

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

Travail – Justice – Solidarité



MINISTÈRE DE LA SANTE

**MANUEL DES PROCEDURES
ADMINISTRATIVES, FINANCIERES,
COMPTABLES ET OPERATIONNELLES**

**TOME 8 : PROCEDURES POUR LES
STRUCTURES DECONCENTREES
DANS LE CADRE D'UN PARTENARIAT
EN SANTE**



Cofinancé par l'Union européenne et l'USAID

Elaboré en collaboration
avec HFG et PASA

AOÛT 2018

VERSION DÉFINITIVE

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	4
LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS	7
8.1. GESTION ADMINISTRATIVE	10
8.1.1. GESTION DU COURIER	10
8.1.2. ORGANISATION DES REUNIONS	11
8.1.3. DESIGNATION DES POINTS FOCaux ET INVITATIONS AUX ACTIVITES	12
8.1.4. MISE EN PLACE DE COMITES DE PILOTAGE ET GROUPES TECHNIQUES	13
8.1.5. ACCEPTATIONS DE DONS DE PRODUITS D'EQUIPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE	15
8.1.6. GESTION DES VEHICULES	17
8.2. PLANIFICATION ET SUIVI	19
8.2.1. PLANIFICATION DES ACTIVITES	19
8.2.2. INTEGRATION DES FORMATIONS AU NIVEAU DECONCENTRE	21
8.2.3. INTEGRATION DES SUPERVISIONS AU NIVEAU DECONCENTRE	23
8.2.4. ORGANISATION DES FORMATIONS AU NIVEAU NATIONAL	24
8.2.5. CHOIX DES AGENTS POUR LES FORMATIONS A L'ETRANGER	25
8.2.6. REALISATION DES TRAVAUX DE RECHERCHE AU NIVEAU DECONCENTRE	26
8.2.7. ELABORATION ET DIFFUSION DES RAPPORTS	27
8.3. GESTION OPÉRATIONNELLE	28
8.3.1. CREATION DE NOUVELLES INFRASTRUCTURES PUBLIQUES DE SANTE	28
8.3.2. REALISATION DE TRAVAUX DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS	30
8.3.3. IMPORTATION D'EQUIPEMENTS MEDICAUX POUR LES ETABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS	31
8.3.4. GESTION DES STRUCTURES PRIVEES	33
8.4. GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	42
8.4.1. ELABORATION DU BUDGET ANNUEL DE LA STRUCTURE DECONCENTREE	42
8.4.2. EXECUTION DES DEPENSES PAR DELEGATION DE CREDITS AUX NIVEAUX DECONCENTRES	43
8.4.3. EXECUTION DES DEPENSES EN PROVENANCE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS	45
8.5. PROCEDURES DE SANTE COMMUNAUTAIRE	46
8.6. PROCEDURES DE RECOUVREMENT DES COUTS	51
8.6.1. RECOUVREMENT DES COUTS PROVENANT DES PRESTATIONS DE SERVICES	51
8.6.2. RECOUVREMENT DES COUTS PROVENANT DE LA VENTE DES MEDICAMENTS	53

8.6.3. MOBILISATION DE LA CONTRIBUTION DES COLLECTIVITÉS LOCALES.....	54
<u>ANNEXES.....</u>	<u>56</u>

GLOSSAIRE

N°	Sigles	Définition
1.	Acteur Communautaire	Toute personne qui s'engage à prendre part à la réalisation des activités du développement intégré de sa communauté.
2.	Agent de Santé Communautaire	Selon l'OIT, un agent de santé communautaire est une personne ayant une formation diplomate qui fait de l'éducation sanitaire, de la référence, le suivi, la gestion des cas, les soins de santé préventifs de base et les services de visites à domicile à des communautés spécifiques. En Guinée, un agent de santé communautaire est une personne ayant reçu une formation requise, dans une école accréditée, en soins de santé primaires, et chargée de délivrer un paquet défini de services de promotion, de prévention, de surveillance et de soins curatifs et réadaptatifs
3.	Approche de Santé Communautaire	Ensemble de stratégies utilisées pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations. Ainsi, l'approche communautaire est une stratégies d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues d'elles-mêmes, pour prendre en mains leurs problèmes sociaux et de santé.
4.	Chargé de Santé Communautaire du District	Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans le district.
5.	Chargé de Santé Communautaire au Niveau Régional	Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans la région.
6.	Collectivité Locale	Le code de collectivités de la République de Guinée, en son article 2, stipule que « Les collectivités locales sont les communes urbaines et les Communautés rurales de développement. Elles sont dotées de la personnalité morale ; d'autorité propre et de ressources. Chaque collectivité locale est constituée de l'ensemble des citoyens qui ont leur domicile sur son territoire. Les collectivités locales possèdent un patrimoine, des biens matériels et des ressources financières propres qu'elles gèrent au moyen de programmes et de budgets ; elles sont sujettes de droits et d'obligations. Tous ces éléments sont distincts des biens, ressources, programmes, budgets, droits et obligations de l'Etat. Elles s'administrent librement par des Conseillers élus qui règlent en leur nom, par les décisions issues de leurs délibérations, les affaires de la compétence de la collectivité locale. Elles concourent avec l'Etat à l'administration et à l'aménagement du territoire, au développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique, ainsi qu'à la protection de

N°	Sigles	Définition
		l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie »
7.	Comité de Santé et d'Hygiène (CosaH)	Organe de gestion du centre de santé qui assure la liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires.
8.	Commune Urbaine et Communauté Rurale	Le même code des Collectivités précise, en son article 3, que : « Les Communes urbaines et les Communautés rurales de développement constituent le cadre institutionnel de la participation des citoyens à la vie démocratique locale et garantissent l'expression de la diversité. Les quartiers et les districts sont des sections des Communes urbaines (CU) et des Communautés Rurales de Développement (CRD) »
9.	Décentralisation	le code de collectivités de la République de Guinée, en son article premier, définit la décentralisation territoriale comme « un système d'administration consistant à permettre à des groupements humains géographiquement localisés sur une portion déterminée du territoire national auxquels il est conféré la personnalité juridique et de pouvoir s'administrer, sous le contrôle de l'Etat, par des autorités élues »
10.	Engagement Communautaire	Processus dans lequel s'instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la planification, l'exécution et l'exploitation des activités sanitaires en vue de tirer partie de l'accroissement de l'auto-responsabilité et d'assurer le contrôle social. Il exprime l'idée d'intervention des communautés locales dans une activité de développement.
11.	Médecine Traditionnelle	Dans le contexte de la Guinée, la médecine traditionnelle est définie comme un ensemble de savoirs, connaissances, pratiques, techniques et l'utilisation de préparations ou de substances basées sur des fondements socioculturels, religieux et/ou empiriques des communautés. La médecine traditionnelle s'appuie sur des expériences vécues et des observations transmises de génération à génération pour prévenir, diagnostiquer ou soigner un déséquilibre physique, mental ou social.
12.	Participation Communautaire	Processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l'identification des besoins et la définition des priorités jusqu'au suivi et à l'évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l'amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté.

N°	Sigles	Définition
13.	Praticien de Médecine Traditionnelle	Une personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale ou minérale.
14.	Relai Communautaire	Personne formée, chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités de surveillance, de prévention et des soins primaires selon le paquet de services défini.
15.	Santé Communautaire	Approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé promotionnelles, de surveillance, de prévention et des soins curatifs et réadaptatifs destinés aux communautés et organisés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les prestations sanitaires près des communautés, dans leur milieu de vie et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé. Sa couverture s'étend du centre de santé jusqu'aux activités de santé dans la communauté (famille, ménage, individu)

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

N°	Abréviation	Définition
1.	ASC	Agent de Santé Communautaire
2.	ATS	Agent Technique de Santé
3.	CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
4.	CMC	Centre Médical Communal
5	COSAH	Comité de Santé et d'Hygiène
6	CRD	Communauté Rural de Développement
7	CS	Centre de Santé
8.	CTC	Comité Technique de Coordination
9.	CTRS	Comité Technique Régional de Santé
10.	CU	Commune Urbaine
11.	DHIS	Système d'Information Sanitaire de District
12.	EDS	Enquête Démographique et de Santé
13.	ELEP	Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté
14.	FDL	Fonds de Développement Local
15	HP	Hôpital Préfectoral
16	HR	Hôpital Régional
17	IDH	Indice de Développement Humain
18	IEC/CCC	Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
19	ODD	Objectif pour le Développement Durable
20	OIT	Organisation Internationale du Travail
21	OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
22	ONG	Organisation Non Gouvernementale
22	PDL	Programme de Développement Local
24	PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
25	PF	Planification Familiale
26	PNDES	Plan National de Développement Economique et Social
27	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
28	PNS	Politique Nationale de Santé
29	PS	Poste de Santé
30	RHS	Ressources Humaines en Santé
31	SBC	Service à Base Communautaire
32	SNIS	Système National d'Information Sanitaire

PRÉAMBULE

Le système de santé guinéen a de nombreux défis pour la résolution desquels le gouvernement, à travers le Ministère de la sante a élaboré une politique nationale de santé.

Afin de mener à bien cette mission, La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé a été définie en conséquence. Le décret D/2016/137/PRG/SGG établit un nouveau cadre définissant les attributions et l'organisation du Ministère, et ceci, dans le respect des dispositions de la loi 2001 /029/ AN adoptant et promulguant la loi portant principes fondamentaux de création, d'organisation et de contrôle des structures des services publics.

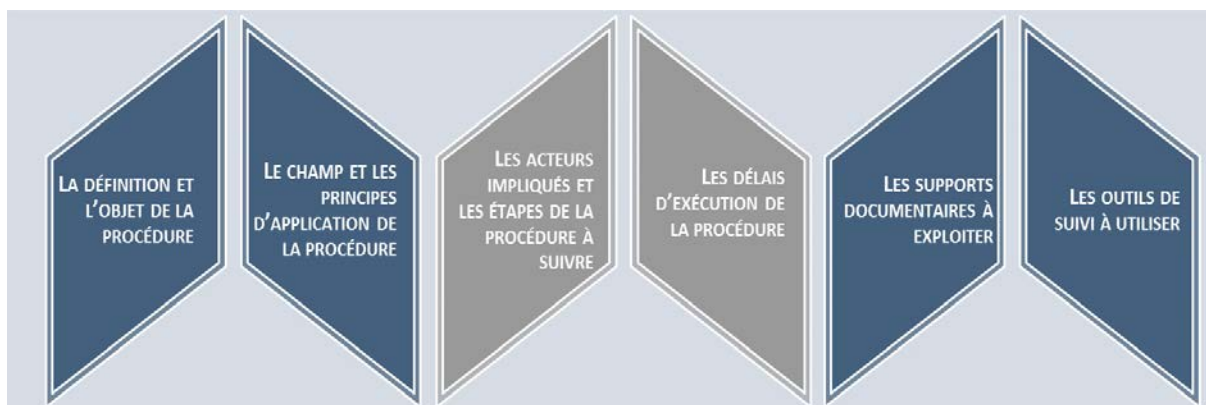
Les structures mise en place fonctionnent à travers des instances internes et de dialogue avec les partenaires externes du secteur. Les instances s'intéressent aux résultats découlant de l'application des procédures en vigueur, celles-ci étant une condition nécessaire à toute bonne organisation. C'est dans cette optique que le Ministère de la santé a élaboré un manuel de procédure détaillé touchant tous les niveaux intervenant dans une opération donnée.

