



SANTE



Invest in
Guinea



République de Guinée

Sommaire

SANTE.....	1
<i>Sommaire.....</i>	<i>2</i>
INTRODUCTION.....	5
Etat de la santé de la population :.....	6
La situation des indicateurs sociaux.....	8
Impact de la MVE.....	9
Etat des équipements lourds.....	11
Répartition des ressources humaines par catégorie socioprofessionnelle.....	13
<i>Analyse SWOT du secteur.....</i>	<i>14</i>
Forces et faiblesses :.....	14
<i>Opportunités et Défis.....</i>	<i>16</i>
Défis :.....	16
Opportunités :.....	16
Cadre Juridique et réglementaire.....	17
<i>Contacts et adresses utiles.....</i>	<i>18</i>
Bureau des Stratégies et du développement.....	18
Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires.....	18
Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de soins.....	18
Direction des Ressources Humaines.....	18
<i>Besoins de financement.....</i>	<i>19</i>
<i>Annexe.....</i>	<i>29</i>
PROJET DE CONSTRUCTION, RÉNOVATION ET EQUIPEMENT DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE MATOTO ET DE QUATRE (4) HÔPITAUX REGIONAUX	31
<i>Contexte du Secteur.....</i>	<i>31</i>
<i>Pertinence du Projet.....</i>	<i>31</i>
<i>Justification / Demande.....</i>	<i>32</i>
Cadre réglementaire :.....	33
Cadre institutionnel :.....	33
Synergies.....	33
<i>Montage du projet.....</i>	<i>34</i>
Exécution du projet.....	34
Montage financier.....	34
Sources de financement.....	35

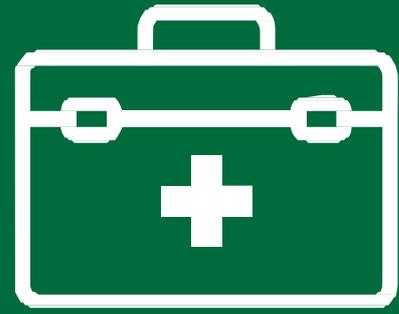
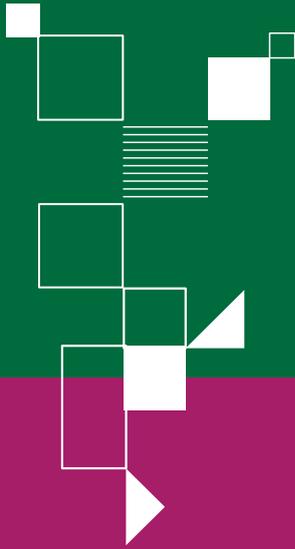
Risques et mitigations	35
<i>Contacts</i>	35

Sigles et abréviations

ACT : Combinaison Thérapeutique à base Artémisinine
ARV : Anti Rétro Viral
BM : Banque Mondiale
CMC : Centre Médico-Communal
CPN : Consultation Périnatale
CS : Centre de Santé
CTE : Centre de Traitement Ebola
DNPL : Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS : Direction Préfectorale de la Santé
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EGS : Etats Généraux de la Santé
ELEP : Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté
HP : Hôpital Préfectoral
HR : Hôpital Régional
IDH : Indice de Développement Durable
LNCQM : Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments
MS : Ministère de la Santé
MVE : Maladie à Virus Ebola
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisme Non Gouvernemental
PCA : Paquet Complémentaire d'Activités
PCG : Pharmacie Centrale de Guinée
PCIMNE: Prise en Charge Intégrée des Maladie du Nouveau-Né et de l'Enfant
PEV: Programme Elargi de Vaccination
PF: Planification Familiale
PMA: Paquet Minimum d'Activités
PNDS: Plan National de Développement Sanitaire
PNS : Politique Nationale de Santé
PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPN: Politique Pharmaceutique Nationale
PS: Poste de Santé
PTF: Partenaire Technique et Financier
RSI: Règlement Sanitaire International
SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SONUB: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC: Soins Obstétricaux et Néonataux Complets
TB: Tuberculose
TB/VIH: Tuberculose/ Virus de l'Immuno déficience Humaine (coïnfection)
USD: Dollars des Etats Unis d'Amérique
VIH: Virus de l'Immuno déficience Humaine
VIH/SIDA: Virus de l'Immuno déficience Humaine/Syndrome de l'Immuno déficience Acquis





Introduction

La présente note porte sur le système de santé en Guinée, plus particulièrement sur le secteur public de la santé.

Le système de santé en République de Guinée est organisé, administré et géré par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dont les attributions sont définies dans le décret N°061 du 14 avril 2011. Ce Ministère est chargé de la conception, la formulation, l'élaboration et l'exécution de la politique du Gouvernement en matière de santé et d'hygiène publique. Ce faisant, il :

- coordonne et contrôle l'exécution des activités des services qui sont chargés de la mise en œuvre de cette politique ;
- élabore et veille à l'application de la législation et de la réglementation en matière de santé et de pharmacie ;
- réglemente la pratique de la profession libérale dans le secteur.

Le cadre légal du secteur de la santé est constitué de textes juridiques réglementant le statut des différents établissements de santé. La politique hospitalière a été définie ainsi que le statut des différents hôpitaux avec un système de gestion en cours de perfectionnement. Il existe un cadre sectoriel qui repose sur la déconcentration avec une répartition des responsabilités entre les niveaux central, régional et préfectoral. Dans le domaine pharmaceutique, la politique sectorielle est définie à travers des critères formalisés d'accréditation des sociétés grossistes et des officines privées, une liste

nationale des médicaments essentiels génériques et un formulaire en vue d'aider à la promotion et à la rationalisation des prescriptions dans les établissements de soins.

La situation sanitaire du pays a été marquée par de nombreux problèmes notamment la survenue de l'épidémie à virus Ebola.

La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé actuel a conduit le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, à l'organisation des Etats Généraux de la Santé en mai 2014. Les constats de ce forum populaire sont sans appel : le système de santé est caractérisé par (i) une morbidité et mortalité encore élevée en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant), (ii) une couverture insuffisante en service essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes.

Ces insuffisances observées ont servi de lit à la survenue et facilité la propagation de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) déclarée en mars 2014, avec son important impact socioéconomique et sanitaire. En effet, la fragilité du système nationale de santé a constitué un terrain favorable à la propagation rapide de l'épidémie dans un contexte socio-culturel et politique qui a favorisé, de son côté, le développement de la réticence de certaines populations à l'organisation de la réponse.

Ceci a conduit à la formulation d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2014-2024 pour la période 2015-2024 sur la base duquel un Plan triennal de relance du système de santé a été tiré. Le PNDS a été décliné selon les axes stratégiques suivants: (i) Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence, (ii) Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées, (iv) Renforcement du système national de santé.

Etat des lieux du secteur

Etat de la santé de la population :

La situation sanitaire de la Guinée reste préoccupante, comme le montre les indicateurs de démographie et de santé ci – après :

Espérance de vie à la naissance (années – 2011)	54,1
Taux brut de mortalité (pour 1000 personnes – 2012)	14,6 ‰
Taux de fertilité (naissances par femme – 2011)	5,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 – 2012)	610
Taux de mortalité néonatale (de 0 à 1 mois pour 1000 naissances – 2012)	34 ‰
Taux de mortalité post-néonatale (de 1 à 11 mois pour 1000 naissances – 2012)	33 ‰
Taux de mortalité infantile (de 0 à 1 an pour 1000 naissances – 2012)	67 ‰
Taux de mortalité juvénile (de 1 à 4 ans pour 1000 naissances – 2012)	59 ‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (de 0 à 5 ans pour 1000 naissances – 2012)	122 ‰

Source : Données de la Banque mondiale ; EDS IV, MICS IV (Rapport préliminaire 2012)

Dans le domaine de la santé, la politique du Gouvernement est axée sur le renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies prioritaires, ainsi que sur l'amélioration de l'accès des pauvres aux services de santé essentiels par la création d'une couverture sanitaire universelle nationale qui commence à être initiée par le Chef de l'état par la création de la caisse de prévoyance maladie.

