à la maladie passe par la mise en place progressive d'une assurance maladie obligatoire (AMO) pour toutes les personnes vivant en Guinée.

Les interventions concernant la mise en place progressive d'une assurance maladie obligatoire se feront à travers les actions suivantes :

1. Réaliser des études actuarielles et de faisabilité de la mise en œuvre d'une assurance maladie obligatoire ;
2. Evaluer la mise en œuvre et le coût de la mesure de la gratuité afin de mieux la cibler sur les bénéficiaires pertinents ;
3. Définir les critères et modalités d'identification de l'indigence et prendre en charge les indigents à travers un futur régime non contributif du système d'AMO;

4. Définir les modalités de développement du régime contributif de l'AMO, en intégrant les mécanismes de couverture actuelles du secteur privé formel (CNSS) et des agents de l'Etat ;
5. Promouvoir des mécanismes de protection contre le risque maladie pour le secteur informel, y compris les mutuelles de santé, par le renforcement de l'existant et l'incitation à l'intégration de nouvelles initiatives autour d'une plateforme commune, avec pour objectif l'intégration de ces mutuelle à l'AMO en tant qu'agent de collecte ;
6. Mettre en place et/ou renforcer les Agences d'exécution de l'AMO.

Axe 4 : Réduire les risques qui affectent la santé par une meilleure prise en charge des déterminants de la santé

Réduire la charge de morbidité est un élément important si l'on veut atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle. Il s'agit de :

1. D'étudier les attitudes et les comportements et mode de vie des populations vivant en Guinée afin de développer d'un plan stratégique de promotion de la santé ;
2. D'élaborer un plan multisectoriel de prise en charge des déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé.

Axe 5 : Mettre en place un cadre institutionnel de coordination, de suivi et d'évaluation

La mise en œuvre de la couverture universelle en santé est multisectorielle. De ce fait, plusieurs ministères techniques impliqués, notamment les Ministères en charge des Finances, des Forces Armées, de l'Administration du Territoire, de l'Action Sociale, de la Santé, de l'Education, de l'Environnement, etc. sont chargés de mener des interventions diverses qui doivent être coordonnées.

Pour ce faire, il faudra :

1. Mettre en place un Comité interministériel de coordination de la mise en œuvre de la CSU. La présidence est assurée par la Primature, la Vice-présidence et le Secrétariat Permanent dévolus aux Ministères sectoriels concernés (Ministère de la Santé et celui de l'Action Sociale).
2. Adapter le cadre juridique de coordination des interventions des Agences d'exécution de l'AMO comme la CNSS, la Caisse de Prévoyance Sociale, les Assurances privées, les Mutuelles de santé et tous autres intervenants.
3. Définir le cadre spécifique du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale qui doit faire partie intégrante du Système National d'Information Sanitaire.
4. Élaborer les outils du Suivi et Evaluation afin de mesurer et surveiller l'évolution vers la couverture sanitaire universelle (indicateurs SMART).

La réalisation des points ci-dessus cités, contribue à l'amélioration de la gouvernance qui doit être assurée en respectant les principes de la séparation des fonctions au niveau de la Couverture Sanitaire Universelle, notamment entre acheteur et vendeur.

La mise en place et le respect de normes et de procédures, ainsi que le renforcement des capacités des parties prenantes sont également des éléments essentiels de la bonne gouvernance de même que le système de suivi et de l'évaluation.

VI. RESPONSABILITÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE

6.1. Primature

La Primature aura un rôle de soutien politique et d'appui institutionnel au processus de la Couverture Sanitaire Universelle. Elle aura la charge de :

- ◆ présider le Comité de pilotage jouant ainsi le rôle de coordonnateur et de facilitateur de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- ◆ suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie.

6.2. Ministère de l'Economie et des Finances y compris le Budget

Son rôle sera essentiellement l'appui financier à la CSU dans la Mobilisation des ressources.

Il s'agira de :

- ◆ Collecter les fonds pour le financement de la Couverture Sanitaire universelle. Ces fonds pourraient être des taxes et impôts spécifiques voire des financements innovants ;
- ◆ Contribuer au financement de la prise en charge de l'assurance maladie des indigents ;
- ◆ Déterminer le mécanisme de paiement en collaboration avec le Ministère en charge de la Santé et celui en charge de l'Action Sociale ;
- ◆ Augmenter progressivement de 2% annuellement la part du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre les 15% de la déclaration d'Abuja.

6.3. Ministère Chargé de l'Action Sociale

Ce ministère a un rôle primordial dans la mise en œuvre d'une couverture sanitaire universelle. Il est le principal acheteur des services. Il assurera les missions suivantes :

- ◆ Définir une politique nationale de protection sociale ;
- ◆ Définir l'architecture de l'assurance maladie obligatoire en Guinée, en collaboration avec le ministère de la santé ;
- ◆ Promouvoir les mutuelles de santé ou l'esprit mutualiste ;
- ◆ Mettre en place une structure autonome de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- ◆ Appuyer à la mise en commun des ressources et à l'achat des services (mutualisation et assurances) ;
- ◆ Mettre en place un comité de pilotage et appuyer son fonctionnement ;
- ◆ Faire un Plaidoyer en faveur des couches vulnérables (Femmes enceintes, enfants de 0 à 5 ans, personnes handicapées, personnes âgées, indigents, ...) ;
- ◆ Définir des critères d'indigence et procéder à leur identification ainsi que leur immatriculation ;
- ◆ Mettre en place un fonds de prise en charge des indigents ;
- ◆ Déterminer le mode d'organisation et de gestion du fond ;
- ◆ Déterminer le paquet de prestations à offrir en accord avec le Ministère de la santé ;
- ◆ Acheter les prestations délivrées ;
- ◆ Suivre la mise en œuvre de la CSU.