Mais considérant que tous les acteurs n'ont pas forcément le même niveau d'implication dans les différentes opérations et prenant en compte les demandes des responsables des structures d'encadrement il a été produit une procédure pour les structures déconcentrées dans le cadre du partenariat de santé qui est destiné aux membres du cabinet du Ministre, aux Directeurs des services centraux, aux Directeurs Régionaux et préfectoraux de la santé, et aux Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le domaine de la santé.

La présente procédure vise à :

- Accélérer le traitement des dossiers au niveau des structures de l'Administration sanitaire ;
- Améliorer la qualité du travail des cadres du Ministère à leurs postes de travail en matière de conception, d'analyse, de traitement des dossiers et de supervision ;
- Améliorer les performances de l'administration sanitaire dans le cadre d'un partage en commun des méthodes de travail avec les parties prenantes, notamment les communautés et les partenaires techniques et financiers.

L'architecture est la suivante :



L'analyse des relations fonctionnelles entre le Ministère de la santé et ses partenaires, notamment financiers et techniques, les ONG et les collectivités à la base, met en relief un certain nombre de points où les échanges sont plus fréquents et importants. Ces points concernent : la circulation de l'information, la planification et la mise en œuvre des activités et la gestion des ressources financières. A cet effet, sont présentées ici :

- **Les procédures d'administration générale**
- **Les procédures opérationnelles**
- **La gestion financière et comptable**

8.1. GESTION ADMINISTRATIVE

8.1.1. GESTION DU COURIER

OBJET DE LA PROCEDURE			
La procédure concerne le mode de circulation des documents entre les partenaires et les différentes structures du ministère de la santé en vue du traitement approprié des dossiers			
PRINCIPES D'APPLICATION			
- Tout courrier adressé à la DRS ou au DPS doit être déposé au secrétariat de la structure. - Tout dossier traité doit faire l'objet d'une copie qui est soigneusement classée pour des besoins de suivi ou de vérification.			
ETAPES DE LA PROCEDURE			
La procédure établie en matière de circulation du Courier comprend :			
- L'enregistrement au niveau du secrétariat ; - Le traitement par le service compétent ; - La signature par le personnel compétent au niveau de la DRS ou de la DPS - Le classement d'une copie par le secrétariat.			
Délai :			
Les délais de traitement des dossiers sont fixés comme suit :			
1. Accusés de réception et autres lettres administratives		2 jours	
2. Analyse des rapports techniques de mission		7 jours	
3. Pour les autres types de documents :		les délais dépendent de la nature des documents, des parties en face, des partenaires concernés	
SUPPORTS DOCUMENTAIRES			
Cahiers courrier "départ" et "arrivée"			
Cahier de courrier interne			
Registre de transmission de documents			
SUIVI			
Le suivi de la gestion du Courier est assuré par le responsable de la gestion des données à partir de la fiche de traitement qui fixe les délais d'analyse et de réponse.			
Date	Nature du dossier	Service	Date

8.1.2. ORGANISATION DES REUNIONS

OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure concerne l'organisation des réunions au niveau de toutes les instances du Ministère de la santé et aux différents niveaux du système de santé. Elle a pour objet de bien préparer les réunions en vue d'aboutir à des résultats efficaces.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Les réunions doivent se tenir conformément aux périodicités définies ;
- Les participants à chaque type de réunion doivent être préalablement identifiés ;
- Chaque réunion doit être bien préparée et faire l'objet d'un procès-verbal avec un système de suivi des recommandations.
- Pour chaque réunion, un PV doit obligatoirement être établi et il doit mentionner au minimum la liste de tous les présents, l'objet de la réunion, les principales décisions prises
- Le modèle de PV de réunion doit être le même pour les réunions de même nature
- Les participants à la réunion doivent être informés suffisamment à l'avance pour qu'ils puissent y prendre part

ETAPES DE LA PROCEDURE

La procédure comprend :

- L'établissement de l'ordre du jour par l'équipe, ou la personne en charge de convoquer la réunion
- L'invitation à la réunion et l'envoi des documents de la réunion par le chef de cabinet selon le planning prédéfini
- Niveau de l'organisation ;
- La détermination de l'agenda par l'équipe ;
- La conduite de la réunion par le président ;
- La rédaction du procès –verbal par le rapporteur,
- La diffusion du contenu du procès – verbal aux dates requises par les instances

Délai

Les délais fixés pour les invitations aux réunions sont les suivants :

4. Réunions techniques de direction	3 jours à l'avance
5. Comités techniques déconcentrés	15 jours à l'avance

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

- Compte rendu de réunions
- Les PV des réunions
- Le tableau de suivi des recommandations

SUIVI DES REUNIONS

A la fin de chaque mois, le responsable de la gestion des données classe les procès – verbaux des réunions tenues et dresse un tableau de suivi des recommandations et des responsables.

N°	Recommandations	Responsable	Date	N°

8.1.3. DESIGNATION DES POINTS FOCaux ET INVITATIONS AUX ACTIVITES

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure concerne le mode de désignation des cadres devant servir de relais entre les institutions et l'Administration locale d'une part et l'invitation de personnes au compte du Département pour des activités précises, d'autre part.

Elle a pour objet de connaître le mode de désignation et invitation des cadres au niveau de la DRS ou de la DPS, pour rationaliser leur temps de travail.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Les points focaux sont désignés par la DRS ou la DPS lorsque cela s'avère nécessaire et en tenant compte de sa structure organique.
- Les invitations ciblées de personnes ne sont pas admises sauf pour des raisons justifiées de suivi touchant des programmes de longue durée

ETAPES DE LA PROCEDURE

Pour la désignation des points focaux, la DRS ou la DPS s'assure que la demande de désignation fait l'objet d'un acte signé par le Ministre, le Secrétaire Général ou le Chef de Cabinet.

Pour les invitations des cadres de réunions du niveau central, extérieurs aux activités des PTF,

La procédure passe par les étapes ci-dessous :

- Le partenaire adresse une lettre à la DRS ou à la DPS au moins 15 jours à l'avance ;
- Le DRS ou le DPS choisit sur la base des critères définis dans la lettre et l'envoie à la DRH ;
- La DRH rédige le projet de lettre de désignation sous la signature du Ministre après avis du Secrétaire Général.

Délai :

Les délais fixés pour la désignation des cadres sont les suivants :

6. Désignation d'un point focal	15 jours à l'avance
7. Désignation d'un cadre pour invitation	10 jours à l'avance

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Lettre d'invitation

8.1.4. MISE EN PLACE DE COMITES DE PILOTAGE ET GROUPES TECHNIQUES

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE
La procédure a pour objet de connaître les conditions qui doivent être réunies pour la création de comités de pilotage en vue de l'amélioration des interventions dans le secteur de la santé.
PRINCIPES D'APPLICATION
- Le comité Technique Régional est l'organe suprême de pilotage de tous les projets au niveau Régional. Il en est de même pour le comité Technique Préfectoral au niveau du district sanitaire. - Le comité de pilotage est considéré comme une instance chargée ayant des attributions d'approbation et de suivi des projets et programmes au niveau régional. - Dans chaque région ou préfecture il est créé un seul comité technique de pilotage de tous les Projets Santé.
ETAPES DE LA PROCEDURE
Pour la tenue des instances et des comités techniques de pilotage au niveau régional et préfectoral. • Le Responsable de la planification analyse les périodes de mise en œuvre des différents projets de la région ou de la préfecture et détermine les dates prévisionnelles de chacun d'eux. • Le Responsable de la planification procède à un rapprochement des dates prévisionnelles et établit un calendrier en veillant à ne pas dépasser 4 sessions annuelles pour l'ensemble des projets de la région ou de la préfecture. • L'équipe cadre de la Région ou de la préfecture valide le calendrier et le diffuse aux partenaires Techniques et financiers.
ATTRIBUTIONS DU COMITE DE PILOTAGE
Le Comité de pilotage des projets de Santé a pour attributions : • D'approuver les documents d'orientation et d'élaboration des plans d'Actions Opérationnels(PAO) des projets au niveau régional, des rapports trimestriels et annuels élaborés par la coordination du projet avant leur soumission au partenaire financier et les rapports d'audit, de revue à mi – parcours et évaluation finale des projets avant leur soumission aux partenaires financiers ; • De suivre : l'état d'avancement global de l'exécution des activités des projets, la mise en œuvre des recommandations des missions de supervision conjointe du projet, l'exécution des contrats de prestations de services des spécialistes de projets par la validation de leurs résultats globaux à la fin de chaque année budgétaire. Le Comité de pilotage est composé comme suit : • Président : Directeur Régional de la Santé ou le DPS ; • Rapporteurs : le Responsable de la Planification • Membres : L'Equipe cadre de la DPS, ou le DPS, les représentants des départements connexes, des Institutions de coopération et des ONG de mise en œuvre.

Le Comité Technique Régional ou préfectoral de pilotage de projets de santé doit se réunir au moins deux fois dans l'année ou autant de fois que de besoin.

ATTRIBUTIONS DES AUTRES INSTANCES

Le Comité technique (CT) :

Il est composé des services techniques, des représentants des partenaires Techniques et financiers, et ONG contractualisées (ONG, bureau de consultants). Le CT se réunit deux fois par an.

Les groupes thématiques (GT) :

Ce sont des sous – groupes du comité technique appuyés par un consultant et qui travaillent sur des points particuliers définis par le projet.

Les groupes thématiques se réunissent 4 fois par an ou selon le besoin.