En 2014 le nombre de consultation est de 836 511 et celui en hospitalisation est de 95 907 soit un taux de 8,38 pour 1 000 habitants ; cette valeur est faible par rapport aux autres pays du sud du Sahara. Les valeurs moyennes sont de 30 pour 1 000 en zone urbaine et 15 pour 1 000 en zone rurale. Le taux d'occupation des lits est de 63,4% en 2014.

Le taux de mortalité maternelle est passé en 2014 de 724 pour 100 000 malgré la gratuité des soins obstétricaux instauré par le Chef de l'Etat depuis son accession au pouvoir et l'approvisionnement des structures sanitaires en kit de prise en charge avec un pic à 980 en 2005. Ce chiffre est élevé par rapport à la moyenne pour tous les pays africains de l'ordre de 500.

L'indice synthétique de fécondité (ISF) en Guinée est élevé, mais a décliné de 6 en 2000 à 5,2 en 2011. Ceci est encore élevé par rapport à la moyenne pour l'ensemble de l'Afrique de l'ordre de 4,5, mais demeure favorable comparé à de nombreux pays voisins de la Guinée, comme le Niger (7,1), le Mali (6,3), le Tchad (6,0) et le Burkina Faso (5,9).

Par ailleurs, l'accès à l'eau est un problème important en ce qui concerne la santé des femmes, en particulier dans les zones rurales. En effet, celles-ci doivent souvent parcourir de longues distances pour aller chercher de l'eau, et les populations rurales ont souvent recours à l'utilisation de l'eau de pluie et de puits qui peuvent avoir des impacts négatifs sur la santé.

En revanche, le taux de mortalité infantile a fortement baissé en se situant à 67 pour 1 000 naissances vivantes entre 2008-12 contre 86 pour 1 000 entre 2003-07. Le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 59 % entre 2008-12 contre 64 % sur la période 2003-07, avec les composantes de la mortalité infantile se situant à 34 pour_mille pour la mortalité néonatale et à 33 % pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le taux de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est passé de 145 % pour la période 2003-07 à 122 % pour la période 2008-12. En d'autres termes, en 2012, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans en Guinée.

Pour réduire la mortalité maternelle et infantile, le Gouvernement a accru les efforts liés à la gratuité de la césarienne (69 206 accouchements dont 14 978 césariennes). Il a également porté le taux de couverture vaccinale à 86 % pour la poliomyélite et à 91 % pour la rougeole. Toutefois, le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants.

En ce qui concerne les autres maladies prioritaires, 23 016 personnes infectées et affectées par le VIH/Sida ont été prises en charge en 2012, soit 60 % du total, contre 58,24 % en 2011, 1. 987.345 cas de paludisme, 11.576 cas de tuberculose, 557 cas de lèpre ainsi que 7 227 cas de choléra ont été traités. Le financement de 19 milliards GNF apporté en 2012 en faveur de la lutte contre le VIH/Sida (contre 2 milliards GNF en 2010) par le Gouvernement a permis d'augmenter le nombre de sites de prévention de la mère et de l'enfant qui est passé de 89 en 2011 à 159 en 2012.

Il a permis également de diminuer le taux de prévalence sur les populations à haut risque : 16 % en 2012 contre 34 % en 2005 au niveau des professionnelles du sexe, 5,6 % contre 6,5 % chez les hommes en uniforme et 5,4 % contre 5,5 % chez les routiers. Selon les projections du Comité national de lutte contre le sida (CNLS), le VIH/Sida en 2012 affecte davantage les femmes de 15 à 24 ans avec un taux de prévalence de 0,74 % contre 0,29 % chez les hommes de 15 à 24 ans, et 0,25 % chez les enfants.

En dépit de ces relatifs progrès, le système de santé en Guinée demeure préoccupant. Les progrès vers la réalisation des OMD en matière de santé à l'horizon 2015 reposent sur l'amélioration de la gestion et du financement du système de soins de santé. Les défis du secteur de la santé sont multiples avec des tendances à la détérioration de nombreux indicateurs du secteur de la santé.

L'accès aux soins prénatals et à certaines vaccinations de l'enfant (DTC3) a considérablement augmenté de 2000 à 2011 mais la survenue de la maladie à virus EBOLA a sérieusement affecté la vaccination dans le pays. Cependant, le taux de mortalité infantile et maternelle (respectivement de 67 pour 1000 et 724 pour 100 000) sont parmi les plus élevés en Afrique. Ceci est le résultat de la détérioration de l'accès à de nombreux services de santé, en particulier dans les zones rurales, la faible qualité des services de santé, l'affaiblissement de certaines vaccinations de l'enfant depuis 2008 et l'allocation insuffisante et irrégulière des ressources dans le secteur de la santé qui est de 2%.

En ce qui concerne les dépenses publiques, la combinaison d'une très faible allocation (moins de 1% du PIB) et de l'exécution faible compromettent l'efficacité des politiques du secteur de la santé. Le Gouvernement devra donc atténuer le fardeau financier à travers la mise en place des régimes d'assurance maladie et de mutuelles de santé, en augmentant de manière significative la part de la population couverte par ces régimes au-delà de 4%. Les dépenses de santé qui se concentrent actuellement sur les soins secondaires, les soins tertiaires, et l'administration centrale, doivent être réorientées vers les soins primaires.

La situation des indicateurs sociaux

La MVE est apparue dans un contexte, où la Guinée venait de mettre en œuvre en juin 2012, à travers son plan quinquennal 2011-2015, des politiques d'accélération des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Comme élément d'évaluation des OMD en Guinée, le tableau indique le degré de réalisation pour un certain nombre d'objectifs et de dépenses liées aux politiques sociales. Les derniers chiffres disponibles sont ceux de 2012 ou 2013 et il faudra probablement attendre 2017 pour savoir où on en sera exactement avec les objectifs du développement.

Les trajectoires pré-Ebola de certains indicateurs se dirigeaient vers leurs cibles. D'une part, l'objectif était effectivement atteint en ce qui concerne l'incidence de l'extrême pauvreté monétaire (41 pour cent en 2012 pour une cible de 47 pour cent en 2015) et l'accès de la population à une source d'eau potable (75% en 2012 pour une cible de 72 en 2015). D'autre part, des défis étaient à relever pour atteindre l'objectif lié à la réduction de la malnutrition (18% en 2012 pour une cible de 11,5 pour cent) et celui lié à l'assainissement (19 pour cent en 2012 pour une cible de 57 pour cent).

Indicateurs sociaux sélectionnés	Année	Valeur	Valeur cible OMD
Pauvreté			
PIB par habitant (dollars courants)	2013	523	
Ratio de la population pauvre disposant de moins de \$ 1,25 par jour (PPA) (% de la population)	2012	40,9	47
Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population)	2012	55,2	31,3
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, poids pour âge	2012	18	11,5
Santé			
Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	2013	100,7	78
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	2013	32,8	
Lits d'hôpital (pour 1 000 personnes)	2014	0,3	

Indicateurs sociaux sélectionnés	Année	Valeur	Valeur cible OMD
Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé)	2012	28,1	
Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement)	2012	1,8	
Eau, Hygiène et Assainissement			
Sources d'eau potable améliorées (% de la population ayant accès)	2013	74,8	72
Installations d'assainissement améliorées (% de la population y ayant accès)	2013	18,9	57
Education			
Inscriptions à l'école, primaire (% net)	2013	74,4	100
Dépenses publiques en éducation, total (% des dépenses du gouvernement)	2012	9,5	
Dépenses publiques en éducation (% du PIB)	2012	2,5	
Genre, Femmes, Enfants			
Ratio de jeunes filles/garçons alphabétisés (% des 15 à 24 ans)	2010	58,0	
Ratio filles/garçons des inscriptions au primaire (%)	2012	84,5	100
Part des revenus détenus par les 20% plus riches	2012	41,6	
Ratio emploi-population, personnes âgées de 15 ans et plus, femmes (%) (estimation modélisée OIT)	2013	64,7	
Ratio emploi-population, personnes âgées de 15 ans et plus, hommes (%) (estimation modélisée OIT)	2013	76,7	
Enfants actifs économiquement, qui étudient et travaillent (% de tous les enfants économiquement actifs de 7 à 14 ans)	2010	54,6	

Sources : World Development Indicators de la Banque Mondiale (version en ligne consultée le 30 mars 2015), DSRP III.