6.4. Ministère Chargé de la Santé

Il a pour missions de :

- Améliorer l'offre de soins :
 - o Définir un paquet de prestations par niveau de la pyramide sanitaire
 - o Assurer la disponibilité des ressources humaines
 - o Elaborer des normes de rationalisation des prestations
 - o Améliorer progressivement les infrastructures et les équipements ;
- Mettre en place un système d'accréditation ;
- Développer la contractualisation avec les structures publiques et privées ;
- Organiser des campagnes de sensibilisation et de promotion des comportements favorables à la santé et l'utilisation opportune des services pour éviter les soins catastrophiques ;
- Rendre fonctionnel le système de référence et contre référence ;
- Accroître la production des prestations par une amélioration de la productivité des structures de santé, des stratégies mobiles et le développement de la télé médecine ;
- Réguler la tarification et veiller à son respect à tous les niveaux ;
- Promouvoir et animer une plate-forme multisectorielle permettant une prise en charge des déterminants sociaux de la santé et la lutte contre les maladies évitables ;
- Faire l'audit, le contrôle interne et la supervision ;
- Assurer le contrôle de qualité des prestations ;
- Améliorer la gouvernance financière ;
- Mettre en place un système de plaidoyer pour la mobilisation de ressources ;
- Rendre disponible, au niveau de tous les établissements de santé, un paquet de services intégrés, complets, continus, de qualité, et répondant aux besoins sanitaires de la population ;
- Assurer la disponibilité permanente des médicaments, des intrants stratégiques, et leur accessibilité à toutes les couches de la population ;
- Promouvoir le financement basé sur la performance en collaboration en collaboration avec les partenaires techniques et financiers.

6.4.1. MINISTÈRE CHARGÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE

Ces missions sont de :

- Gérer le fichier des adhérents : identification et immatriculation des agents de l'Etat
- Soutenir la mise en œuvre de la CSU.

6.4.2. AUTRES MINISTÈRES TECHNIQUES IMPLIQUÉS

Chacun en ce qui le concerne dans le cadre de la multisectorialité devra accompagner le processus vers la couverture sanitaire universelle.

Les autres ministères (Administration du Territoire et de la Décentralisation, Plan, Défense, Télécommunication, travaux publics Environnement, Commerce, Agriculture, Industrie pêche etc.) appuient et accompagnent le processus chacun selon son domaine de compétence.

Chambres Nationales (Agriculture, Commerce, Mines,...) : sensibiliser les groupements des différentes chambres à la CSU.

Autres fédérations ou regroupements professionnels : sensibiliser les groupements des différentes fédérations à la CSU.

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) : enrôler tous les travailleurs du secteur privé et mixte et étendre la couverture du risque maladie à l'informel; contractualiser avec les structures publiques et privées pour la prise en charge correcte des ayants droits : veiller au respect de la tarification en vigueur et à la qualité des prestations.

Bénéficiaires et Société Civile : Sensibiliser la population et les différents membres pour une meilleure participation à la mise en place effective et le suivi de la CSU et mener des activités de plaidoyer en faveur de la CSU.

Le secteur privé de la santé (lucratif, non lucratif) : accompagner le secteur public pour la couverture sanitaire de la population.

Les assurances privées : assurer des agents du secteur privé, mixte et aussi faire l'assurance complémentaire de ceux qui la sollicitent.

Mouvement mutualiste à travers leurs réseaux (unions, fédérations, alliances etc.) : assurer les négociations partenariales avec les services de santé et faire des plaidoyers pour la qualité des prestations et l'adhésion des populations aux mutuelles.

Les services déconcentrés : accompagner et appuyer les collectivités locales dans leurs activités de sensibilisation et de plaidoyer.

Les collectivités locales : sensibiliser la population pour l'adhésion et la mobilisation des ressources et mener des actions de plaidoyer.

Les partenaires au développement : accompagner le gouvernement à la mise en place de la CSU.

CONCLUSION

La couverture sanitaire universelle est une ambition qui se réalise dans le temps. Elle appelle l'amélioration simultanée de plusieurs composantes inter reliées que sont l'offre de santé, ou la réponse aux besoins de santé des populations, la protection des populations contre les risques financiers liés à la maladie, par le développement de l'assurance maladie, et la limitation des risques qui affectent la santé comme moyen de réduire la charge de morbidité, et les besoins de financement du secteur de la santé. La Guinée comme l'ensemble des pays de la région africaine a décidé d'accélérer la cadence des réformes visant à promouvoir plus d'équité dans l'accès aux soins et à lutter contre l'appauvrissement du fait de la maladie et l'exclusion qu'elle génère.