Délai :

A définir

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Décision de mise place du comité de pilotage et des groupes techniques

SUIVI DE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES

A la fin de chaque mois, le chef de cabinet dresse, à l'attention du conseil de cabinet, un tableau de tenue des instances prévues :

Domaine	Date prévue	Tenue	Observations
Comité de pilotage			
Groupe technique			

8.1.5. ACCEPTATIONS DE DONS DE PRODUITS D'EQUIPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE
La procédure a pour objet d'informer les autorités locales sur les dispositions à prendre pour l'acceptation et la réception des dons provenant de plusieurs sources, notamment : • Les partenaires de la coopération bi et multilatérale ; • Les partenaires Techniques Institutionnels ; • Les Organisations Non Gouvernementales Internationales ; • Les Organisations Non Gouvernementales Nationales ; • Les Associations des Ressortissants à l'étranger ; • Les Personnes physiques de bonne volonté.
PRINCIPES D'APPLICATION
• Les produits et équipements importés doivent être en harmonie avec la liste nationale conformément à la politique pharmaceutique et de maintenance des équipements biomédicaux. • Les importations et dons ne doivent pas être de nature à induire des charges pour l'Etat et les structures bénéficiaires. • Les opérations d'enlèvement des articles au port de Conakry sont à faire à temps pour éviter l'occupation prolongée et non rentable des espaces de consignation. Au niveau du Ministère de la Santé, la personne focale, responsable est le comptable matière.
CONDITIONS D'ACCEPTATION
L'acceptation de tout don de produits pharmaceutiques ou d'équipements tient compte des critères suivants : • La Conformité par rapport à la liste nationale des équipements ou des produits pharmaceutiques, • La date de péremption de deux ans au moins pour les produits pharmaceutiques, • La certification des fonctionnalités des équipements biomédicaux • La disponibilité d'un manuel d'installation et de maintenance des équipements offerts, • La facilité d'avoir des pièces de rechange sur le marché local.
ETAPES DE LA PROCEDURE
La procédure d'importation des dons comprend deux phases : avant et après l'embarquement. • La délivrance d'une autorisation d'importation signée par le cabinet du Ministère. La communication au comptable matière du ministère de la santé d'un dossier comprenant : 1. Le certificat de donation, 2. Le numéro du connaissance, 3. La liste de colisages ; 4. Le certificat de conformité ou de contrôle de qualité, 5. Une copie de l'autorisation d'importation signée par le cabinet du Ministère,

6. Une lettre de demande d'exonération.
7. La remise du don à la structure soit par le Ministère, soit par le donateur.

DELAI :
A définir

SUIVI DE LA PROCEDURE

Il doit être tenu au niveau du comptable matière de la DRS ou de la DPS un tableau des informations sur les importations comme suit :

Date	Nature de biens	Quantité	Etat	Valeur	Observations

8.1.6. GESTION DES VEHICULES

OBJET DE LA PROCEDURE
La procédure vise à informer les agents de la santé et les usagers du service public sur les modalités d'utilisation des moyens logistiques du Ministère. Elle concerne : • Les véhicules de transport personnel et individuel, • Les véhicules d'approvisionnements ; • Les ambulances médicales ; • Les véhicules de transport de corps (corbillards).
PRINCIPES D'APPLICATION
• Les véhicules mis à la disposition des structures sanitaires doivent servir essentiellement aux missions pour lesquelles ils ont été assignés. • Les moyens logistiques de l'administration sanitaire ne sont pas des véhicules privés et doivent être gérés en conséquence selon les règles de fonctionnement de l'administration.
ETAPES DE LA PROCEDURE
- Le véhicule mis à la disposition d'une DRS ou d'une DPS est conduit par un chauffeur recruté par l'Administration et pour lequel toutes les informations sont détenues au niveau du responsable des Ressources Humaines de la DRS /DPS. - Le chauffeur remplit quotidiennement le carnet de bord à chaque déplacement. - Pour les déplacements entrant dans le cadre du service, les frais de carburant sont à la charge du Service à travers le budget disponible de l'Etat ou des PTF
CONDITIONS D'UTILISATION DES VEHICULES
- Les véhicules de transport du personnel servent aux déplacements du personnel pour se rendre au service ou pour effectuer des missions en dehors du lieu habituel de service. - Les véhicules d'approvisionnements servent au transport des médicaments et autres fournitures entrant dans le cadre du service. - Les ambulances servent uniquement au transport des malades. Elles ne doivent en aucun cas être utilisées comme véhicules de commandement, de transports d'articles ou de corps. - Les corbillards sont destinés au transport des corps au sein de l'agglomération ou d'une préfecture à une autre. - Tout déplacement d'un véhicule de service d'une préfecture à une autre est subordonné à l'établissement d'une déclaration d'un ordre de mission établi par le Ministère pour le niveau central et par l'autorité administrative pour les structures déconcentrées
MODALITES DE GESTION
- L'utilisation des véhicules induit des charges comprenant : les frais de mission du chauffeur, le Carburant et les frais d'entretien du véhicule. Pour les véhicules de services et d'approvisionnement, - o Les frais de mission du chauffeur et du carburant sont à la charge de l'administration ou de l'institution qui organise une rencontre en dehors de la zone résidentielle. - o Les frais d'entretien préventif et curatif sont supportés par la structure chargée de

la gestion du véhicule

Pour les véhicules de transport des malades et des corps :

- o Les frais de missions sont à la charge du demandeur et sont fixés au taux de perdiem en vigueur.
- o Les frais de carburant sont à la charge du demandeur et varient en fonction de la distance à parcourir par le véhicule en aller – retour.
- o Les frais d’entretien préventif et curatif sont supportés par la structure chargée de la gestion du véhicule

DELAI :

Sans délais

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Carnet de bord

SUIVI DE LA PROCEDURE

A la fin de chaque trimestre, le SAF donne des informations sur l’utilisation des moyens logistiques comme suit :

Numéro de véhicule	Service	Motif de déplacement	Distance	Observations

8.2. PLANIFICATION ET SUIVI

8.2.1. PLANIFICATION DES ACTIVITÉS

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure a pour objet de déterminer les différentes étapes à suivre un plan intégré des activités basé sur les priorités nationales.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est le cadre de référence pour la détermination des activités prioritaires au niveau déconcentré.
- Le Plan annuel de la DRS/DPS doit prendre en compte les activités de tous les niveaux sur la base d'un arbitrage.
- Il n'existe pas de plans séparés des projets et partenaires techniques et financiers. Ceux-ci sont intégrés dans les plans des structures centrales ou déconcentrées de leurs niveaux d'intervention.
- Les plans sont élaborés sous un format harmonisé pour tous les acteurs ; conformément aux orientations du BSD.

ETAPES DE LA PROCEDURE

1. La DRS/DPS utilise comme cadre de référence, le document envoyé par le bureau de Stratégie et de développement du Ministère ;
2. La DRS/DPS en concertation avec les PTF, les projets et les structures privées lucratives et ONG déterminent les résultats à atteindre ainsi que les activités relevant de leurs compétences.
3. Les plans d'action des DPS sont envoyés aux directeurs Régionaux de la Santé.
4. Les directeurs Régionaux de la Santé procèdent à leur consolidation et les envoient au Bureau de Stratégie et de Développement.

Délai :

8. Revue annuelle de l'activité des DPS et élaboration des PAO de l'année suivante	<i>Novembre</i>
9. Consolidation des plans d'action au niveau de la DRS	<i>Novembre</i>
10. Validation du plan d'action opérationnel global du Ministère	<i>Décembre</i>
11. Diffusion aux parties prenantes pour financement et mise en œuvre	<i>Janvier de l'année suivante</i>

SUPPORTS DE TRAVAIL

Pour l'élaboration des PAO, les supports requis sont :

1. Le rapport d'exécution physique
2. Le rapport d'exécution financière
3. Le cadre d'atteinte du niveau des indicateurs ;
4. Le projet de plan d'action pour l'année suivante.

SUIVI DES RAPPORTS

A la date du 30 Novembre, le Bureau Stratégie et de Développement fait le point sur le niveau de réalisation des PAO, conformément au tableau suivant :

Noms des structures	Rapport	PAO	Observations
DRS			
DPS			
Total			

8.2.2. INTEGRATION DES FORMATIONS AU NIVEAU DECONCENTRE

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure a pour objet de déterminer les différentes étapes à suivre pour arriver à un plan intégré des formations à organiser au niveau national.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Les formations à réaliser doivent aider à atteindre les objectifs du PNDS dans un souci d'efficacité et d'efficience.
- Les formations de toutes les sources (Etat, Partenaires Techniques et Financiers, Projets et programmes) doivent être intégrées, en vue de réduire les déplacements intempestifs des agents de leurs postes de travail.
- Le contenu des formations doit être harmonisé pour éviter la diversité des concepts et des pratiques.
- Un plan de formation global est à définir au début de chaque année
- L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de ce plan est de la responsabilité de la DRH en concertation avec les structures concernées

ETAPES DE LA PROCEDURE

- La DRS extrait à partir du PAO consolidé de la Région, toutes les activités de formation par axe du plan National de Développement Sanitaire et transmet le document au responsable de la formation ;
- Le Responsable de la formation classe les formations par cibles et structures responsables et propose un plan d'agrégation des formations.
- Le DRS/DPS organise une réunion de concertation avec toutes les structures centrales concernées et PTF en vue de la validation du plan.
- La DRS/DPS se charge de l'expédition du plan validé au niveau central et aux PTF intervenant dans la zone.
- Les responsables des activités élaborent des termes de référence qui vont servir de cadre d'arbitrage pour le DRS.

DELAIS ET PERIODES DE PLANIFICATION :

L'élaboration des plans de formation intégrée suit la programmation du PAO global.

Revue annuelle de l'activité des DPS et élaboration des PAO de l'année suivante	Novembre
Consolidation des plans de formation des DPS	Novembre
Validation du plan intégré de formation au niveau régional	Décembre
Diffusion aux parties prenantes pour l'élaboration des TDR	Janvier de l'année N+1

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

SUIVI DES RAPPORTS

A la fin du 30 Novembre le responsable de la formation au niveau régional fait le point sur le niveau de réalisation des plans de formation, conformément au tableau suivant :

Niveau	Formations prévues	Formations réalisées	Observations
Direction Régionale			

Directions préfectorales			
Total			

8.2.3. INTEGRATION DES SUPERVISIONS AU NIVEAU DECONCENTRE

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure a pour objet de déterminer les différentes étapes à suivre pour arriver à un plan intégré des supervisions à organiser par le niveau central.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Les supervisions à réaliser au niveau déconcentré doivent aider au suivi de l'atteinte des objectifs du PNDS dans un souci d'efficacité et d'efficience.
- Les supervisions de toutes les sources (Etat, Partenaires Techniques et Financiers, projets et programmes) doivent être intégrées, en vue de réduire les orientations et les recommandations diverses.
- Le contenu des supervisions doit être harmonisé pour éviter la diversité des concepts et des pratiques.

ETAPES DE LA PROCEDURE

- Le Médecin Chargé de la Maladie(MCM) extrait à partir du PAO considéré du Ministère de la Santé, toutes les activités de supervision par axes du plan National de Développement Sanitaire.
- Le MCM classe les supervisions par structures et propose un plan d'agrégation.
- Les DRS organisent une réunion de concertation avec toutes les structures centrales concernées et les PTF en vue de la validation du plan.
- Les DRS se chargent de la diffusion du plan validé et demandent à chaque service concerné, en collaboration avec l'assistance technique d'élaborer les termes de référence de chaque activité de supervision.
- L'équipe cadre de la DRS valide les TDR et les transmet à toutes les parties prenantes avec un calendrier de mise en œuvre.