Impact de la MVE

L'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) est avant tout une crise sanitaire qui a fortement éprouvé le système national de santé. Elle a causé de véritables chocs au niveau des ressources humaines et des infrastructures sanitaires existantes.

La psychose créée par la MVE a entraîné la peur et la méfiance tant dans le milieu professionnel de la santé que dans la société d'une manière générale. A cela s'ajoute la frilosité des investisseurs et des visiteurs à destination de la Guinée. Cette situation a induit le ralentissement des projets et programmes de santé publique, la perturbation des fonctions de coordination des structures sanitaires nationales et des difficultés de financement.

L'impact de ces différents chocs a été amplifié par les facteurs de vulnérabilité du système sanitaire national :

- faiblesse du système d'alerte épidémiologique ;
- faiblesse du réflexe épidémiologique du personnel de santé ;
- insuffisance des infrastructures sanitaires ;

- faiblesse de la part de la santé dans le budget national (1,7 % en 2013 contre une moyenne africaine de 9,7% qui, elle-même est relativement faible par rapport à l'objectif d'Abuja qui vise à allouer 15% du budget de l'Etat au secteur de la santé) ;
 - faiblesse générale des indicateurs de santé (0,82 médecin pour 10 000 habitants contre une moyenne africaine de 2,6 médecins ; 0,65 et 0,25 respectivement infirmier et sage-femme pour 10 000 habitants).
 - Insuffisance et manque de laboratoire fiable
- 1- 4 Les ressources du secteur :

Infrastructures sanitaires :

Les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs public et privé. Les tableaux ci-dessous montrent, par type, le nombre de structures du secteur public et privé.

Structures de soins publiques

TYPOLOGIE	Total
Poste de Santé	986
Centre de Santé	414
Centre Médico-Communal	8 dont 5 à Conakry
Hôpital Préfectoral	26
Hôpital Régional	7
Hôpital National	3 dont un est en réhabilitation et l'autre est vétuste

Source: Politique Nationale de Santé 2014 page 23 et la DNEHS du Ministère de la Santé

Structures de soins privées

TYPOLOGIE	Total
Secteur privé médical	
Clinique médicochirurgicale	41
Cabinet médical	106
Cabinet de soins infirmiers	152
Cabinet dentaire	17
Cabinet de sage-femme	16
Autres structures	12
Total	344
Secteur privé pharmaceutique et biomédical	
Laboratoire d'analyses biomédicales	10
Officine de pharmacie privée	408
Point de vente des médicaments	85

TYPOLOGIE	Total
Unité de fabrication	1
Société grossiste répartiteur de médicaments	70
Total	313

Source: Politique Nationale de Santé 2014 page 24, PPN page 8 et la DNPL du Ministère de la Santé

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation et de la faiblesse de la maintenance. De nombreuses structures sont peu fonctionnelles du fait de leur état physique mais aussi de la défektivité, de l'insuffisance des équipements et de leurs plateaux techniques et du manque de personnel compétent.

Les tableaux ci-dessous donnent le nombre de structures du secteur public par type ; et l'état des besoins en équipements lourds.

Etat des infrastructures du secteur public

TYPOLOGIE	Etat dégradé	En pourcentage
Poste de santé	559/986	61%
Centre de Santé et Centre de Santé Amélioré	200/411	49%
Centre Médico-Communal et Hôpital Préfectoral	17/34	50%
Hôpital Régional	4/7	57%
Hôpital National	2/3	67%

Source Politique Nationale de Santé 2014 page 23

Etat des équipements lourds

CATEGORIE	Effectif	Besoin
IRM	0	2
Scanner	0	2
Radiographie numérisée	0	10
Radiographie conventionnelle	16	33
Automates de laboratoire	08	100
Unités de production d'oxygène	0	10

Produits pharmaceutiques

L'approvisionnement est assuré au niveau national par trois sources officielles: la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), la cellule des médicaments essentiels et les grossistes privés. La disponibilité est globalement bonne pour les médicaments de spécialité; mais 85% des officines privées se trouvent implantées dans la ville de Conakry. Pour le secteur public, des ruptures de stock sont souvent constatées. Par ailleurs, la liste des médicaments essentiels ne prend pas en compte

certaines besoins des hôpitaux en général et plus particulièrement pour les hôpitaux nationaux. Cette situation contribue à la hausse des coûts des prestations pour les malades.

Ressources humaines

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529 travailleurs¹, dont 84% de professionnels et 16% de non-professionnels. Les infirmiers brevetés représentent 47% du total, les infirmiers diplômés d'Etat 16%, les sages-femmes 6%, les techniciens de laboratoire 2% et les médecins 14%. Dont 9 733 dans le secteur public.

La densité des professionnels de santé dont la formation initiale et continue est par ailleurs souvent inadéquate est inférieure à la norme régionale de l'OMS et la répartition de ces ressources est très inégale (17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays). Cette situation a aggravé la méfiance des populations vis-à-vis des services de santé conduisant à une utilisation préférentielle des tradithérapeutes et des cabinets médicaux non intégrés au système.

Les principales insuffisances :

- Insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif ;
- Insuffisance qualitative du personnel ;
- Inadéquation entre la formation et les besoins du système de santé ;
- Insuffisance de la régulation des institutions de formation ;
- Mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, Forte inégalité dans la répartition du personnel ;
- Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ;

- Formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins ;
- Absence de démarche qualité ;
- Absence de gestion axée sur les résultats, de recevabilité et de promotion de l'éthique professionnelle.

Le contexte de la MVE a conduit le Ministère de la Santé et ses partenaires financiers a procédé à une analyse prospective visant à combler les déficits des ressources humaines en tenant compte des capacités de financement de l'Etat.

De cette analyse, il apparait que le renforcement des ressources humaines pour la santé nécessite la mise en place d'un système de recrutement et de motivation des personnels de santé au niveau des régions éloignées, la capacitation des institutions de formation des paramédicaux, l'augmentation de 40% chaque année de salaires des agents du Ministère de la Santé en poste et le recrutement de 2000 personnels de santé chaque année.

Aussi, la révision du Plan stratégique de Développement des Ressources Humaines, le développement du plan de formation continue et le renforcement du système d'information des ressources humaines en santé représenterait seulement 0,7 % du PIB et 0,6% des dépenses de l'Etat en 2015, 0,9 % et 0,8% en 2016 et 1,3 % et 1,0 % en 2017, soit en moyenne 1,1 % du PIB et 0,9% des recettes totales de l'Etat sur la période 2015-2017.

Répartition des ressources humaines par catégorie socioprofessionnelle

CATEGORIE	Effectif
Médecins	1 909
Médecins/ Santé Publique	146
Pharmaciens	461
Biologistes	521
Chirurgiens-dentistes	77
Aides de Santé	2325
Agents Techniques de Santé	4294
TOTAL	9 733

Source : DRH du Ministère de la Santé

Ressources financières

Le financement du secteur de la santé provient de quatre (4) sources principales: (i) la faible contribution des ressources publiques dans les dépenses totales de santé ; (ii) le lourd fardeau supporté par les ménages, (iii) la mauvaise utilisation des ressources y compris celles extérieures (iv) la perte d'efficacité résultant de la faible coordination et intégration des interventions.

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

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

Le recouvrement des coûts par le paiement direct expose la majeure partie de la population au risque financier lié à la maladie.