La lettre de mission du Ministre de la santé atteste de cette volonté politique affichée au plus haut niveau de la République. Elle donne plus de chance de succès dans la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé qui interpelle au-delà du Ministère de la santé, le Ministère de l'Economie et des Finances ainsi que celui de l'Action Sociale mais également tous les ministères intervenant dans le secteur, dont la somme des allocations budgétaires venant des ressources publiques nationales doivent, plus que par le passé, évoluer dans le sens indiqué par les accords d'Abuja auxquels la Guinée a souscrit. La multisectorialité de la couverture sanitaire universelle appelle la participation du privé autant dans l'offre de santé que dans son financement. Dans ce cadre le secteur privé informel constitue un défi majeur dans la mise en œuvre de la directive présidentielle de développement de l'assurance maladie. La stratégie prend en compte ce challenge qui sera relevé à condition que l'offre de santé soit davantage attractive par sa qualité en termes de disponibilité de continuité et d'accessibilité géographique gage d'un accès plus équitable aux services pour des populations qu'il s'agira d'obliger à se protéger contre le risque maladie. Eviter aux acteurs du secteur informel, largement majoritaires dans le pays, le double fardeau que constituent le paiement direct de frais médicaux et la perte de revenus résultant de l'inactivité liée à la maladie, c'est tout le justificatif de l'option d'assurance maladie obligatoire qui est proposée dans la présente stratégie comme moyen d'aller à la couverture sanitaire universelle. Elle s'accompagnera, dans sa mise en œuvre, d'un ciblage rigoureux par les structures et autorités qualifiées des indigents dont la couverture sera assurée.

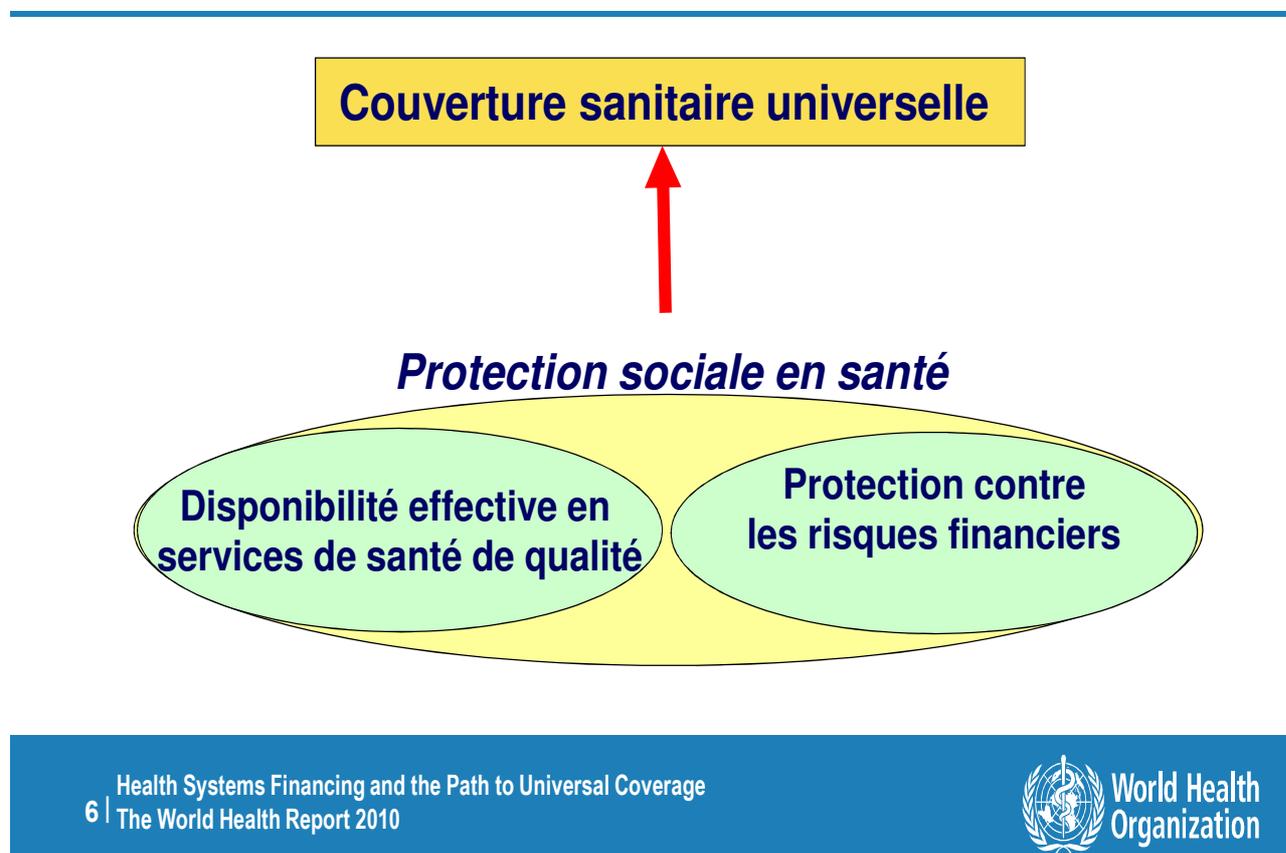
La feuille de route de la stratégie de financement, qui reste encore à développer, donnera un aspect encore plus opérationnel et pragmatique dans la mise en œuvre. Elle nécessite, comme annoncé, la mobilisation de différents acteurs et commande par conséquent une gouvernance intelligente à même de fédérer les différentes aptitudes des acteurs interpellés. Un cadre de suivi et d'évaluation devra aussi être développé de sorte à garantir une évolution coordonnée et synergique des différentes composantes de la CSU. Ces documents devront s'intégrer et renforcer les stratégies élaborées pour les autres composantes du système de santé, regroupées au sein du prochain PNDS.