Délai :

Pour permettre la mise en œuvre des plans de supervision intégrée en début d'année, il est établi le calendrier suivant :

Revue annuelle de l'activité des DPS et élaboration des PAO de l'année suivante	<i>Novembre</i>
Consolidation des plans de supervision des différents niveaux	<i>Novembre</i>
Validation du plan intégré de supervision au niveau national	<i>Décembre</i>
Diffusion aux parties prenantes pour l'élaboration des TDR	<i>Janvier de l'année N+1</i>

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Suivi des rapports

A la date du 30 Novembre, le MCM fait le point sur le niveau de réalisation des plans de supervision, conformément au tableau suivant :

Niveau	Formations prévues	Formations réalisées	Observations
Direction Régionale			
Directions préfectorales			
Total			

8.2.4. ORGANISATION DES FORMATIONS AU NIVEAU NATIONAL

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure concerne les formations sous de séminaires et d'ateliers nationaux ne dépassant pas 30 jours.

La procédure établie a pour objet de favoriser la bonne programmation, organisation et intégration des activités de manière à réduire au maximum les déplacements des agents de leurs postes de travail.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Les cibles des formations réalisées doivent être informées au moins un mois à l'avance pour éviter les improvisations qui sont de nature à désorganiser les services.
- Toute sélection d'agents doit se faire en collaboration avec les responsables des structures opérationnelles concernées pour éviter tout favoritisme.

ETAPES DE LA PROCEDURE

La procédure comprend : la préparation et la validation.

La préparation de la formation comporte :

- La rédaction des termes de référence par les organisateurs ;
- L'envoi des termes de référence aux responsables des cibles concernées (Directeurs Régionaux de la Santé, Directeurs préfectoraux de la Santé et Directeurs des Hôpitaux) ;
- Le choix des participants par les Directeurs des structures concernées.

La validation de la formation concerne la signature de la lettre d'autorisation de la formation par le DRS.

Délai :

Il est fixé les délais suivants :

Information des structures concernées	15 jours avant la formation
Choix du ou des bénéficiaires par la structure	7 jours au maximum
Analyse et validation par le DRS	01 jour au maximum

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

SUIVI DE LA PROCEDURE

A la fin de chaque mois, la section formation du Ministère de la Santé établit un état des formations par structure comme suit :

Structure	Noms et Prénoms	Type de formation	Lieu	Durée

8.2.5. CHOIX DES AGENTS POUR LES FORMATIONS A L'ÉTRANGER

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

Le processus de sélection concerne :

- Les formations de courte durée qui vont de d'un mois à un an ;
- Les formations de longue durée qui vont au-delà d'un an.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Les cibles de formations à réaliser doivent être informées au moins un mois à l'avance pour éviter les improvisations qui sont de nature à désorganiser les services.
- Toute sélection d'agents doit se faire en collaboration avec les responsables des structures opérationnelles concernées pour éviter tout favoritisme.
- Toute sélection doit faire l'objet d'un acte signé par le responsable de l'agent avec transmission au Ministère de la Santé.
- Des dispositions doivent être prises pour que l'intérim des personnes partant en formation puisse être convenablement assuré
- Des dispositions doivent être prises pour s'assurer que les personnes partant en formation à l'étranger reviendront, et ceci, dans les délais impartis

ETAPES DE LA PROCEDURE

La procédure comprend :

- L'information du DRS ou du DPS du choix d'un cadre ;
- La transmission du dossier par la DRS/DPS au service technique concerné pour information et actions ;
- La rédaction d'une lettre de désignation par le responsable de la structure qui est envoyée au cabinet, avec la fiche d'évaluation.

Le choix de l'agent concerné par le responsable de la structure sur la base des critères suivants :

1	Avoir 45 ans au plus	40
2	Avoir une bonne aptitude physique et mentale	20
3	ETRE assidu et ponctuel au travail	20
4	Avoir un comportement discipliné dans le travail	20
5	Total	100

Délai :

Choix du ou des bénéficiaires par le responsable de la structure	7 jours
Transmission au niveau central	3 jours

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

SUIVI DE LA PROCEDURE

A la fin de chaque mois, le Responsable de la formation établit un état selon le modèle ci-dessous.

Structure	Noms et Prénoms	Type de formation	Lieu	Durée

8.2.6. REALISATION DES TRAVAUX DE RECHERCHE AU NIVEAU DECONCENTRE

1. DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure a pour objet d'informer les DRS/DPS sur les mesures à observer pour l'acceptation de recherches dans leurs zones administratives.

PRINCIPES D'APPLICATION

- Tout projet de recherche à réaliser au niveau déconcentré doit être soutenu par un accord formel du Ministère de la Santé.
- La Direction Régionale ou la Direction Préfectorale de la zone du projet de recherche suit la réalisation des travaux d'études.

ETAPES DE LA PROCEDURE

Les principales étapes sont :

- Le secrétaire général adresse une lettre d'autorisation en y joignant une copie des documents qui sont :
 - Le protocole de recherche ;
 - L'avis du Comité national d'ethnique en Santé.

La DRS/DPS désigne une personne de la structure qui participe et suit les activités de recherche.

Délai :

Non applicable

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Tout document du programme ou projet de recherche à réaliser sur le terrain doit comporter au minimum :

- Les protocoles de recherche et le cadre de mise en œuvre ;
- Le tableau de programmation des activités de recherche

SUIVI DE LA PROCEDURE

Le Responsable de la Recherche au niveau local établit un tableau pour suivre le respect des délais de réalisation des différentes phases de validation du dossier.

Étapes	Niveau de réalisation	Lieu	Observations

8.2.7. ELABORATION ET DIFFUSION DES RAPPORTS

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

Les rapports sont considérés comme des documents de synthèse qui donnent des informations sur les activités essentielles et le niveau des indicateurs qui sont en relation avec une structure de mise en œuvre. La procédure concerne :

- Le rapport d'activité ;
- Le rapport de supervision ;
- Le rapport de mission.

PRINCIPES D'APPLICATION

Toute activité officielle du département doit obligatoirement faire l'objet d'un rapport. Le rapport n'est pas un simple compte rendu, il analyse la situation et permet de faire des recommandations susceptibles d'améliorer le fonctionnement du système de Santé. Les rapports doivent être élaborés et utilisés en temps opportun pour avoir une influence positive sur le système.

ETAPES DE LA PROCEDURE

Les étapes sont les suivantes :

Pour les rapports d'activités :

- La collecte et la centralisation des données par les services opérationnels de la DRS et des DPS,
- L'analyse collective du rapport organisée par le chef de la structure,
- L'élaboration du rapport consolidé de la DRS et des DPS ;
- La transmission du rapport validé au Bureau de Stratégie et de Développement.

Pour le rapport de supervision :

- La rédaction du rapport de supervision conformément aux termes de référence (objectif, Déroulement, Constats et Recommandations avec les niveaux de responsabilité).
- La restitution au niveau du service ;
- L'expédition du rapport au chef de cabinet pour sa présentation en réunion de cabinet.

Pour les missions extérieures :

- La rédaction du rapport de mission indiquant ; les objectifs ; le déroulement, les constats, les leçons apprises.
- La formulation de recommandations applicables au contexte national

Délais et périodes des rapports

Les délais limites de production des rapports sont fixés comme suit ;

Rapport annuel	Au plus tard, le 30 janvier de l'année suivante
Rapport de supervision	Au plus tard, 15 jours après la fin de la mission
Rapport de mission	Au plus tard 15 jours après la fin de la mission

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

8.3. GESTION OPÉRATIONNELLE

8.3.1. CREATION DE NOUVELLES INFRASTRUCTURES PUBLIQUES DE SANTE

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure concerne la construction de nouveaux établissements de soins publics (poste de santé ; centre de santé, centre médical communal et hôpital) dans le pays, quelle que soit la source de financement ou le promoteur du projet.

Elle a pour objet de :

- Guider les communautés et autres promoteurs dans leurs démarches administratives ;
- Donner des informations aux autorités sanitaires locales dans leurs démarches ou prises de décision.

PRINCIPES D'APPLICATION

- La construction de toute nouvelle structure doit se faire conformément aux normes définies par le Ministère de la Santé (flux des malades, surfaces, matériaux, localisation).
- La construction de toute nouvelle infrastructure doit tenir compte de la capacité des bénéficiaires ou de l'Etat à assurer son fonctionnement et sa maintenance sur le long terme.

ETAPES DE LA PROCEDURE

Interviennent dans la procédure :

- Le promoteur du projet (communauté, ONG, Personne privée, Etat)
- Le Directeur Préfectoral ou communal de la Santé ;
- Le Ministère de la Santé.

Les Principales étapes sont les suivantes :

- La constitution du dossier technique ;
- L'analyse technique ;
- L'autorisation locale ou centrale.

La constitution du dossier technique comprend la fourniture des plans et divers éléments quantitatifs et matériaux à utiliser.

L'analyse par le Directeur Préfectoral ou communal de la santé consistera à vérifier que l'infrastructure répond aux critères de localisation et que la disponibilité de personnel est bonne.

L'analyse technique faite par le Service national des Infrastructures, Equipements et Maintenance (SNIEM) consiste à vérifier que l'analyse du DRS a respecté les indices de la carte sanitaire et ensuite le dossier est transmis au Ministre pour la signature en passant par le Secrétaire Général.

Délais de traitement du dossier :

Analyse technique par la DIEM	07 jours
Transmission et analyse par le cabinet	03 jours
Durée totale	10 jours

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Sont exigés avant l'autorisation du ministre des documents suivants :

- La demande du promoteur ;
- Le dossier technique ;

- L'avis technique de la direction préfectorale ou communale de la Santé ;
- L'avis technique du SNIEM.

SUIVI DE LA PROCEDURE

A la fin de chaque mois, le SNIEM établit un rapport qui donne les informations sur le nombre de nouvelles infrastructures comme suit :

Préfecture	S/Préfecture	Type de structure	Nombre	Promoteur

8.3.2. REALISATION DE TRAVAUX DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

Les travaux d'infrastructures dans les établissements de soins publics concernent les activités de réhabilitation financées soit par le Budget national de Développement, soit par les sources de financement extérieur.

La procédure a pour objet de :

- Donner des informations essentielles aux coordinateurs des projets, des programmes et aux partenaires sur les modalités de réalisation des travaux dans les structures publiques ;
- Informer les services techniques du SNIEM sur les travaux et projets en cours ;
- Permettre au cabinet de signer ou suivre les contrats conformes à la procédure.

PRINCIPES D'APPLICATION

- La réalisation de tout travail dans le secteur public de la santé doit faire l'objet d'un dossier technique.
- Toute réalisation de travaux dans la structure publique doit requérir l'avis technique préalable du SNIEM.
- Les services bénéficiaires des travaux doivent être associés au projet, avant et pendant leur exécution.

Le Ministère de la Santé se réserve le droit d'arrêter tout projet de travaux dont il n'est pas informé.