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

Analyse SWOT du secteur

L'évaluation du système de santé guinéen permet de mettre en relief les aspects suivants :

Forces et faiblesses :

- Au niveau du cadre institutionnel :

Il existe un cadre sectoriel qui repose sur la déconcentration avec une répartition des responsabilités entre les niveaux central, régional et préfectoral. Des textes juridiques sont élaborés définissant le statut des différents établissements de santé et du secteur pharmaceutique. Toutefois, le fonctionnement du cadre institutionnel est souvent influencé négativement par des difficultés d'ordre économique et des conflits d'attribution en partie dus à la méconnaissance des textes juridiques existants. De plus, l'organigramme du Ministère de la santé ne permet pas d'assurer l'efficacité des structures. Il n'existe pas de cadre de concertation entre tous les acteurs dans la lutte contre certaines maladies car les comités nationaux institués à cet effet ne sont pas fonctionnels.

- Au niveau des ressources du secteur :

Infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires fonctionnelles ont considérablement augmenté, permettant d'avoir actuellement une couverture géographique de plus de 70% dans un rayon de 10 km. De plus, les équipements et les moyens logistiques adaptés sont disponibles dans la majorité des centres de santé, ce qui permet d'assurer l'offre des prestations définies pour ce niveau.

Toutefois, malgré les efforts fournis par le Gouvernement depuis 1988, certaines infrastructures ne répondent pas encore aux normes techniques et fonctionnelles requises pour assurer une prise en charge adéquate des malades. De plus, il n'existe pas de système performant de maintenance des infrastructures et des équipements (plan de maintenance, normes, procédures en matière de gestion du patrimoine et système de financement) dans la majorité des préfectures et régions.

Produits pharmaceutiques

La disponibilité des produits pharmaceutiques pour les établissements de soins est améliorée grâce au fonctionnement de la structure nationale d'approvisionnement en produits pharmaceutiques (PCG) qui jouit d'une autonomie de gestion.

Toutefois, le développement rapide et incontrôlé du secteur informel illicite est inquiétant. En effet, il met en péril un nombre important d'officines et, bien que le prix du médicament y soit abordable, la qualité de celui-ci est douteuse. Il représente un risque réel et élevé pour la santé de la population car il constitue la source presque exclusive d'approvisionnement en médicaments des pauvres (environ 55% de la population). Ces facteurs sont surtout liés au non-respect de la législation pharmaceutique. Cette situation représente un problème important de santé publique avec la menace de l'émergence des souches résistantes liée à l'utilisation des antibiotiques par automédication.

Ressources humaines

Les ressources humaines disponibles sont affectées majoritairement dans les structures primaires. L'existence des écoles de formation professionnelle en santé publique et privée dans le pays permet la mise sur le marché du travail de professionnels de la santé. Toutefois, par rapport aux normes d'effectif minimum défini par niveau dans la carte sanitaire, le nombre du personnel de santé reste insuffisant. Le personnel est mal réparti et concentré en zones urbaines avec d'importantes disparités régionales. Ce déséquilibre constitue un facteur limitant l'amélioration des performances du système de soins.

De plus, l'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé est patente. Elle entraîne un surnombre de certains profils sur le marché du travail (médecins, 10 agents techniques de santé, etc.) et l'insuffisance ou l'absence d'autres profils pourtant nécessaires (dentistes, sages-femmes, ingénieurs techniciens sanitaires et préparateurs

en pharmacie). Dans le domaine de la recherche, la capacité humaine technique, matérielle et financière pour le développement de la recherche est faible à tous les niveaux du système de santé. Les institutions de recherche en santé ne sont pas développées.

Au niveau du financement

Le système de recouvrement des coûts est pratiqué et constitue un mécanisme qui contribue à la pérennité du fonctionnement adéquat des structures. Par exemple, à Conakry, le recouvrement des coûts a été estimé à un montant total de 5 000 000 000 GNF en 2012, montrant l'importance de ce système. Le principe de ce recouvrement des coûts est admis, sans contestation, par la population.

Par ailleurs, la politique tarifaire basée sur le forfait permet, théoriquement, de limiter les incertitudes, pour les communautés, quant au montant à payer du fait de l'utilisation des services.

De plus, l'Etat contribue au financement des établissements de soins par l'allocation de subventions de fonctionnement aux hôpitaux et pour l'achat des vaccins en faveur des centres de santé. La politique de coopération bilatérale et multilatérale du Gouvernement permet d'obtenir une très forte contribution des partenaires extérieurs au financement du secteur.

Toutefois, le système de recouvrement des coûts uniforme est appliqué pour l'ensemble des régions sans prendre en compte les disparités économiques. De plus la «sur-tarification» illicite est fréquente et contribue à réduire le niveau d'utilisation des services, à la baisse des recettes de certains centres et à maintenir élevé certains coûts unitaires. En outre, la part du budget de l'Etat alloué au fonctionnement du Ministère de la santé est en baisse (en termes nominaux et réels) depuis 1997. Le taux de décaissement de ce budget est faible, rendant ainsi aléatoire le fonctionnement adéquat des structures de santé. Ainsi, du fait de la faible mobilisation de ressources internes, le financement des investissements et des dépenses de fonctionnement du secteur est largement tributaire des contributions extérieures.

Au niveau des prestations et de la gestion du système

Il existe une carte sanitaire qui définit le Paquet Minimum d'Activité (PMA) et la liste des équipements par service. Des outils de rationalisation de la gestion sont disponibles au sein des centres de santé et de certains hôpitaux de district. Le monitoring et la supervision sont ainsi institués comme outils d'aide à l'amélioration de la qualité des services. Par ailleurs, il existe un système d'information sanitaire orienté à la fois vers le secteur public et privé, qui permet de recueillir les informations essentielles permettant la planification et la prise de décisions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Toutefois, le PMA est encore restreint et ne comporte pas certains services demandés par les bénéficiaires. Ce caractère statique contribue à la stagnation voire la diminution de l'utilisation des établissements de soins. Concernant le système d'information sanitaire, l'intégration et la synthèse de l'information sont difficiles à cause de la multiplicité des sous-systèmes et du manque de coordination. En conséquence, différents rapports d'analyse sont incohérents. En outre, le secteur de la santé est confronté au développement rapide et incontrôlé du secteur informel. Bien qu'il contribue à rendre disponible les services de santé, l'on ignore tous des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services. Il met ainsi en péril la viabilité des structures officielles.

Opportunités et Défis

Défis :

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

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à d'autres défis qui sont :

- l'amélioration de la gouvernance du secteur ;
- la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées ;
- l'allègement des dépenses directes de santé sur les ménages tout en assurant au système un financement adéquat et équitable ;
- la disponibilité des produits de santé et technologies médicales ;
- le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche. ²

Opportunités :

Malgré ce contexte sanitaire difficile, des efforts remarquables sont observables. En effet, il existe une forte volonté politique du Gouvernement d'améliorer la santé de la population. Cette volonté se traduit par l'inscription de la santé parmi les secteurs prioritaires de la politique nationale de développement. Ainsi, pour contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population, l'objectif est de mettre en place un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté. Trois (3) axes stratégiques ont été définis dans le Plan National de Développement Sanitaire. Il s'agit de :

1. **Le Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence** : il vise à poursuivre les interventions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies et de réadaptation des handicaps. Il intensifiera la surveillance épidémiologique pour identifier les problèmes majeurs de santé publique et préparer une alerte et une riposte efficace aux épidémies et aux situations d'urgence. En particulier, les stratégies d'intervention suivantes seront développées :
 - o le renforcement de la lutte contre la tuberculose, le VIH/Sida et le paludisme (mise à l'échelle de l'accès aux traitements ACT, ARV et DOTS, mise à l'échelle des programmes de distribution de moustiquaires imprégnées, activités communautaires de prévention des maladies transmissibles et des comportements à risque, promotion de l'hygiène individuelle et environnementale) ;
 - o l'intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
 - o le renforcement de la surveillance et la prise en charge des maladies tropicales négligées ;
 - o le renforcement de la surveillance, de la préparation et de la riposte des maladies à potentiel épidémique (fièvre jaune, Ebola, méningite, SRAS, ...) et autres situations d'urgence et le développement des mesures de sécurité sanitaire (RSI);
 - o la promotion de modes de vie sains pour mieux agir sur les facteurs de risque et la prise en charge des maladies non transmissibles (HTA, maladies mentales, cancers, drépanocytose, diabète, affections bucco dentaires...);
 - o le développement des stratégies spécifiques : PEV, Paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA.... ³

2 Source : politique Nationale de Santé 2014 page 31

3 Source : politique Nationale de Santé 2014 page 36

2. **La Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées** : celui-ci vise à élargir l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie.