C'est de la réussite de ce pilotage que dépendra la réalisation de cette grande ambition qui au-delà de la protection de la santé des populations, contribuera au développement économique et social du pays.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

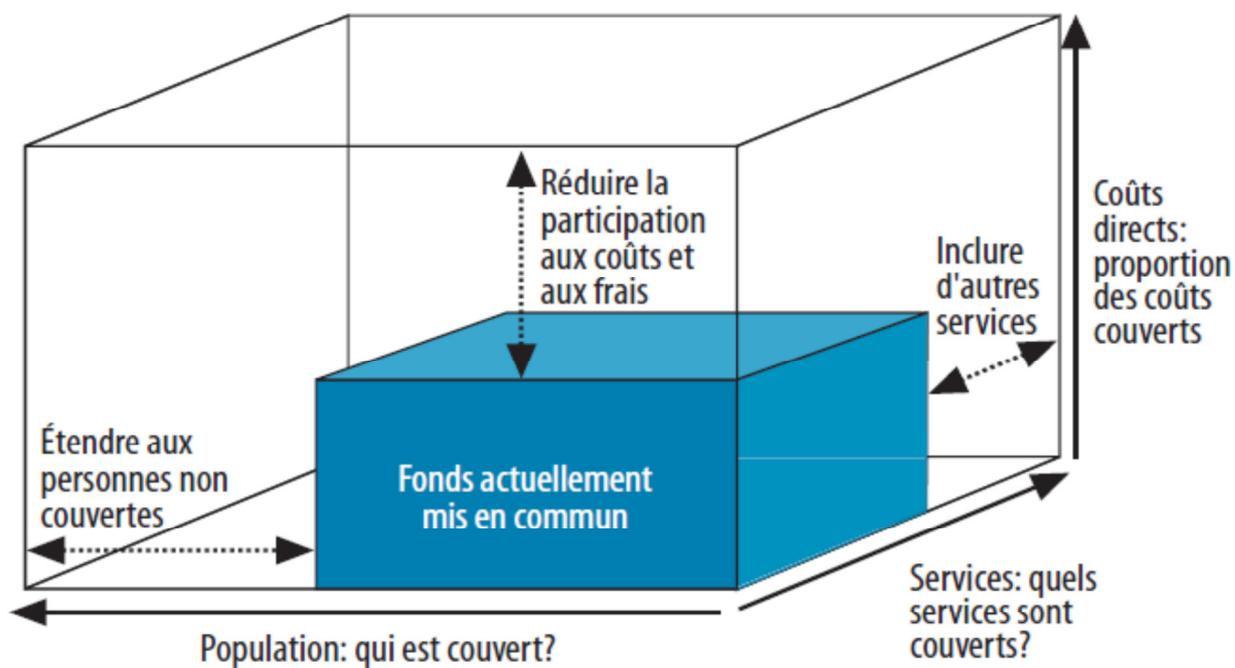
1. **MSHP**, Etat des lieux du financement de la santé et de la couverture sociale en Guinée, 2012 ;
2. **MSHP** / Rapport d'analyse de la situation du secteur et d'évaluation du PNDS 2003-2012,
3. MS, PNDS 2003-2012 ;
4. **OIT** : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé - Document de réflexion n°19 ;
5. **OMS** : Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé, le chemin vers la couverture universelle ;
6. **WHO/ Département of health system financing, expenditure and resource allocation** : Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire, Problématiques conceptuelles clés durant la période de transition – EIP/PER/FOH/PIP 04/2 (F) ;
7. **MASPF**, Situation de Protection Sociale et Proposition d'appui à l'élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale -2009 ;
8. MSHP, Rapport CNS -2010 ;
9. Ministère du Plan, EDS /MCICS -2012.

ANNEXES



Source : OMS, Département Financement des systèmes de santé

Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé, Le chemin vers une couverture universelle

Conférence ministérielle conjointe

Obtention de résultats et optimisation des ressources dans le secteur de la santé

**Un cadre-pays pour renforcer la collaboration et les synergies entre les ministères des
Finances et de la Santé et leurs partenaires**

Tunis, 4-5 juillet 2012

Introduction

Obtention de résultats et optimisation des ressources. De nombreux pays africains continuent à faire des progrès remarquables vers la réalisation des OMD en matière de santé, malgré l'apparition nouveaux enjeux démographiques et de santé, notamment l'émergence de maladies non transmissibles. Une succession de rapports mondiaux et régionaux, tout en reconnaissant les résultats obtenus à ce jour, ont mis l'accent sur les besoins d'investissements complémentaires dans le secteur de la santé en Afrique, tout en invitant également à relancer les efforts pour garantir une meilleure optimisation des ressources et obtenir de meilleurs résultats.