ETAPES DE LA PROCEDURE

Les principales étapes sont les suivantes :

- La constitution du dossier technique (plans, devis) par le promoteur ;
- L'analyse technique par le SNIEM
- L'autorisation par le Ministre en cas de conformité technique.

DELAI DE TRAITEMENT DU DOSSIER :

Analyse technique par la DIEM	07 jours
Transmission et analyse par le cabinet	03 jours
Durée totale	10 jours

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Sont exigés avant l'autorisation du Ministère les documents suivants :

- La lettre d'information du Ministère ;
- Le dossier technique élaboré par le bureau d'études
- L'avis technique du SNIEM.

SUIVI DE LA PROCEDURE

A la fin de chaque mois le SNIEM établit un rapport qui donne les informations suivantes :

Lieu	Nature des travaux	Montant	Source de financement	Début des travaux	Fin des travaux	Niveau d'avancement

8.3.3. IMPORTATION D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure concerne essentiellement les équipements complexes et lourds dont l'état de fonctionnement peut influencer sur la qualité des prestations et la sécurité des malades. Dans ce groupe figurent ;

- Les équipements de laboratoire ;
- Les équipements d'imagerie médicale ;
- Les équipements de réanimation ;
- Les équipements de stérilisation ;
- Les équipements de néonatalogie ;
- Les équipements de bloc opératoire ;
- Les équipements de physiothérapie ;
- Les équipements de radiothérapie.

La procédure traite exclusivement la phase qui précède la passation de marché.

PRINCIPES D'APPLICATION

Le document de politique nationale de maintenance constitue le cadre de référence qui stipule que :

- Toute acquisition d'équipement biomédical dans le secteur public doit être faite en tenant compte des normes définies par le Ministère de la Santé.
- L'acquisition d'équipements non fonctionnels ou dangereux est proscrite par la réglementation et donne lieu à une opposition d'installation et de mise en exploitation.
- L'acquisition d'équipements doit tenir compte de la disponibilité de pièces de rechange sur le marché local et international pour ne pas entraîner leur immobilisation précoce.
- Toute importation d'équipement requiert l'avis technique préalable de la SNIEM.

ETAPES DE LA PROCEDURE

Les principales étapes sont :

- L'identification des besoins par le promoteur en accord avec les bénéficiaires ;
- L'analyse technique basée sur l'adéquation des spécifications techniques par le SNIEM,
- L'autorisation par le Ministre, en cas de conformité avec les normes nationales.

Délai :

Analyse technique par la DIEM	03 jours
Circuit administratif et autorisation	02 jours
Durée totale	05 jours

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Pour importer et installer des équipements dans les structures publiques sont exigés :

- La demande d'autorisation de commande ;
- La liste des équipements à commander ;
- Le cahier des spécifications techniques ;

- L'avis technique du SNIEM ;
- La lettre administrative du Ministre qui tient lieu de visa.

Suivi des importations

A la fin de chaque réception et à la fin de chaque semestre, le chef de la Section Equipement du SNIEM établit un rapport qui donne les informations suivantes

Désignation	Quantité	Date d'installation	Etat	Observations

8.3.4. GESTION DES STRUCTURES PRIVEES

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure a pour objet de mettre à la disposition des responsables des structures déconcentrées les informations leur permettant d'orienter les demandeurs de création de structures privées.

PRINCIPES D'APPLICATION

- La gestion des structures privées au niveau des structures déconcentrées se fait dans le cadre des textes règlementaires en vigueur encadrant la création de structures sanitaires.
- Nul ne peut exercer la profession de Médecin s'il n'est :
 1. Titulaire soit du diplôme d'Etat Guinéen de Docteur en Médecine, soit d'un diplôme étranger reconnu équivalent en application des dispositions en vigueur en matière d'enseignement supérieur.
 2. De Nationalité Guinéenne ou ressortissant d'un Etat ayant passé avec la Guinée une convention impliquant le droit d'établissement en Guinée des Médecins nationaux dudit Etat
 3. Inscrit pendant l'année en cours au tableau de la ou des sections de l'ordre des médecins correspondants au mode d'exercice de la médecine qu'il pratique. Cette dernière condition ne s'applique pas aux médecins étrangers servant au titre de l'assistance

A propos de l'exercice de la médecine privée par le public , lorsque le conseil national de l'ordre aura constaté, par une délibération motivée, l'insuffisance du nombre de médecins privés dans une localité et pour une spécialité donnée, à travers une dérogation, l'autorité administrative pourra autoriser à titre temporaire un médecin appartenant aux services publics ou à l'assistance technique d'exercer la médecine à titre privé en dehors des heures de service et des locaux administratifs.

Ces dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables à l'activité privée exercée que pour les membres du personnel enseignant et hospitaliser titulaire des CHU de Conakry dans le cadre de leur statut.

ELEMENTS DE LA PROCEDURE

La création d'une structure privée par une personne physique ou morale est assujettie à la production de documents : administratif, médical technique, comme suit :

CAS D'UNE PERSONNE PHYSIQUE

DOCUMENT ADMINISTRATIF

N°	Paramètres
1	Demande adressée au Ministre de la Santé
2	Quatre photos d'identité
3	Curriculum vitae
4	Certificat de nationalité
5	Casier judiciaire datant de moins de 3 mois
6	Certificat de résidence
7	Arrêté de mise en disponibilité (pour les fonctionnaires)

8	Copie certifiée conforme du ou des diplômes
9	Avis motivé de la Direction de la santé (DPS ou DCS)
11	Certificat d'inscription à l'ordre professionnel correspondant
12	Certificat d'aptitude physique et mentale

II. DOSSIER DE PROJET MEDICAL

N°	Paramètres
1	Descriptif détaillé du paquet d'activités à offrir
2	Descriptif des services à créer et nombre de lits par spécialité
3	Tableau des effectifs par catégorie professionnelle
4	Organigramme de la structure
5	Horaires de fonctionnement de la structure
6	Descriptif des supports de données et outils de gestion
7	Descriptif du système de contrôle de qualité
8	Descriptif du système de référence et contre référence
9	Descriptif du système de traitement des déchets biomédicaux
10	Projet et tarification des actes

II. DOSSIER TECHNIQUE

N°	Paramètres
1	Titre de propriété ou promesse de bail pour au moins 10 ans
2	Plan de masse du site d'installation de la structure visé par le cadastre
3	Plan détaillé des infrastructures
4	Descriptif des équipements à installer
5	Estimation financière du projet

NB : L'agrément ne donne pas droit à l'exploitation de la structure. Celle-ci doit faire l'objet d'une procédure de visite de conformité suivie de la délivrance d'un arrêté d'exploitation.

DOSSIER POUR LA CREATION D'UN ETABLISSEMENT DE SOINS A BUT LUCRATIF PAR UNE PERSONNE MORALE

Dossier administratif contenant

1. Demande adressée au Ministre de la Santé
2. Formulaire de demande rempli
3. Statuts de la Société
4. Liste des membres de la Société
5. Procès-verbal de L'Assemblée Constituante
6. Composition du Conseil d'Administration
7. Dossier du médecin Responsable (qui doit être Guinéen)
8. Acte de propriété ou de location d'un local
9. Plan de masse du site retenu, visé par le cadastre
10. Deux enveloppes timbrées avec adresse postal et téléphonique
11. Avis motivé des responsables de la région ou de la préfecture

Dossier des membres du CA

1. CV de chaque membre du CA
2. Extrait de casier judiciaire de chaque membre du CA
3. Copie de la carte d'identité ou du passeport de chaque membre du CA
4. Quatre photos d'identité de chaque membre du CA

Dossier du Médecin Responsable

1. Copie du ou des diplômes
2. Extrait d'acte de naissance
3. Extrait de casier judiciaire
4. Attestation d'exercice dans le privé depuis 5 ans au moins
5. Copie de la carte nationale d'identité
6. Certificat de nationalité
7. Curriculum vitae
8. Quatre photos d'identité
9. Copie du contrat de travail ou de la lettre d'engagement
10. Attestation d'inscription à l'ordre

Dossier relatif au projet Médical

1. Descriptif détaillé du paquet d'activités à offrir
2. Descriptif des services à créer et nombre de lits par spécialité
3. Tableau des effectifs par catégorie professionnelle
4. Organigramme de la structure
5. Horaires de fonctionnement de la structure
6. Descriptif des supports de données et outils de gestion
7. Descriptif du système de contrôle de qualité
8. Descriptif du système de référence et contre référence
9. Descriptif du système de traitement des déchets biomédicaux
10. Projet et tarification des actes

DOSSIER POUR LA CREATION D'UN BUREAU D'ETUDES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Dossier administratif contenant :

1. Demande adressée au Ministre de la Santé
2. Formulaire de demande rempli
3. Liste des membres du bureau
4. Procès-verbal de l'Assemblée Constituante du bureau
5. Composition du bureau Exécutif de la Société
6. Dossier du médecin Responsable (qui doit être Guinéen) ;
7. Acte de propriété ou de location d'un local
8. Plan de masse du site retenu, visé par le cadastre
9. Deux enveloppes timbrées avec adresse postal et téléphonique
10. Avis motivé des responsables de la région ou de la préférence.

Dossier des membres du bureau

1. CV de chaque membre du bureau
2. Extrait de casier judiciaire de chaque membre du bureau
3. Copie de la carte d'identité ou du passeport de chaque membre du bureau
4. Quatre photos d'identité de chaque membre du bureau

Dossier du Médecin Responsable

1. Copie du ou des diplômes
2. Extrait d'acte de naissance
3. Extrait de casier judiciaire
4. Attestation d'exercice dans le privé depuis 5ans au moins
5. Copie de la carte nationale d'identité
6. Certificat de nationalité
7. Curriculum vitae
8. Quatre photos d'identité
9. Copie du contrat de travail ou de la lettre d'engagement
10. Attestation d'inscription à l'ordre

Dossier relatif à l'organisation du bureau

1. Descriptif détaillé du paquet d'activités à offrir
2. Organigramme de la structure.

DOSSIER POUR LA CREATION D'UN ETABLISSEMENT DE SOINS PAR UNE ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) OU UNE STRUCTURE CONFESSIONNELLE

Dossier administratif contenant :

1. Agrément délivré par le Ministère de l'Administration du Territoire ou du Département compétent en la matière.
2. Projet de protocole d'accord avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
3. Rapport du Directeur Préfectoral ou Communal de la Santé sur la situation sanitaire du site d'implantation de la structure
4. Présentation des indices de besoins de la localité par le Directeur Préfectoral ou Communal de la santé
5. Avis motivé de la Direction Communale ou Préfectorale de la Santé.

Dossier d'organisation médicale

1. Descriptif détaillé du paquet d'activité à offrir
2. Descriptif des services à créer et nombre de lits par spécialité
3. Tableau des effectifs par catégorie professionnelle
4. Organigramme de la structure
5. Horaires de fonctionnement de la structure
6. Descriptif des supports de données et outils de gestion
7. Descriptif du système de contrôle de qualité
8. Descriptif du système de référence et contre référence
9. Descriptif du système de traitement des déchets biomédicaux
10. Projet de tarification des actes.