Les stratégies d'interventions suivantes seront développées :

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

3. **Le renforcement du système de Santé** : Cette orientation stratégique est décomposée en six sous stratégies regroupant les principales composantes du système de santé.

1. Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire ;
2. Accès financier universel aux services essentiels de santé
3. Développement des ressources humaines de qualité
4. Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité
5. Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé
6. Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

Cadre Juridique et réglementaire

- Code de la santé
- Code des marchés publics
- Code des investissements
- Loi pharmaceutique
- Programme National de Développement Sanitaire 2014 -2024 (PNDS)
- Politique Pharmaceutique Nationale 2014

- Stratégie de relance socioéconomique post-Ebola 2015-2017

Contacts et adresses utiles

Bureau des Stratégies et du développement

Dr KABA 620 200 486 Directeur du BSD;

Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires

Dr DOUNO 628 564 759 Chef de division

Pharmacie et laboratoire ;

Dr Ibrahima DIABY 622 953 126 / 664 240 848

Chef de section pharmacopée et enregistrements.

Direction Nationale des Etablissements

Hospitaliers et de soins

Dr CONTE Aboubacar 657 29 74 72 Directeur

National Adjoint des Etablissements ;

Dr TOURE Yakaria 620 521 832,

Dr DIALLO Konia 666 132 518) chef de section
agrément ;

Direction des Ressources Humaines

Monsieur SYLLA Victor 624 616 373 Assistant

chargé des Ressources Humaines

Besoins de financement

Les principaux objectifs consignés dans le DSRP III concernant le développement du secteur de la santé sont :

- augmenter le pourcentage des accouchements dans les centres de santé publics de 36,6% en 2011 à 50% en 2015 ;
- maintenir la séroprévalence au VIH/SIDA à un niveau inférieur à 1,5% en 2015 ;
- maintenir le nombre de médecins pour 10 000 habitants à 1,6 ;
- augmenter le taux de vaccination des enfants de moins d'un an contre la rougeole de 70% en 2011 à 85% en 2015 ;
- augmenter le taux de consultations prénatales (CPN) de 90% en 2011 à 95% en 2015.

Les impacts de la MVE sur le secteur de la santé ont sérieusement compromis l'atteinte de ces différents objectifs.

Pour contenir la maladie et renforcer le système sanitaire national, un ensemble de mesures, de projets et programmes sont proposés.

A court terme, les mesures concernent le financement et la mise en œuvre des capacités de la riposte contre la MVE.

A moyen et long termes, la stratégie portera sur le renforcement et l'amélioration du système sanitaire national. Concernant l'amélioration du système sanitaire, l'accent est mis sur la qualité des prestations de services sanitaires, l'approvisionnement en médicaments essentiels, en vaccins et en équipements biomédicaux des structures sanitaires. D'autre part, la réhabilitation des infrastructures et équipements (spécifiquement des 94 formations sanitaires fermées) et le recrutement de ressources humaines compétentes pour combler les déficits liés aux décès des professionnels de santé sont fortement recommandés. Il en est de même pour l'amélioration de l'information sanitaire à travers le renforcement de sous-systèmes de surveillance épidémiologique et de la capacité de riposte pour une meilleure réactivité face aux épidémies.

Il est en outre recommandé de renforcer la gouvernance du secteur, à travers l'amélioration de la communication et de la mobilisation sociale surtout en période de crise et le renforcement des capacités en gestion sanitaire.

Par ailleurs, L'amélioration du secteur de la santé nécessite des financements appropriés et ciblés. Divers plans et programmes sont d'ores et déjà mis en œuvre dans l'optique d'apporter une solution convenable et durable aux faiblesses du secteur. Tout financement dans ce sens serait le bienvenu.

SANTÉ			Besoins				Financements Acquis			
N°	Projets/activités	Statut actuel	2015	2016	2017	Total	2015	2016	2017	Total
			USD	USD	USD	USD	USD	USD	USD	USD
I.	ACTION PRIORITAIRE 1: ELIMINATION DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA		198,52	0	0	198,52	102	0	0	102
1.1	Engagement communautaire et communication	3	27,4	0	0	27,4				
1.2	Surveillance		47,19	0	0	47,19				
1.2.1	Suivi des contacts, Investigation des cas, Surveillance en milieu hospitalier, Gestion des données pour surveillance	3	34	0	0	34				
1.2.2	Surveillance transfrontalière	3	2,16	0	0	2,16				
1.2.3	Transport des cas	3	4,32	0	0	4,32				
1.2.4	Laboratoire	3	6,71	0	0	6,71				
1.3	Prise en charge		60,42	0	0	60,42				
1.3.1	Centre de maladies infectieuses	3	19,97	0	0	19,97				
1.3.2	Primes de risqué	3	5,69	0	0	5,69				
1.3.3	Médicaments EPI	3	34,76	0	0	34,76				
1.4	Assainissement et gestion des corps	3	5,39	0	0	5,39				
1.5	Soutien nutritionnel et social	3	7,98	0	0	7,98				
1.6	Gestion des données	3	3,3	0	0	3,3				
1.7	Sécurité	3	4,32	0	0	4,32				

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
1.8	Logistique et Finances	3	27,8	0	0	27,8				
1.9	Recherche	3	3,56	0	0	3,56				
1.10	Coordination	3	11,18	0	0	11,18				
II.	ACTION PRIORITAIRE 2: AMELIORATION DE LA FONCTIONNALITE DES DISTRICTS SANITAIRES		258,69	408,29	362,79	1 029,76	190,56	243,75	196,87	631,17
2.1	Lutte contre la maladie		168,82	238,79	187,29	594,91	147,82	197,79	147,79	493,41
2.1.1	Surveillance épidémiologique	2	33,53	33,53	33,53	100,6	33,53	33,53	33,53	100,6
2.1.2	Prévention et Contrôle de l'infection (PCI)	2	0,05	0,02	0,02	0,09	0,05	0,02	0,02	0,09
2.1.3	Programme Paludisme (ACT, TPI, MII, ...)	2	30	80	30	140	30	80	30	140
2.1.4	Programme VIH (ARV, Dépist., PTME, ...)	2	35,35	35,35	35,35	106,06	35,35	35,35	35,35	106,06
2.1.5	Programme Tuberculose (Dépistage, DOTS,)	2	5	5	5	15	5	5	5	15
2.1.6	Programme PEV (Vaccins et vaccination, soutien aux services de vaccination, log/Chaîne de froid, Communication, gestion de données,...)	2	28	28	28	84	28	28	28	84

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
2.1.7	Santé Mère - Enfant (SR/Survie de l'enfant: PCIMNE, CPN, accouchement, , césarienne, PF)	2	9,32	9,32	9,32	27,96	9,32	9,32	9,32	27,96
2.1.8	Nutrition (Surveillance nutritionnelle, récupération nutritionnelle, promotion de l'allaitement)	3	4,75	4,75	4,75	14,25	4,75	4,75	4,75	14,25
2.1.9	Maladies Non Transmissibles et Maladies Tropicales Négligées	3	1,77	1,77	1,77	5,3	1,77	1,77	1,77	5,3
2.1.10	Santé Mentale (Prise en charge psychosociale des malades guéris d'Ebola, stress)	3	0,05	0,05	0,05	0,15	0,05	0,05	0,05	0,15
2.1.11	Eau, Hygiène et Assainissement dans les structures de santé (forages, châteaux d'eau, pompes solaires et incinérateurs et abris)	3	2,97	5,08	3,81	11,86	0	0	0	0