Nécessité d'instaurer une collaboration étroite entre les ministères des Finances et de la Santé. La quatrième réunion annuelle de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique, qui s'est déroulée à Tunis en décembre 2009 et a enregistré la participation de représentants de haut niveau des ministères des Finances et des ministères de la Santé, a identifié un certain nombre d'insuffisances dans la collaboration entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé et a noté l'urgence pour ces différents ministères et leurs partenaires d'unir leurs efforts en vue d'améliorer les résultats de santé dans leurs pays. Les résultats de cette réunion sont présentés en détail à l'Annexe 1.

Les participants à la réunion de Tunis sont convenus d'organiser des réunions de suivi pour renforcer la collaboration entre les ministères des Finances et de la Santé. Il y a lieu de citer, par exemple, les tables-rondes qui ont réuni des représentants des ministères des Finances et de la Santé lors du Sommet des chefs d'État 2010 (Kampala, juillet 2010), des réunions annuelles conjointes de la Conférence des ministres de l'Économie et des Finances de l'UA et la Conférence des ministres africains des Finances, de la Planification et du Développement économique organisée par la CEA (Addis-Abeba, mars 2011) et le 61e Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Yamoussoukro, août 2011).

La nécessité d'une étroite collaboration entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé est devenue encore plus pressante au lendemain de la crise financière mondiale 2008, qui a entraîné la réduction des aides émanant des partenaires au développement. Tous les pays sont confrontés à la nécessité de mobiliser des ressources accrues au niveau national et d'assurer une

utilisation optimale des ressources. En outre, de nouveaux défis apparaissent, notamment les maladies non transmissibles.

Le besoin de mettre en place des mécanismes financiers améliorés a également été souligné au niveau mondial dans la Déclaration politique sur la couverture universelle publiée en 2012 à Mexico avec la participation d'un certain nombre de pays africains, qui a noté la nécessité « d'œuvrer ensemble dans nos propres pays à l'élaboration et à l'utilisation de mécanismes financiers transparents, à la promotion du principe de responsabilité et de l'obligation d'information, et au suivi et à l'évaluation des performances et des résultats du système de santé car ces actions contribuent à la réalisation progressive de la couverture médicale universelle de manière efficiente, durable et sous le contrôle des citoyens ».

Un cadre pour une collaboration et une action renforcées

Une plateforme pour une direction conjointe au niveau des pays. Le *Cadre pour une collaboration et une action renforcées* (le Cadre) proposé vise à offrir une plateforme pour la mobilisation des parties prenantes et pour la prise d'initiatives au niveau des pays sous la direction conjointe des ministres de la Santé et des ministres des Finances. Il vise à renforcer le dialogue, le consensus et la collaboration entre les autorités financières et sanitaires, afin d'assurer de meilleurs résultats de santé au niveau du pays. Le cadre n'entend pas se substituer aux méthodes de planification des investissements existant déjà dans de nombreux pays ou les supplanter. La cadre vise plutôt à combler les lacunes dans les processus en cours identifiés à Kampala, Addis-Abeba et Yamoussoukro et à faire en sorte que les plans à moyen et à long terme puissent être mis en oeuvre conformément aux principes énoncés ci-dessous.

Un cadre et un processus propres au pays. À l'évidence, aucun modèle unique ne pourra s'appliquer à l'ensemble des pays, étant donné que chaque pays a développé son propre système de gouvernement, de gouvernance et d'administration. Les ministères des Finances et de la Santé devront prendre des décisions concernant les processus spécifiques et le degré de décentralisation du processus décisionnel qui correspondent avec le système politique et administratif en place dans leur pays. Les pays dotés de systèmes décentralisés devront adopter des processus différents de ceux des pays dotés d'un système plus unifié. Toutefois, conformément aux principes établis lors de la réunion de 2009 à Tunis et de la Conférence ministérielle conjointe de 2012, un cadre de base articulé autour de thématiques et de sujets fondamentaux sera vraisemblablement utile dans de nombreux pays. Ce cadre de base servirait de base aux discussions annuelles et périodiques menées à différents niveaux entre les deux ministères et les principaux partenaires, comme examiné ci-dessous.

Le cadre de base des discussions entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé porte notamment sur :

Assurer l'optimisation des ressources. Comment les investissements et les dépenses de santé proposés pourront-ils garantir l'utilisation optimale des ressources ? À quel niveau se situent-ils, en termes de rentabilité, par rapport à d'autres investissements possibles ? Quelles sont les

données factuelles qui justifient les investissements ? Comment peut-on obtenir des gains d'efficacité en améliorant la productivité des agents et des établissements de santé ?

Garantir la viabilité financière. Quelles sont les sources de recettes – ressources publiques, fonds privés, fonds des donateurs ou d'institutions philanthropiques – qui peuvent assurer la durabilité des investissements et des dépenses de santé proposés sur le moyen et le long terme ? Quel sera le mode d'affectation des ressources ? Comment les ressources des donateurs seront-elles coordonnées ?