Dossier technique

1. Titre de propriété ou permis de bail
2. Plan de masse du site d'installation de la structure visé par le cadastre
3. Plan détaillé des infrastructures
4. Descriptif des équipements à installer
5. Estimation financière du projet

ELEMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER POUR UNE INTERVENTION ETRANGERE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE EN GUINEE

DOSSIER DE BASE	
1	Description du projet d'intervention comprenant : • Les objectifs de la mission • La nature des activités à réaliser ; • Les domaines d'intervention ; • Les populations cibles concernées ; • Les conditions de travail requises pour la réussite de la mission ; • La nature des équipements qui seront utilisés ; • La liste des produits pharmaceutiques à utiliser ; • La détermination du mode de prise en charge après la mission (stocks pour le suivi post-opératoire) ; • Système de tarification ; • Le format des informations à collecter.
ETAPES DE LA PROCÉDURE	
	• Envoie d'une mission exploratoire ; • Choix d'une structure publique ; • Aménagements à faire ; • Organisation à mettre en place en complémentarité avec les activités habituelles du centre ; - o Horaires de fonctionnement de la structure ; - o Descriptif des supports de données et outils de gestion ; - o Descriptif du système de contrôle de qualité ; - o Descriptif du système de traitement des déchets biomédicaux
SUPPORTS DOCUMENTAIRES	
1.	Procès-verbal de réunion
2	Lettre d'autorisation du Ministre de la Santé.

CONDITIONS À REMPLIR PAR UNE ONG POUR AVOIR L'AVIS TECHNIQUE DE LA DIRECTION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE D'ACCORD

Toute ONG ou organisation similaire ayant une personnalité morale et souhaitant intervenir dans le domaine des soins doit déposer le dossier complet contenant les éléments ci-dessous :

Dossier administratif contenant

1. Statuts de l'ONG ou de la structure
2. Agrément délivré par le Ministère chargé de l'Administration du territoire ou du Département compétent en la matière

Dossier d'organisation médicale

1. Descriptif détaillé du paquet d'activités à offrir
2. Descriptif des services à créer et nombre de lits par spécialité
3. Tableau des effectifs par catégorie professionnelle
4. Organigramme de la structure
5. Horaires de fonctionnement de la structure
6. Descriptif des supports de données et outils de gestion
7. Descriptif du système de contrôle de qualité
8. Descriptif du système de référence et contre référence
9. Descriptif du système de traitement des déchets biomédicaux
10. Projet de tarification des actes.

Dossier technique

1. Titre de propriété ou permis de bail
2. Plan de masse du site d'installation de la structure visé par le cadastre
3. Plan détaillé des infrastructures
4. Descriptif des équipements à installer
5. Estimation financière du projet.

ELEMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER POUR L'AGREMENT D'UNE STRUCTURE DE VENTE DE MATERIEL MEDICAL

Définition :

Une structure de vente de matériels médicaux ne requiert pas de compétences médicales spécifiques mais par contre son utilisation ne peut se faire que dans une structure agréée.

Dossier administratif contenant :

1. Demande adressée au Ministre de la Santé
2. Quatre photos d'identité du fondateur de la structure
3. Curriculum vitae du fondateur
4. Certificat de nationalité du fondateur
5. Casier judiciaire datant de moins de 3 mois
6. Certificat de résidence
7. Copie certifiée conforme du ou des diplômes

Dossier de projet

1. Description détaillée du paquet d'activités à réaliser
2. Type d'équipements à importer
3. Liste du personnel
4. Organigramme de la structure
5. Evaluation de la valeur des équipements à vendre

Dossier technique

1. Titre de propriété ou papier de bail
2. Plan de masse du site d'installation de la structure visé par le cadastre
3. Plan détaillé des infrastructures
4. Estimation financière du projet

NB : L'agrément ne donne pas droit à l'exploitation de la structure. Celle-ci doit faire l'objet d'une procédure de visite de conformité suivie de la délivrance d'un arrêté d'exploitation. L'importation des équipements médicaux doit faire l'objet d'un visa de la DNEHHH pour s'assurer de leur qualité (homologation).

ELEMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER POUR LA CREATION ET LA GESTION D'UNE POMPE FUNEBRE

Dossier administratif du fondateur :

1. Demande adressée au Ministre de la Santé
2. Quatre photos d'identité du fondateur de la structure
3. Curriculum vitae du fondateur
4. Certificat de nationalité du fondateur
5. Casier judiciaire datant de moins de 3 mois
6. Certificat de résidence
7. Copie certifiée conforme du ou des diplômes.

Dossier du projet

1. Description détaillée du paquet d'activités à réaliser
2. Type d'équipements à implanter
3. Liste et qualification du personnel à utiliser

Dossier technique

1. Titre de propriété ou contrat de bail
2. Plan de masse du site d'installation de la structure visé par le cadastre
3. Plan détaillé des infrastructures
4. Estimation financière du projet

Composante du plan architectural

Locaux

1. Local pour chambres froides
2. Salle de toilette mortuaire des hommes
3. Salle de toilette mortuaire des femmes
4. Salle de formalisation
5. Bureau d'administration
6. Espace d'accueil public
7. Salle de débarras

Equipment minimum

8. Minimum de 10 chambres froides
9. Minimum de 2 véhicules frigorifiques

8.4. GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE

8.4.1. ELABORATION DU BUDGET ANNUEL DE LA STRUCTURE DECONCENTREE

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE	
La procédure a pour objet de : • Situer la part de chaque acteur dans le processus d'élaboration du budget au niveau déconcentré ; • Informer les parties prenantes sur le niveau d'exécution du budget ;	
PRINCIPES D'APPLICATION	
• Le budget a une partie technique et une partie financière. • L'élaboration du budget est faite par une équipe pluridisciplinaire. • La partie technique est élaborée par le service financier et administratif. • Le tableau de financement de la DRS/DPS doit prendre en compte les ressources au niveau de l'Etat et des PTF	
ETAPES DE LA PROCEDURE	
La procédure passe par les principes étapes suivantes : • L'estimation des besoins de la DRS/DPS en fonction des plans d'action annuelle • L'élaboration du budget primitif selon la nomenclature par service administratif et financier ; • L'envoi du budget à la division des Affaires Financières du Ministère de la Santé pour la consolidation.	
Délai :	
Début de la campagne budgétaire au MS	1 mois à partir d'avril Préparation du budget
Envoi du projet de budget à la DAF	1 mois à partir du cadrage
SUPPORTS DOCUMENTAIRES	
• Programmes prioritaires retenus ; • Les Ressources Disponibles du FINEX • Les budgets par programme ; • Les tableaux budgétaires ; • Les tableaux annexes avec les prix unitaires • Tableau de la nomenclature budgétaire.	

8.4.2. EXECUTION DES DEPENSES PAR DELEGATION DE CREDITS AUX NIVEAUX DECONCENTRES

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La Procédure consiste à virer des ressources financières du budget du Ministère de la Santé aux Structures déconcentrées, en vue de l'exécution de certaines dépenses de fonctionnement et d'exploitation.

PRINCIPES D'APPLICATION

Toute dépense par délégation de crédit doit obéir aux règles édictées dans le règlement sur la comptabilité publique.

Tout paiement à une structure sanitaire doit être fait par virement dans un compte bancaire connu avec notification au Ministère pour une question de responsabilité nationale.

La DPS ou la DRS est entièrement responsable devant le Ministère de la Santé de l'exécution.

ETAPES DE LA PROCEDURE

La procédure comprend :

Pour les dépenses de fonctionnement du titre III :

- La répartition des crédits entre les structures déconcentrées ;
- L'établissement de l'engagement par le Ministre de la Santé,
- La transmission de l'engagement par le Ministre de la Santé ;
- Le virement au compte de trésor préfectoral
- Le retrait et l'exécution des dépenses selon la nomenclature par le DRS ou DPS,
- La justification des dépenses et envoi à la DAF.

Pour les dépenses d'investissements du titre V

1. L'identification des besoins de travaux par la préfecture selon le seuil établi ;
2. La centralisation des besoins en travaux au niveau national en fonction de l'enveloppe ;
3. La répartition de l'enveloppe nationale par la commission d'arbitrage du Ministère ;
4. L'information des autorités préfectorales sur les travaux retenus ;
5. L'envoi des dossiers techniques par la DIEM.
6. La validation du dossier technique par la DIEM ;
7. La sélection de l'entreprise par la commission Préfectorale comprenant le DPS ;
8. Le virement des fonds au compte du trésorier préfectoral pour le paiement selon le contrat
9. L'exécution du marché par l'entreprise locale,
10. L'envoi du rapport final d'exécution du marché au Ministère de la Santé ;
11. L'envoi d'une mission ministérielle de l'exécution du marché.

Délai :

Envoi de la liste des infrastructures	15 jours
Identification des sites et validation des dossiers	10 jours
Engagement et la mise à disposition des fonds	30 jours
Délai total pour démarrage des travaux	55 jours

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

La conduite de la procédure exige comme supports :

- La liste des infrastructures sanitaires à envoyer ou à construire,
- Le dossier qualitatif ou quantitatif des travaux ;
- Le rapport d'évaluation et d'adjudication du marché ;
- Le projet de contrat d'exécution du marché.

SUIVI DE LA PROCEDURE

A la fin de chaque mois, le BSD, en collaboration avec la SNIEM remplit un tableau de bord total des infrastructures qui donne les informations suivantes :

Préfecture	Infrastructure	Montant	Début	Fin	Niveau

8.4.3. EXECUTION DES DEPENSES EN PROVENANCE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE

La procédure consiste à virer des ressources financières du financement extérieur aux structures déconcentrées en vue de l'exécution de certaines dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Elle a pour objet d'informer les parties prenantes sur la démarche à suivre dans un cadre de transparence d'utilisation des fonds à disposition.

La procédure concerne les fonds pour la réalisation d'activités portant sur :

- Les missions de supervision, de formation, les voyages d'études ;
- Les enquêtes ; les recherches ; les campagnes de sensibilisations ;
- L'acquisition de fournitures et leur transport ;

PRINCIPES D'APPLICATION

Tout paiement à une structure sanitaire soit être fait par virement dans un compte bancaire connu avec notification au Ministère pour une question de responsabilité nationale.

Les services bénéficiaires sont responsables de l'utilisation des fonds devant le Ministère de la Santé.

Le Ministère de la Santé ne peut être tenu pour responsable de tout manquement dans la gestion du FINEX s'il n'est pas préalablement informé.