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
2.1.12	Eau, Hygiène et Assainissement au niveau communautaire (latrines communautaires et forages communautaires)	3	14,83	29,66	29,66	74,14	0	0	0	0
2.2	Construction et réhabilitation d'infrastructures sanitaires		15,42	65,73	50,08	131,23	0	0	0	0
2.2.1	Rénovation / Extension/Mise aux normes y compris Labos et Unités de prise en charge des maladies infectieuses		4,19	48,11	29,02	81,33	0	0	0	0
2.2.1.1	Centres de santé (CS)	2	3,18	12,71	4,02	19,91				

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
2.2.1.2	Centres de santé améliorés (CSA)	2	1,02	2,03	2,03	5,08				
2.2.1.3	Centres médicaux de Commune (CMC)	2	0	3,81	2,54	6,36				
2.2.1.4	Hôpitaux préfectoraux	2	0	12,1	20,17	32,27				
2.2.1.5	Hôpitaux régionaux	2	0	0	0	0				
2.2.1.6	Hôpital national	2	0	16,95	0	16,95				
2.2.1.7	Magasins de stockage (Dépôts régionaux PCG)	2	0	0,51	0,25	0,76				
2.2.2	Construction d'Infrastructures sanitaires		11,23	17,62	21,05	49,9				
2.2.2.1	Centres de santé	2	5,72	7,63	9,53	22,88				
2.2.2.2	Centres de santé améliorés	2	0	7,36	2,45	9,82				
2.2.2.3	Hôpitaux préfectoraux	2	4,66	2,33	0	6,99				
2.2.2.4	Hôpitaux régionaux	2	0	0	0	0				
2.2.2.5	Hôpitaux nationaux	3	0	0	0	0				
2.2.2.5	Dépôt Régional PCG à N'Zérékoré	2	0,85	0	0	0,85				
2.2.2.6	Institut National Santé Publique (Laboratoire de référence P4)	3	0	0	8,47	8,47				
2.2.2.7	Directions Préfectorales de la Santé (DPS)	3	0	0,3	0,59	0,89				
2.3	Equipement d'infrastructures sanitaires		17,99	38,58	59,83	116,4				
2.3.1	Mobilier et équipements médicaux		15,11	37,39	59,5	111,99				
2.3.1.1	Centres de santé	3	8,14	12,22	12,22	32,58				
2.3.1.2	Centres de santé améliorés	3	0,54	2,71	1,63	4,88				

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
2.3.1.3	Hôpitaux préfectoraux	3	2,18	7,64	10,91	20,73				
2.3.1.4	Hôpitaux régionaux	3	4,24	14,83	21,18	40,25				
2.3.1.4	Hôpitaux nationaux	3	0	0	13,56	13,56				
2.3.2	Laboratoires (Matériel de biologie médicale)		2,54	0,85	0	3,39				
2.3.2.1	Centres de santé	3	0	0	0	0				
2.3.2.2	Centres de santé améliorés	3	0	0	0	0				
2.3.2.3	Hôpitaux préfectoraux	3	0	0	0	0				
2.3.2.4	Hôpitaux régionaux	3	0	0	0	0				
2.3.2.5	Laboratoires spécialisés	3	0,85	0,85	0	1,69				
2.3.2.6	Laboratoire national de référence	3	1,69	0	0	1,69				
2.3.3	Equipements Informatiques et Bureautiques		0,34	0,34	0,34	1,02				
2.3.3.1	Ordinateurs de bureau	2	0,17	0,17	0,17	0,51				
2.3.3.2	Ordinateurs portables	2	0,04	0,04	0,04	0,13				
2.3.3.3	Photocopieurs	2	0,06	0,06	0,06	0,19				
2.3.3.4	Vidéoprojecteurs	2	0,04	0,04	0,04	0,13				
2.3.3.5	Protection Antivirus	2	0,02	0,02	0,02	0,06				
2.4	Etudes et Supervision des travaux d'infrastructures & d'équipements)		2,67	8,34	8,79	19,81				
2.5	Logistique roulante		0,25	0,15	0,72	1,12				
2.5.1	Centres de santé (motos stratégie avancée)	2	0	0,15	0,15	0,3				
2.5.2	Directions préfectorales santé (véhicule supervision)	2	0	0	0,57	0,57				
2.5.3	Directions régionales santé (véhicule supervision)	2	0	0	0	0				

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
2.5.4	Coordination PEV/SSP (camion frigorifique)	2	0,13	0	0	0,13				
2.5.5	Coordination PEV (camion transport)	2	0,13	0	0	0,13				
2.6	Fournitures et médicaments y compris kits Ebola		31,85	31,85	31,85	95,55	31,85	31,85	31,85	95,55
2.6.1	Niveau communautaire	3	5	5	5	15	5	5	5	15
2.6.2	Postes de santé	3	10	10	10	30	10	10	10	30
2.6.3	Centres de santé	3	9,6	9,6	9,6	28,8	9,6	9,6	9,6	28,8
2.6.4	Hôpitaux préfectoraux et régionaux	3	6	6	6	18	6	6	6	18
2.6.5	Laboratoires de référence (réactifs)	3	0,5	0,5	0,5	1,5	0,5	0,5	0,5	1,5
2.6.6	Hôpitaux nationaux	3	0,75	0,75	0,75	2,25	0,75	0,75	0,75	2,25
2.7	Ressources humaines		20,73	23,89	23,27	67,89	9,94	13,15	16,27	39,36
2.7.1	Salaires du personnel en poste Y compris les nouvelles recrues	2	8,99	12,2	15,32	36,51	8,99	12,2	15,32	36,51
2.7.2	Agents de santé communautaire	2	5,08	5,08	5,08	15,25	0	0	0	0
2.7.3	Formation du personnel en surveillance épidémiologique	3	4,06	4,02	0,85	8,92	0	0	0	0
2.7.3.1	Niveau communautaire	3	2,12	2,12	0	4,24				
2.7.3.2	Centres de santé	3	0,42	0,42	0	0,85				
2.7.3.3	Hôpitaux	3	0,17	0,17	0	0,34				
2.7.3.4	Directions préfectorales de santé	3	0,17	0,17	0	0,34				
2.7.3.5	Directions régionales de santé	3	0,03	0,03	0	0,07				

SANTÉ				Besoins			Financements Acquis			
2.7.3.6	Laboratoires de référence (formation à l'extérieur)	3	0,21	0,21	0	0,42				
2.7.3.7	Laboratoire national de référence	3	0,08	0,04	0	0,13				
2.7.3.8	Formations à la carte	3	0,85	0,85	0,85	2,54				
2.8	Gestion des districts sanitaires	3	0,95	0,95	0,95	2,85	0,95	0,95	0,95	2,85
III	ACTION PRIORITAIRE 3: GOUVERNANCE DU SECTEUR		17,91	17,88	17,56	53,34	17,91	17,88	17,56	53,34
3.1	Planification décentralisée (niveau national, régional et district) : PNDS, PRDS et PPDS	3	0,05	0	0	0,05	0,05	0	0	0,05
3.2	Supervision intégrée (niveau national, niveau régional et niveau district)	3	0,2	0,2	0,1	0,5	0,2	0,2	0,1	0,5
3.3	Suivi-évaluation : revues trimestrielles (CTC), revues semestrielles (CTPS, CTRS), revue annuelle du secteur	3	0,4	0,4	0,2	1	0,4	0,4	0,2	1
3.4	Réunions de coordination du secteur santé (niveau national, niv. régional et niv. district)	3	0,04	0,04	0,02	0,1	0,04	0,04	0,02	0,1
3.5	Audits des comptes	3	0	0,02	0,02	0,03	0	0,02	0,02	0,03
3.6	Renforcement des capacités en gouvernance y compris le Dialogue Politique en santé	3	0,3	0,3	0,3	0,9	0,3	0,3	0,3	0,9
3.7	Développement du SNIS	3	0,4	0,4	0,4	1,2	0,4	0,4	0,4	1,2
3.8	Mise en œuvre de la Politique de Financement de la Santé vers	3	0,3	0,3	0,3	0,9	0,3	0,3	0,3	0,9
3.9	Assistance Technique Courte et longue durée	3	0,2	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	0,2	0,6
3.10	Réunions et missions d'appui du ST/CCSS chargé de	3	0,02	0,02	0,02	0,06	0,02	0,02	0,02	0,06
3.11	Coût récurrents fonctionnement, logistique, bâtiments,	3	16	16	16	48	16	16	16	48