Garantir l'obtention de résultats concrets et l'obligation de rendre compte. Quels sont les résultats escomptés ? Comment seront-ils obtenus ? Quels sont les goulots d'étranglement possibles ? Comment les résultats seront-ils mesurés ? Qui est responsable de leur réalisation ? Des mesures particulières (exemple, en matière d'approvisionnement) s'avèrent-elles nécessaires pour assurer une utilisation efficace des ressources ?

Accroître la couverture, la qualité et l'équité. Qui sont les bénéficiaires ? L'investissement proposé accroît-il le nombre des personnes démunies qui ont accès au service ? Comment le ministère des Finances et le ministère de la Santé peuvent-ils coopérer avec les investisseurs du secteur privé, les chaînes d'approvisionnement et les prestataires de services afin d'accroître la couverture et la qualité des services de base ?

Associer les parties prenantes clés. Qui sont les principales parties prenantes (aussi bien les prestataires que les bénéficiaires) ? Comment mobiliser le secteur non étatique, notamment le secteur privé ? Que peuvent faire les ministères des Finances pour améliorer le climat de l'investissement afin d'attirer les investisseurs privés dans le secteur de la santé ? Que peut-on faire, le cas échéant, pour réduire le coût du capital pour les investisseurs privés ?

Application du cadre aux six piliers du système de santé. Il est proposé que le cadre de base soit d'abord appliqué aux investissements consacrés aux interventions à fort impact s'inscrivant dans le cadre des six piliers du système de santé³ : a) la prestation des services pour assurer des interventions de santé de qualité avec un minimum de gaspillage de ressources ; b) des produits médicaux, des vaccins et des technologies d'une qualité, d'une sécurité, d'une efficacité et d'une rentabilité avérées et leur utilisation scientifiquement fiable et rentable ; c) un personnel de santé performant composé d'agents en nombre suffisant, compétent, accueillant et équitablement réparti ; d) des systèmes de financement de la santé qui mobilisent des fonds suffisants pour la santé, de manière à assurer que les populations ont accès aux services dont elles ont besoin et sont protégés ainsi contre la menace d'une catastrophe financière et d'une paupérisation, tout en offrant des incitations aux prestataires et aux utilisateurs afin d'améliorer leur rendement ; e) des systèmes d'information sanitaire qui assurent la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations pertinentes fiables et transmises en temps opportun, et f) un leadership et une gouvernance qui garantissent la mise en place de cadres stratégiques conjugués à une supervision efficace, ainsi qu'à la constitution de coalitions, à la réglementation, à la conception des systèmes et à une culture de responsabilité.

Une matrice indicative. La matrice figurant au tableau 1 décrit la manière dont le cadre de base pourrait être appliqué à trois interventions des systèmes de santé susceptibles d'avoir un fort impact dans le financement de la santé (assurance-maladie), la prestation de services (prévention de la PTME) et l'information sanitaire (e-Santé). La matrice est présentée uniquement à titre d'exemple. Les interventions à haut impact et les thèmes précis qui seront contenus dans le cadre devront être définis au niveau pays.

À titre d'exemple, une discussion entre le ministère des Finances et le ministère de la Santé et leurs partenaires sur l'introduction ou la généralisation de l'assurance-maladie s'articulerait autour des cinq thématiques du cadre – optimisation des ressources, viabilité financière, résultats et responsabilité, couverture et équité, et mobilisation des principales parties prenantes – tout d'abord pour identifier les groupes cibles, les prestataires de santé et les options de rémunération des prestataires. Les groupes cibles seraient identifiés à partir des critères d'optimisation de l'impact sur les pauvres. Des options seraient envisagées concernant le rapport coût-efficacité et les données factuelles provenant des autres pays. De même, les options de rémunération des prestataires seraient envisagées. Le ministère de la Santé et le ministère des Finances examineraient les coûts et les modalités de prestation des services, notamment le recours aux PPP et les options de financement viables. La coordination avec le secteur financier et le secteur des assurances a été également abordée. Des mécanismes de responsabilisation axés sur la demande et l'offre seraient examinés, notamment le cadre réglementaire et l'adoption d'incitations appropriées pour garantir l'obtention de résultats concrets. Des mécanismes d'acquisition transparents et rentables seraient définis d'un commun accord. Des plans de formation et de déploiement du personnel seraient envisagés, ainsi que l'implication des acteurs non étatiques tout au long du processus.

Processus de consultation

Un processus de consultation piloté par le pays. Le processus de consultation piloté par le pays s'appuiera sur le système de gouvernement, les structures et les institutions du pays. Pour les États unitaires, le processus peut être relativement simple, en impliquant les fonctionnaires et les parties prenantes au niveau de l'administration centrale. Dans les fédérations ou les républiques fédérales, les administrations infranationales peuvent avoir le droit constitutionnel de déterminer les niveaux de soins de santé. Dans ces pays, il faudra définir un processus de consultation prenant en compte les échelons décentralisés de l'autorité financière et administrative.