ETAPES DE LA PROCEDURE

Le Partenaire Technique et Financier :

- Transmet au Ministère de la Santé une copie de la convention signée au niveau local ;
- Vire le montant programmé au compte de la structure contractante concernée,
- Informe le cabinet du Ministère du fonds viré à des fins de suivi ;
- Détermine les modalités d'exécution et de justification de l'activité dans un délai de 45 jours.
- Informe le Ministère du service fait ou non au bout des 45 jours.

Délai :

Examen technique et financier du dossier	7 jours
Signature après avis de conformité	3 jours
Démarrage de l'activité après la requête	10 jours

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

Pour enclencher la procédure, il est exigé les supports suivants :

- La convention ou le contrat signé avec le Ministère de la Santé ;
- Le plan d'action opérationnel des structures concernées
- Le tableau de programme des activités de la structure opérationnelle ou du projet.
- Les termes de référence de l'activité avec le budget détaillé par rubrique,
- La liste des participants ou des bénéficiaires.

SUIVI DE LA PROCEDURE

8.5. PROCEDURES DE SANTE COMMUNAUTAIRE

PRESENTATION DE LA FONCTION

La politique nationale de santé communautaire s'appuie sur plusieurs Déclarations et Initiatives internationales et régionales :

- (i) Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) ;
- (ii) Bamako sur la relance des SSP (1987) ;
- (iii) Objectifs du Millénaire pour le Développement (**OMD**) en 2000 ;
- (iv) Addis-Abeba sur le renforcement de la participation communautaire (2006),
- (v) Ouagadougou sur le renforcement des SSP et des systèmes de santé en Afrique (2008),
- (vi) Rio sur les déterminants sociaux en santé, la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région Africaine, avril 2011, (
- (vii) stratégie globale des soins centrés sur les personnes et les services intégrés et
- (viii) Objectifs de Développement Durable (**ODD**) en 2015.

Au plan national, il prend en compte le Code des Collectivités (2006), la Politique Nationale de Santé (**PNS**) 2015 et le Plan National de Développement Sanitaire (**PNDS**) 2015-2024.

OBJET DE LA PROCEDURE

- Contribuer à l'amélioration du bien-être des populations guinéennes au sein des collectivités locales ;
- Améliorer l'état santé des populations au sein des collectivités locales et spécifiquement :
 - Renforcer la gouvernance des institutions locales de santé ;
 - Améliorer la performance du système de santé communautaire ;
 - Contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables en particulier les jeunes et les femmes.

Vision

Conformément à la politique nationale de santé, la vision est une collectivité locale où les citoyens sont en bonne santé, économiquement et socialement productifs, bénéficiant d'un accès universel à des services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité avec leur participation dans le cadre du développement local.

PRINCIPES D'APPLICATION

La mise en œuvre de cette politique de santé communautaire repose sur des principes et valeurs universels.

Les principes qui sous-tendent la vision de la politique nationale de santé communautaire en Guinée sont :

- (i) le leadership / Gouvernance locale,
- (ii) la responsabilisation communautaire,
- (iii) la multi sectorialité,
- (iv) l'équité,

- (v) la qualité des soins et services,
- (vi) la pluridisciplinarité
- (vii) et la redevabilité.

Orientations stratégiques

Les grandes orientations stratégiques au niveau communautaire sont :

- Le renforcement de la gouvernance des institutions locales de santé

Ce renforcement des institutions du système santé communautaire se fera à travers :

- Le renforcement du leadership, du partenariat et de la gouvernance locale en matière de santé ;
- La promotion d'un système de financement sécurisé et pérenne de la santé communautaire pour minimiser les risques financiers ;
- Le renforcement des capacités des acteurs communautaires en planification, mise en œuvre et suivi évaluation des services de santé communautaire.

- L'amélioration de la performance du système de santé communautaire.

Le renforcement de la fondation du système de santé communautaire.

- Le renforcement des services de santé communautaire en vue d'accroître la disponibilité et l'accessibilité aux prestations de santé de qualité ;
- Le renforcement des dispositifs de promotion de la santé, de protection sociale contre les risques des maladies au sein des communautés ;
- Le développement des mécanismes de mobilisation et de fidélisation des prestataires communautaires ;
- Le renforcement de l'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé, outils de gestion et technologies médicales ;
- Le renforcement du système d'information sanitaire et de recherche – action au niveau communautaire.

- La contribution à l'autonomisation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes

La transformation du système de santé communautaire se fera à travers :

- Le soutien à l'autonomisation des femmes et des jeunes à travers des activités génératrices de revenus ;
- La promotion de la participation citoyenne aux activités de santé dans le cadre du développement communautaire ;
- Le renforcement des capacités en dialogue social en santé au niveau communautaire.

CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la politique se fera à travers l'élaboration et l'exécution des instruments suivants : (i) le plan stratégique de santé communautaire du MS, (ii) les plans de développement des districts de santé, (iii) les plans de développement locaux des collectivités et (iv) les plans d'action opérationnels des structures sanitaires de base.

Elle intéressera tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau National

La Direction National de la Santé Communautaire et de la médecine traditionnelle est le maître d'œuvre de cette politique ; elle s'appuiera sur les divisions et les programmes de santé existants. Elle est chargée d'élaborer les normes et procédures, d'assurer la planification stratégique et la coordination, d'orienter la recherche et l'élaboration des différents messages, la production et l'harmonisation des supports IEC/CCC et de garantir le suivi et l'évaluation.

Des outils relatifs à la mise en œuvre de la Politique seront également élaborés : outils de gestion, manuels de formation, etc. Un document de référence sur les agents communautaires sera développé, spécifiant le profil des agents communautaires, leur mode de recrutement, le plan de carrière, etc.

Au niveau Régional et District

Les activités conformes au plan stratégique national seront intégrées dans les plans de travail annuels ; les partenaires techniques et financiers œuvrant à ces niveaux seront mobilisés pour l'appui et le soutien nécessaires à la mise en œuvre effective, du suivi et de l'évaluation.

Les comités régional et préfectoral de coordination du secteur de la santé assureront la coordination de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire de la Région et du District.

Au Niveau Communautaire

Les Comités de santé des communes, appuyés par le personnel de santé et les autorités des collectivités locales, veilleront à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification et de mise en œuvre des activités communautaires.

La participation communautaire à la gestion des questions sociales et de santé doit s'intégrer et renforcer les autres initiatives de participation communautaire mises en œuvre dans d'autre secteur. Le comité communal de coordination du secteur de la santé assurera la coordination des activités à base communautaire. Les fora communautaires seront régulièrement organisés avec l'implication des organisations de la société civile et leaders communautaires.

DEVELOPPEMENT D'UN PAQUET DFE SERVICES INTEGRES VERS LA CSU

Les agents de santé communautaire représentent le chaînon manquant essentiel entre les grandes aspirations sociétales et les communautés, qui constituent les unes et les autres des vecteurs de progrès nécessitant un soutien massif.

La santé communautaire est mise avec la contribution de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Elle englobe les domaines de la lutte contre la maladie (transmissibles et non transmissibles), la surveillance épidémiologique, la prévention et contrôle de l'infection, la Santé reproductive de la mère, du nouveau – né, de l'enfant et de l'adolescent, l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Les activités en rapport avec les différents domaines sont structurées autour de paquets de services intégrés par catégorie de prestataires communautaires formalisés dans le cadre de normes et protocoles pour le niveau communautaire. Ces paquets de services comprennent des activités promotionnelles, préventives, curatives et ré-adaptatives.

- **Les activités promotionnelles** mettront un accent particulier sur les bonnes pratiques reconnues au niveau national et international comme ayant un haut impact sur la santé des communautés notamment la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Elles nécessitent la contribution de tous les secteurs dont l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Des mécanismes intégrant la contractualisation pourront être utilisés par les collectivités locales pour une meilleure implication de ces acteurs dans la mise en œuvre des volets techniques.
- **Les activités préventives** concernent tous les domaines de la santé ciblés par les programmes nationaux de santé dont la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction, la nutrition et la survie de l'enfant. Elles intègrent mais ne se limitent pas à la vaccination, la distribution de croissance des enfants, le dépistage de la malnutrition, la supplémentation, la distribution de moustiquaire imprégnées à longue durée d'action et les campagnes de masse contre les maladies tropicales négligées. Elles mettent également le focus sur la surveillance communautaire de certaines maladies transmissibles ou non transmissibles ainsi que sur les comportements individuels et collectifs qui ont un impact sur la santé communautaire.
- **Les activités curatives menées** au niveau communautaire sont fixées par le Ministère de la santé en collaboration avec les prestataires communautaires et tenant compte des besoins exprimés par les communautés et les programmes ainsi que les expériences réussies dans ces domaines.

Les promotionnelles, préventives et curatives menées par les prestataires communautaires de santé sont regroupées en paquets de services périodiquement révisés sur la base des résultats de la recherche, des expériences réussies et des besoins nouveaux des communautés. Ces activités seront toutes intégrées et documentées périodiquement, au même titre que les autres données du système de santé, dans le système national d'information sanitaire.

MECANISME DE FINANCEMENT

Les services de soins de santé primaire de base constituent un domaine de compétence transféré aux collectivités. Le financement du service de santé communautaire doit être couvert essentiellement par le budget des collectivités locales alimenté par les recettes fiscales locales et les dotations de l'Etat. Central.

Au titre de la dotation par l'Etat central .en application des dispositions de la Loi N°2016/001/AN du 18 janvier 2016 portant Loi de finance initiale, il est institué un appui direct au budget local de l'ensemble des collectivités locales du pays à hauteur de 15% des recettes minière de l'Etat.

En plus des dotations de l'Etat aux collectivités et des budgets locaux, les services de santé communautaire bénéficient :(

- i) des ressources extérieures mises à disposition par les partenaires techniques et Financier sur la base de convention entre ces derniers et l'Etat,
- ii) des appuis communautaires à types de don et de leg par les ressortissants locaux, diaspora et autres bonnes volontés,
- iii) des financements de la coopération décentralisée,(
- iv) des financements innovant (téléphonie, société, carbone, tabac, alcool, etc.) ,

- v) des subventions directes de l'Etat aux services communautaires de santé (centres, postes de santé, agents de santé communautaire et relais communautaires ,etc)
- vi) le recouvrement des couts de prestations de santé au niveau des formations sanitaires de base et des communautés, (
- vii)) Assurance maladie obligatoire.

Les procédures de gestion financière et budgétaire seront alignées sur celles des collectivités (PDL, PAI, FDL, ANAFIC)

MECANISME DE SUIVI –EVALUATION

Le suivi-évaluation implique une approche critique à tous les niveaux aussi bien sur les résultats que sur le processus lui-même. Les progrès réalisés vers les résultats attendus des activités communautaire , seront mesuré grâce à la production de rapports périodique par les ASC et des structure de santé (CS et PS) renseignant des indicateur de performance du systèmes de santé communautaire .Ces rapports seront analysés à tous les niveaux en vue de la prise de décision et de la rétro- informations.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations au niveau communautaire, l'évaluation des actions sanitaire requiert le renforcement du dialogue entre les prestataires et les communautés.