SANTE			Besoins			Financements Acquis		
Total des projets inscrits au PIP (code1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total des besoins additionnels des projets inscrits au PIP (code2)	171,34	274,43	203,7	649,48	150,24	203,43	156,55	510,22
Total des nouveaux projets non-inscrits au PIP (code3)	295,3	134,54	159,8	589,64	159,28	57,24	56,92	273,44
Total Global	466,64	408,97	363,5	1 239,11	309,52	260,67	213,47	783,66

Annexe

Le Système de santé est organisé de la manière suivante :

Au niveau Central : le Ministère de la Santé

- Cinq (5) Directions techniques à savoir :

- ✓ La Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL),
- ✓ La Direction Nationale des Etablissements hospitaliers et de soins (DNEHS),
- ✓ La Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN),
- ✓ La Direction Nationale de l'Hygiène Publique (DNHP), la Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire (DNPSC),
- Dix-huit (18) Programmes de Santé (Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention / VIH/SIDA, Programme National de lutte contre la Lèpre, Programme National de Lutte contre la Tuberculose, etc.),
- Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments (EPA),
- La Pharmacie Centrale de Guinée, PCG (EPIC).

Au niveau Régional :

Huit (8) Directions Régionales de la Santé (DRS) dont la Direction de la Santé de la Ville de Conakry (DSVCo),

Au niveau Préfectoral :

Trente Huit (38) Directions Préfectorales de la Santé (DPS) dont 5 Directions Communales de Santé (DCS),

Le Ministère chargé de la Défense possède un Service de Santé des Armées (SSA).

a- Le sous-secteur public de la santé :

Les structures publiques de soins sont organisées en trois (3) niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui comprend deux échelons :
- Le premier échelon de soins regroupe les centres et postes de santé qui constituent la base de la pyramide sanitaire ;
- le deuxième échelon de soins du district est constitué par le centre médical communal et l'hôpital préfectoral ; ils servent de référence pour les formations sanitaires du district et de premier recours.

La gestion du système de santé de district incluant la coordination des interventions est assurée par la Direction Préfectorale de la Santé (DPS). C'est le lieu d'application des directives pour la mise en œuvre des interventions des programmes spécialisés.

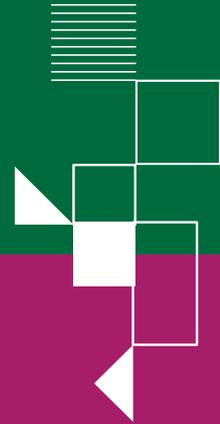
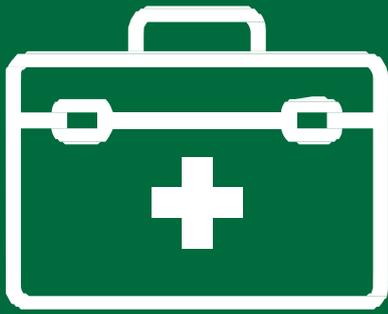
- Le niveau intermédiaire ou région sanitaire est représenté par les hôpitaux régionaux (HR). Ces hôpitaux sont spécialisés dans les prestations de soins de première urgence. Ils servent de référence et de premier recours aux districts, en cas de situations dépassant leur champ de compétence (soins secondaires). La Direction Régionale de la Santé impulse et coordonne les programmes spécialisés intervenant dans la région sanitaire.
- Le niveau central est constitué par les hôpitaux nationaux. Ces structures font office de Centres hospitaliers universitaires (CHU) pratiquant diverses spécialités. Ils constituent le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

b- Le sous-secteur privé de la santé

Le sous-secteur privé comprend d'une part, les structures médicales, et d'autre part, les structures pharmaceutiques et biomédicales. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le secteur privé à but lucratif composé des cabinets de consultations et de soins, des cliniques médicochirurgicales, des cabinets médicaux, des cabinets de soins infirmiers, des cabinets dentaires et des cabinets de sages-femmes ; et le secteur privé à but non lucratif composé du secteur privé associatif, privé confessionnel et para étatique. En ce qui concerne les structures pharmaceutiques et biomédicales, elles sont composées des points de vente, des officines, des grossistes répartiteurs, des unités de fabrication et des laboratoires d'analyses biomédicales.

En plus des structures publiques et privées, la Guinée compte un nombre important de tradi-thérapeutes avec la reconnaissance de l'importance de la médecine traditionnelle par le MSHP.

Celui-ci assure le pilotage de l'ensemble du système à travers la mise en œuvre et le suivi de l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé.



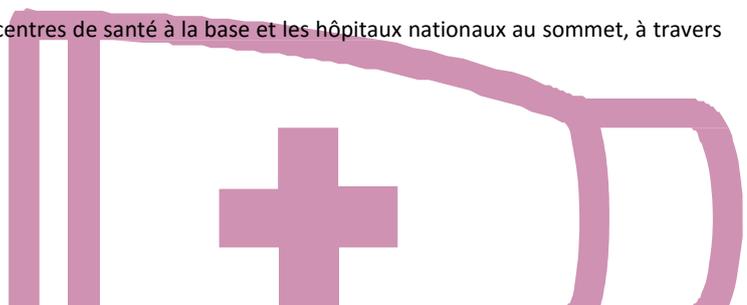
Projet de Construction, Rénovation et Equipement du Centre Hospitalier Régional de Matoto et de quatre (4) Hôpitaux Régionaux

Contexte du Secteur

Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services. En effet, l'ensemble des infrastructures du sous-secteur public présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation et de la faiblesse de la maintenance. De nombreuses structures sont peu fonctionnelles du fait de la dégradation de leur état physique mais aussi de la défectuosité des équipements et de leurs plateaux techniques, et de l'insuffisance du personnel compétent aux nouvelles technologies. Par ailleurs, certaines zones géographiques de la Guinée ne disposent d'aucune structure de soins. Ceci entraîne une faible satisfaction des malades, des professionnels et des pouvoirs publics quant à la qualité et à l'accès aux soins sanitaires.

Pertinence du Projet

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), il est prévu la création dans chaque commune de Conakry d'une structure hospitalière de premier recours appelé Centre Médico-Communal (CMC). Le CMC a pour vocation de servir de relais entre les centres de santé à la base et les hôpitaux nationaux au sommet, à travers



la prise en charge des cas référés des Centres de Santé. En particulier, la commune de Matoto qui est la plus peuplée de Conakry (807 046 habitants en 2012), ne dispose d'aucun hôpital de proximité.

D'où l'existence d'un besoin pressant de création d'une structure de référence dans cette commune.

Quant aux hôpitaux régionaux, ils ont pour vocation de prendre en charge les populations de la préfecture siège et de servir de référence pour les préfectures de la région. A cet effet, il existe sept (7) hôpitaux régionaux en Guinée, dont quatre (4) qui présentent un état de défectuosité avancée et nécessitent une rénovation. Il s'agit des hôpitaux de : Kindia, Labé, Kankan et de Nzérékoré.

Par manque de structures hospitalières appropriées, les malades sont obligés de parcourir de longues distances pour accéder aux structures les plus proches. Il en résulte des dépenses de santé élevées et une incidence négative de la faible accessibilité géographique de ces structures sur la prise en charge des cas d'urgence.

Ce projet a donc pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la commune de Matoto et de celle des régions de Kindia, Kankan, Labé et Nzérékoré et de réduire par là le taux de mortalité lié aux problèmes de santé.