Il est prévu que les pays tiendront des réunions régulières au niveau des ministères des Finances et de la Santé pour discuter des nouveaux investissements à haut impact, passer en revue les progrès des programmes existants et proposer toute révision nécessaire. Les principaux partenaires et acteurs seraient invités à intervenir au cours de la réunion selon le thème abordé. Le processus en lui-même serait examiné en même temps pour s'assurer qu'il demeure pertinent et efficient. Pour garantir la transparence et la responsabilité, une synthèse de la réunion serait publiée sur les sites web gouvernementaux appropriés. Des réunions plus fréquentes des fonctionnaires à différents échelons des ministères auraient régulièrement lieu pour améliorer les relations de travail et la compréhension, ainsi que pour résoudre les problèmes au jour le jour.

Dans les pays décentralisés où les provinces disposent d'un niveau élevé de pouvoir décisionnel, des réunions appropriées des autorités provinciales pourraient être utiles.

Actions de suivi

Soutenir le processus. Les pays qui expriment leur souhait de participer à ce programme pourront disposer d'un soutien planifié de la part d'un certain nombre de partenaires HHA pour développer les capacités nécessaires aux plans politique, technique et institutionnelle afin de mener à bien le processus d'examen des investissements. Par exemple, un soutien pourrait être apporté en vue d'améliorer la compréhension par les ministères des Finances des problèmes complexes qui influent sur la performance du secteur de la santé. Les ministères de la Santé pourraient recevoir un soutien pour l'élaboration et la présentation de dossiers d'investissement (notamment les retours sur investissement et les projections concernant l'espace budgétaire, la gestion des affectations pluriannuelles des ressources au sein de cadres économiques à moyen terme et la fourniture d'une assistance pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement de l'état civil et les enquêtes de ménages pour générer de meilleures informations pour la prise de décisions).

Il est également prévu que les ministres de la Santé et les ministres des Finances continueront à échanger leurs idées et à s'enrichir mutuellement, en prenant respectivement part aux forums des ministres de la Santé et des ministres des Finances aux niveaux mondial, régional et sous régional.

Annexe 1

Résultats de la quatrième réunion annuelle de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique

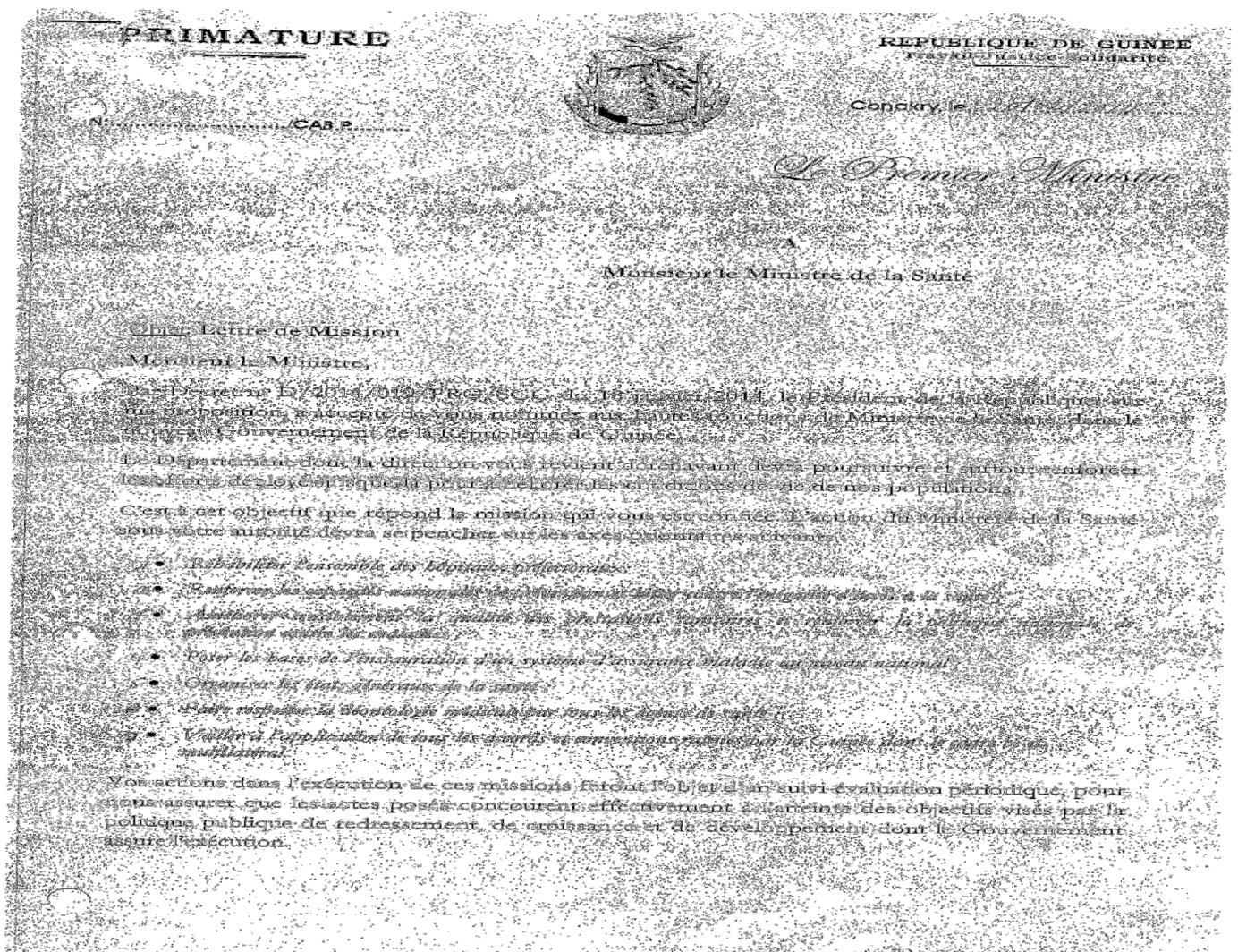
Tunis, décembre, 2009

Les représentants des ministères de la Santé et des Finances présents à la réunion de Tunis ont noté la nécessité de :

- *mettre en place un code de conduite devant régir les relations entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances et les autres partenaires, lequel sera basé sur le respect mutuel, la prise en compte des différents mandats des entités concernées et une articulation claire des rôles et responsabilités à différents niveaux ;*
- *renforcer les structures de coordination, notamment grâce à un processus de consultations régulières et structurées, et différents niveaux de bureaucratie menées tout au long de l'année ;*
- *renforcer les capacités internes au sein du ministère de la Santé pour générer des données et élaborer un dossier d'investissement solide ;*

- *renforcer les capacités internes au sein du ministère des Finances pour une meilleure compréhension des arcanes et des complexités des programmes et des budgets du secteur de la santé ;*
- *développer, au besoin, des plans d'investissement clairs impliquant toutes les parties prenantes à différents niveaux ;*
- *passer à un cycle de planification budgétaire triennal pour accroître la durabilité et la prévisibilité des ressources ;*
- *introduire une ligne budgétaire relative au renforcement des systèmes de santé ;*
- *identifier les possibilités d'entreprendre des actions de plaidoyer communes, notamment auprès du Parlement, d'autres ministères et d'autres échelons de l'État – afin de développer une assise politique solide pour aider à la prise de décisions difficiles et la mise en œuvre de réformes controversées ;*
- *consolider le leadership politique en appui à une collaboration renforcée.*

Annexe IV : Lettre de Mission du Ministre



Annexe v : Liste des participants aux ateliers de réflexion sur la Stratégie de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contact/Email
1	Dr Younoussa BALLO	Ministère Santé	Secrétaire Général	628-12-73-73
2	Dr Mohamed Lamine YANSANE	Ministère de la Santé	Conseiller Politique Sanitaire	622-9313-89
3	Dr Boubacar SALL	MSD/MS	Directeur National Adjoint du BSD	628-25-15-83
4	Mr Aliou Taibata DIALLO	ST/CCSS/MS	Responsable Financement de la Santé	628 94 58 45
5	Dr Mamadi CONDE	ST/CCSS/MS	Médecin Santé Publique	628-19-33-51
6	Mamoudou TOURE	CGFED	Chargé de Programmes	628-38-13-71
7	Dr Gnalèn CAMARA	PCG	Coordinatrice Dépôt	622-93-86-09
8	Mr Alsény SOW	DNMP/MEF	Responsable JMP	622-34-62-95
9	Dr Fodé DONZO	STCCSS/MS	Economiste de la Santé	666-33-19-63
10	Ousmane TOURE	MAS	Divisionnaire	666-86-69-69
11	Dr Jean MARA	CNSS	Médecin Conseil Adjoint	622-00-86-65
12	Mme Fatoumata NABE	MD Budget	Administrateur Civil	628-61-31-26
13	Mr Senkoun KABA	MATD	Administrateur Civil	628-23-23-71
14	Thierno Sadio DIALLO	Ministère Santé	Syndicaliste	622-08-68-90
15	Dr Sékou Ditinn CISSE	ONG Dynam	Président	622-95-51-51
16	Dr Alpha Ahmadou DIALLO	BSD/MS	Chef Section Recherche	622-25-13-17
17	Dr Mamadou Daye DIALLO	ST/CCSS/MS	Médecin Santé Publique	664-03-31-03
18	Mr Makona KOIVOGUI	Ministère Télécom.	Juriste	631-50-41-85
19	Dr Abdourahamane SHERIF	DNHP/MS	Médecin Santé Publique	622-39-64-77
20	Ousmane DIAKITE	ST/CCSS/MS	Gestionnaire Informaticien	622-55-56-72
21	Mr Emmanuel KOUROUMA	Ministère Plan	DNA Ministère Plan	628-4774-89
22	Mr Moussa TRAORE	M. Affaires Sociales	Directeur Protection Sociale	657-59-63-51
23	Dr Karifa MARA	OMS	Chargé Renforcement Système Santé et Financement Santé	622-59-70-23
24	Dr Farba Lamine SALL	OMS	Chargé Financement Santé à l'OMS Dakar	sallf@who.int
25	Mr Benoit MATHIVET	OMS	Chargé Financement Santé à l'OMS Genève	