Le développement des outils d'évaluation des activités des ASC est indispensable pour l'amélioration de la performance des activités communautaires.

Les activités de supervision, de monitoring et d'évaluation et de recherche seront réalisées périodiquement.

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

La politique nationale de santé communautaire

Le PNDS

8.6. PROCÉDURES DE RECOUVREMENT DES COUTS

8.6.1. RECOUVREMENT DES COUTS PROVENANT DES PRESTATIONS DE SERVICES

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE
Décliner les différentes étapes de gestion des ressources provenant des contributions des patients.
PRINCIPES D'APPLICATION
Toutes les recettes doivent être reversées dans un compte. Aucun agent ne doit détenir des espèces
ETAPES DE LA PROCEDURE
Guichetier
• Remet un ticket de caisse en contrepartie des contributions financières des patients des CS, CSA, CMC et hôpitaux • Remplit l'état des recettes (cf. Annexe) à la fin de chaque journée et le soumet au Caissier, accompagné des recettes de la journée
Caissier
• Reçoit l'état de caisse et contrôle la conformité entre les montants reçus, l'état des recettes et la souche des tickets de caisse • Approuve l'état de caisse en y apposant sa signature et le transmet sous pli au Directeur CS, CSA, CMC ou Directeurs des hôpitaux pour approbation qui à son tour transmet au SAF pour contrôle
Le SAF sur instruction du Directeur
• Contrôle l'exhaustivité de l'état des recettes en le comparant avec les souches des tickets de caisse • Transfère sous plis une copie de l'état des recettes validé au caissier pour archivage
Caissier
• Verse les sommes disponibles en caisse à la banque à la fin de chaque semaine (le vendredi de préférence) • Reçoit un reçu de versement de la part de la banque en contrepartie • Transmet sous pli le reçu de versement au Directeur CS, CSA, CMC ou Directeurs des hôpitaux qui à son tour transmet au SAF pour contrôle
• Reçoit le reçu de versement de la part du Caissier, compare les sommes versées avec le solde de l'état périodique des recettes et dépenses (cf. annexe) sur la même période et le valide en y apposant sa signature • Transmet le reçu de versement au gestionnaire comptable pour enregistrement dans le logiciel et archivage • Envoie par courrier une copie du reçu de versement au SP CCPSS pour information

Délai : 5 JOURS

SUPPORTS DOCUMENTAIRES

- Etat journalier des dépenses
- Etat périodiques des recettes
- Reçu de versement des recettes

8.6.2. RECOUVREMENT DES COUTS PROVENANT DE LA VENTE DES MÉDICAMENTS

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE
Décliner les différentes étapes de gestion des ressources provenant de la vente des médicaments
PRINCIPES D'APPLICATION
Toutes les recettes doivent être reversées dans un compte. Aucun agent ne doit détenir des espèces
ETAPES DE LA PROCEDURE
Guichetier
- Remet un ticket de caisse en contrepartie de la vente de médicaments suite à la délivrance d'ordonnance par le Médecin ayant effectué la consultation CS, CSA, CMC ou Directeurs des hôpitaux - Remplit l'état des recettes (cf. annexe) à la fin de chaque journée et le soumet au Caissier, accompagné des recettes de la journée
Caissier
- Reçoit l'état de caisse et contrôle la conformité entre les montants reçus, l'état des recettes et la souche des tickets de caisse - Approuve l'état de caisse en y apposant sa signature et le transmet sous pli au Directeur CS, CSA, CMC ou Directeurs des hôpitaux pour approbation qui à son tour transmet au SAF pour contrôle
Le SAF sur instruction du Directeur
- Contrôle l'exhaustivité de l'état des recettes en le comparant avec les souches des tickets de caisse - Transfère sous plis une copie de l'état des recettes validé au caissier pour archivage
Caissier
- Verse les sommes disponibles en caisse à la banque à la fin de chaque semaine (le vendredi de préférence) - Reçoit un reçu de versement de la part de la banque en contrepartie - Transmet sous pli le reçu de versement Directeur CS, CSA, CMC ou Directeurs des hôpitaux qui à son tour transmet au SAF pour contrôle
Le SAF sur instruction du Directeur
- Reçoit le reçu de versement de la part du Caissier, compare les sommes versées avec le solde de l'état périodique des recettes et dépenses (cf. annexe) sur la même période et le valide en y apposant sa signature - Transmet le reçu de versement au comptable pour enregistrement dans le logiciel et archivage - Envoie par courrier une copie du reçu de versement au SP CCPSS pour information
Délai : 5 JOURS
SUPPORTS DOCUMENTAIRES
- Etat journalier des dépenses - Etat périodiques des recettes - Reçu de versement des recettes

8.6.3. MOBILISATION DE LA CONTRIBUTION DES COLLECTIVITÉS LOCALES

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE
Décliner les différentes étapes à suivre pour mobiliser la contribution des collectivités locales à travers les conventions d'assistance mutuelle et le plan de développement des collectivités
Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune,
• Annonce ses intentions de financements au profit des CS et CSA ou CMC de sa localité lors de l'élaboration du Plan d'action de la communauté • Signe une convention d'assistance mutuelle avec les CS sur la base des annonces exprimées • Informe par courrier les CS dès la validation du budget de la collectivité locale ou commune et la disponibilité des ressources financières
CS et CSA OU CMC
• Reçoit le courrier et envoie une copie au DPS
DPS
• Rédige une requête de financement (cf. annexe) à adresser au Président de la collectivité ou au maire de la commune • Envoie par courrier la requête de financement au Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune, et dépose une copie auprès du SP CCPSS et du (comité de gestion) des CS pour information
Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune,
• Approuve la requête dès réception et le transfère aux services du trésor public pour décaissement
Services du trésor
• Reçoit la requête et vire les recettes dans le compte bancaire du CS ou du CSA
• Banque
• Reçoit les ressources et envoie par courrier un avis de crédit au DPS
• DPS
• Reçoit l'avis de crédit et transfère une copie au Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune et une copie au SP CCPSS • Transfère l'original de l'avis de crédit au gestionnaire comptable pour enregistrement et archivage
Délai : 10 JOURS
SUPPORTS DOCUMENTAIRES
• Modèle de financement à l'intention de la collectivité locale

DEFINITION ET OBJET DE LA PROCEDURE
Décliner les différentes étapes à suivre pour mobiliser la contribution des collectivités locales à travers les conventions d'assistance mutuelle et le plan de développement des collectivités
Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune,
• Annonce ses intentions de financements au profit des CS et CSA ou CMC de sa localité lors de l'élaboration du Plan d'action de la communauté • Signe une convention d'assistance mutuelle avec les CS sur la base des annonces exprimées • Informe par courrier les CS dès la validation du budget de la collectivité locale ou commune et la disponibilité des ressources financières
CS et CSA OU CMC
• Reçoit le courrier et envoie une copie au DPS
DPS
• Rédige une requête de financement (cf. annexe) à adresser au Président de la collectivité ou au maire de la commune • Envoie par courrier la requête de financement au Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune, et dépose une copie auprès du SP CCPSS et du (comité de gestion) des CS pour information
Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune,
• Approuve la requête dès réception et le transfère aux services du trésor public pour décaissement
Services du trésor
• Reçoit la requête et vire les recettes dans le compte bancaire du CS ou du CSA
• Banque
• Reçoit les ressources et envoie par courrier un avis de crédit au DPS
• DPS
• Reçoit l'avis de crédit et transfère une copie au Président de la collectivité locale district, Maire de la Commune et une copie au SP CCPSS • Transfère l'original de l'avis de crédit au gestionnaire comptable pour enregistrement et archivage
Délai : 10 JOURS
SUPPORTS DOCUMENTAIRES
• Modèle de financement à l'intention de la collectivité locale

ANNEXES

SUPPORTS DOCUMENTAIRES EXIGES

Document de politique nationale

Eléments	Oui	Non
1. Projet de document de validé par la Réunion des Directeurs		
2. Examen du motif et résumé pour le conseil de cabinet		
3. Copies pour les membres du conseil de cabinet		
4. Dépôt du dossier 15 jours avant		

Document de plan stratégique

Eléments	Oui	Non
1. Projet de document validé par la Réunion des Directeurs		
2. Examen du motif et résumé pour le conseil de cabinet		
3. Copies pour les membres du conseil de cabinet		
4. Dépôt du dossier 15 jours avant		

Documents de projets

Eléments	Oui	Non
1. Projet élaboré avec la partie Guinéenne (cadre conjoint)		
2. Projet de document validé par la Réunion des Directeurs		
3. Examen de motif et résumé pour le conseil de cabinet		
4. Copies pour les membres du conseil de cabinet		
5. Dépôt du dossier 15 jours avant		

Formation du niveau central

Eléments	Oui	Non
1. PAO prévoyant la formation		
2. Document attestant la disponibilité de fonds pour l'activité		
3. Chronogramme de la formation		
4. Supports pédagogiques de la formation		
5. Termes de référence de la formation		
6. Liste de formateurs		
7. Liste des participants		
8. Dépôt du dossier 15 jours avant		

Supervisions

Eléments	Oui	Non
1. PAO prévoyant la supervision		
2. Document attestant la disponibilité de fonds pour l'activité		
3. Chronogramme de la supervision		
4. Termes de référence de la supervision		
5. Supports de la supervision		
6. Liste de superviseurs		
7. Dépôt du dossier avant 15 jours		

Autres activités de terrain (Enquête, vaccination, distribution communautaire)

Éléments	Oui	Non
1. PAO prévoyant l'activité		
2. Document attestant la disponibilité de fonds pour l'activité		
3. Chronogramme de la supervision		
4. Termes de référence de la supervision		
5. Supports à la supervision		
6. Liste de supervision		
7. Dépôt du dossier 15 jours avant		

Demande d'ordre de Mission

Éléments	Oui	Non
1. Demande signée par le chef de service		
2. Termes de références de l'activité		
3. Période de réalisation de l'activité		
4. Date de dépôt du rapport de mission notée		
5. Dépôt du dossier 07 jours avant le début de l'activité		

Requête de financement

Éléments	Oui	Non
1. Document attestant la disponibilité de fonds pour l'activité		
2. Compte bancaire pour le virement du fonds		
3. PAO prévoyant l'activité en question		
4. Termes de référence de l'activité		
5. Période de réalisation de l'activité		
6. Date de justifications de l'activité		
7. Liste d'intervenants		
8. Dépôt du dossier 15 jours avant le début de l'activité		

Demande d'exonération

Éléments	Oui	Non
1. Demande d'exonération		
2. Document juridique indiquant l'exonération		
3. Lettre de donation ou d'importation		
4. Liste de colisage		
5. Dépôt du dossier 21 jours avant le début de l'activité		

Désignation de point focal

Éléments	Oui	Non
1. Document justifiant l'activité ciblée		
2. Document d'analyse du niveau de rattachement		
3. Document sur la capacité à mesurer la fonction		