Spécifiquement, le projet vise à :

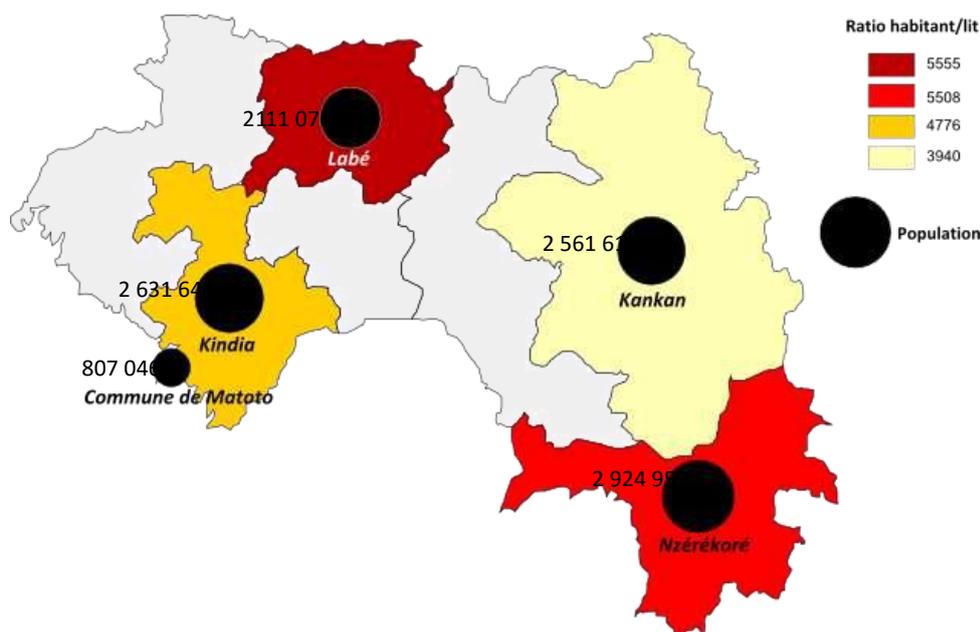
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Améliorer le cadre d'accueil et les conditions de travail du personnel ;▪ Améliorer la capacité de diagnostic et de traitement des pathologies prioritaires ;▪ Instaurer un modèle de gestion hospitalière pour les autres structures de la ville. Ce | <p>projet se fera en plusieurs étapes, dont les composantes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Construction de nouvelles infrastructures ;▪ Etude et supervision des travaux ;▪ Fourniture d'équipements médicaux et mobiliers de bureau ;▪ Renforcement des capacités de gestion. |
|---|---|

Justification / Demande

Ce projet concerne :

- La commune de Matoto dont la population était estimée en 2012 à 807 046 habitants, dont 32 282 enfants de 0 à 11 mois, et 201 762 femmes en âge de procréer, avec une densité moyenne de 21.156 habitants au km².
- La région administrative de Kindia, qui compte une population de 2 631 641 habitants et dispose d'une capacité d'hospitalisation de 551 lits, soit un ratio de 4 776 habitants par lit.
- La région administrative de Labé, qui compte une population de 2 111 076 habitants et dispose une capacité d'hospitalisation de 380 lits, soit un ratio de 5 555 habitants par lit.
- La région administrative de Kankan, qui compte une population de 2 561 619 habitants et dispose d'une capacité d'hospitalisation de 650 lits, soit un ratio de 3 940 habitants par lit.
- La région administrative de Nzérékoré, d'une population de 2 924 959 habitants avec une capacité d'hospitalisation de 531 lits, soit un ratio de 5 508 habitants par lit.





L'analyse de la situation actuelle du secteur de la santé en Guinée permet de mettre en évidence :

- L'inexistence d'un hôpital dans la commune de Matoto ;
- Une dégradation avancée des infrastructures qui sont vétustes et ne répondent plus aux normes ;
- Des conditions matérielles, technologiques et organisationnelles peu satisfaisantes ;
- Des références vers Conakry nombreuses et coûteuses pour les ménages ;
- La détérioration de la qualité des soins ;
- Une faible sécurité des soins offerts aux malades ;
- Une perte de confiance de la population dans les systèmes de soins.

Cadre réglementaire :

- Code de la santé
- Programme National de Développement Sanitaire 2003 -2012 (PNDS)
- Code des marchés publics
- Code des investissements

Cadre institutionnel :

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins

Synergies

- Tous les équipements seront desservis par des centrales de production d'énergie électrique sécurisée par des groupes électrogènes, d'où la nécessité de travailler en synergie avec la compagnie nationale Electricité de Guinée (EDG) pour l'alimentation en énergie.
- Des travaux de réhabilitation et d'extension du réseau de distribution d'eau potable seront nécessaires dans le cadre du projet. Cette étape verra l'intervention de la Société des Eaux de Guinée (SEG).
- Pour assurer la pérennité de fonctionnement des équipements et des infrastructures techniques à acquérir dans le cadre du projet, tout le personnel utilisateur et les techniciens de maintenance doivent bénéficier d'une formation technique adéquate.

Un volet renforcement de capacités humaines est également prévu dans le cadre du projet.

Impacts

Impact socio-économique :

- Amélioration de la qualité des soins et de la motivation du personnel ;
- Réduction du nombre d'évacuation sanitaire vers Conakry ;
- Réduction des dépenses de santé des populations de l'intérieur du pays (participation à la réduction de la pauvreté) ;
- Amélioration de la santé des Populations de la commune de Matoto et des régions de Nzérékoré, Kankan, Labé et Kindia ;

Montage du projet

Exécution du projet

- Les zones identifiées par ce projet sont : la Commune de Matoto et les hôpitaux régionaux de Kindia, Kankan, Labé et Nzérékoré.
- L'année de démarrage prévue du programme est 2014.

Les principales activités menées dans le cadre du projet sont les suivantes :

- **Travaux** : Génie civil et génie sanitaire pour la construction d'un complexe hospitalier comprenant la maternité, la pédiatrie, la chirurgie, la médecine générale d'une capacité de 140 lits d'hospitalisation avec des services annexes de laboratoire, d'imagerie médicale et d'endoscopie.
- **Fournitures d'équipement** : Livraison et installation des équipements biomédicaux (imagerie médicale, plateau technique, blocs chirurgicaux, laboratoire, explorations fonctionnelles, consultations et hospitalisation, fourniture d'outillage de maintenance) et de bureau
- **Maintenance** : Formation des ingénieurs à la maintenance, formation des utilisateurs à la manipulation des équipements.

Renforcement des capacités : Formation en gestion hospitalière, gestion de proximité, gestion informatisée, demande qualité.

Montage financier

Le tableau ci-dessous présente les estimations du coût du projet :

Composantes	Montants (en USD)
Infrastructure	20 577 500
Equipement logistique	24 155 420
Etudes et Supervision	4 473 290
Médicaments	2 570 840
Consommables médicaux	2 065 465
Assistance technique	4 775 000
Imprévues	2 930 875
TOTAL	61 548 390

Sources de financement

- Financement obtenu : Néant
- Financement à rechercher : 61 548 390 USD
- Potentiels bailleurs à solliciter : GIZ, BM, EuropeAID, UE, UNICEF, etc.

Risques et mitigations

- Des insuffisances éventuelles dans la réalisation des travaux de rénovation/construction ainsi que dans la phase d'exploitation des hôpitaux ;
- Diverses nuisances pour les malades engendrées par l'augmentation du trafic des engins lourds des chantiers ;
- Possibilité de mitiger ces risques par : **(i)** la mise en œuvre d'un dispositif adéquat de pilotage et de gestion du projet, **(ii)** l'aménagement de voies d'accès spécialement dédiées aux engins des chantiers, etc.

Contacts

Dr Aboubacar Conte

Directeur National Adjoint des Etablissements Hospitaliers et des Soins – Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

bocar49@yahoo.fr

+224 657 29 74 72

+224 621 29 74 72

M. Amadou Timbi Bah

Chef Division infrastructure, Equipement, Maintenance – Ministère de la Santé

amadoutimbibah@yahoo.fr

+224 655 29 12 88

+224 664 44 56 18

