République de Guinée

Rapport

ÉTUDE DE CAS DE LA SITUATION DES PERSONNELS LIES A LA PRATIQUE SAGE-FEMME EN GUINEE

Soumis par

HEALTH FOCUS GMBH

avec la collaboration de :

Décembre 2013

EQUIPE DE RECHERCHE

Dr Mohamed Lamine YANSANE : MD, MPH est le responsable de la représentation Health Focus permanente à Conakry. Sa carrière professionnelle en tant que médecin et responsable préfectoral pour la santé avait débuté à Dubreka. Il a été le responsable national du « Projet Santé Rurale Kissidougou, Guéckédou, Faranah» de la GTZ en Guinée de 1989 – 1997. Ensuite, durant une dizaine d'année le Dr Yansané a travaillé comme consultant international (GIZ, Health Focus, Banque Mondiale) pour le développement du secteur de la santé et la lutte contre le VIH et le SIDA dans plusieurs pays en Afrique (Burkina Faso, Tchad, Burundi, RD Congo) avant de revenir en Guinée. Ces dernières années, il a travaillé au MSHP comme Chef du cabinet et depuis 2011 il est Conseiller du Ministre de la santé et de l'hygiène publique en politique sanitaire.

Dr Facinet YATTARA : **MD, MPH** est un consultant international en santé publique : il a commencé sa carrière comme pédiatre à l'hôpital de Mamou et en Guinée Bissau dans le cadre de la coopération internationale. Ensuite il a travaillé comme superviseur national à la coordination du Projet PEV/SSP/ME avant d'entamer une carrière avec l'Unicef pendant une dizaine d'années en Guinée, en RD Congo, au Niger et au Cameroun. Il a ensuite travaillé avec d'autres institutions notamment, Save the Children, UK au Niger et la Coopération Technique Belge au Bénin. Ces dernières années Dr Yattara, a travaillé comme consultant indépendant notamment pour l'OMS, l'Unicef et Health Focus (Comores et Djibouti). Il a coordonné la révision de la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en Guinée et a réalisé plusieurs études et évaluations dont la dernière revue du PEV Guinée en décembre 2011.

Dr Aissatou DIENG : Gynécologue Obstétricienne et Médecin de Santé Publique avec une expérience de 13 ans en Gestion de programmes et projets, de Santé, de Lutte contre le Sida, de Genre et Droits de la femme dans la coopération au développement tant au niveau national qu'international avec plusieurs institutions (Université de Montréal, l'USAID, JHPIEGO, MSH, la Banque Mondiale et la GTZ) en Guinée, au sénégal et au Niger de 1999 en fin 2012. Elle est Vice-Présidente du Bureau Exécutif du REGUIRES (Réseau Guinéen de Recherche sur le Sida), Secrétaire Exécutive de l'ONG SARED (Sociologues et Associés en Recherche et Développement), Membre du Conseil d'Administration du Réseau Africain de Recherche sur le Sida (RARS), Membre de la Société Guinéenne de Gynécologie-Obstétrique (SOGGO), Membre du Conseil d'Administration du RARS (Réseau Africain de Recherche sur le Sida), Membre de la Société Guinéenne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOGGO), Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS), Assistante à la Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie de Guinée.

Dr Abdoulaye Maci BAH : Médecin et spécialiste en Gestion de la qualité a commencé sa carrière comme chirurgie dans les hôpitaux de districts puis Directeur d'hôpital à Kissidougou et Faranah en Guinée. Ila ensuite continué sa carrière comme Assistant technique de la GTZ pour l'Amélioration de la qualité en Guinée et au Cameroun. Il a participé à la mise en œuvre de programme « Concours qualité » en Guinée, au Cameroun et en RD Congo

Mr Thierno Amadou SOW : est sociologue diplômé de l'université de Conakry Master Training en DDG. Il a commencé sa carrière comme chargé de cours de méthodologie appliquée à l'ENI de Conakry. Mr SOW a ensuite travaillé comme Expert et Consultant long terme dans plusieurs projets de développement avec des Institutions Internationales comme Plan Guinée, UNICEF, la GIZ et dvv international. Depuis 2005, il a entamé une carrière de Consultant Indépendant dans le domaine social et du développement organisationnel. Il a travaillé sur plusieurs sujets dans les domaines de la santé de la reproduction, de VIH/SIDA, de l'Education CIP et animation communautaire au compte de plusieurs agences de développement : GIZ, Health Focus, GAC et dvv international.

Mr Mamadou Lamine BARRY, Bio - Statisticien, Consultant Indépendant, Spécialiste en Santé Publique. Il dispose se de compétences en informatique, élaboration des bases de données dynamique, et en système d'information géographique (SIG). Il a collaboré avec les organisations du système des nations unis (OMS, Unicef, UNFPA…), l'UE, les Bureaux d'Etudes (BECODE, BASICs, AREVA…), et des ONG (Plan Guinée, UGVD…). Il participe à la gestion des des données d'utilisation des services de sante du Ministère de la santé et de l'hygiène publique.

Avec la collaboration de :

Marie HATEM, Ph.D, Professeure agrégée, Université de Montréal, Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive. Elle a contribué à la conception du protocole d'étude, à l'élaboration des différents outils de collecte, à la formation des enquêteurs. Elle a appuyé la rédaction du rapport.

Dr Christel Jansen, Chercheur à l'Institut royal des tropiques (KIT) Amsterdam, Pays Bas. Elle a contribué à l'élaboration des questionnaires, à l'analyse des projections et l'élaboration des stratégies.

Contenu

RESUME EXECUTIF 8

SIGLES ET ACRONYMES 14

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION, CONTEXTE ET OBJECTIFS 17

1.1 INTRODUCTION 17

1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE DE CAS SUR LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS EN SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE 19

DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE 20

2.1 CADRE THEORIQUE 20

2.2 MÉTHODOLOGIE 22

2.2.1 Stratégie et devis de recherche 22

2.2.2 Source des données et Echantillonnage 22

2.2.3 Variables et thèmes de l'étude 25

2.2.4 Procédure de collecte de données et instruments 28

2.2.5 Préparation et conduite de l'étude 29

2.2.6 Révision et adaptation des outils. 30

2.2.7 Elaboration des masques de saisie et déroulement de l'enquête 30

2.2.8 Traitement des données 31

2.2.9 Contrôle de la qualité des données 31

2.2.10 Analyse des données 31

2.2.11 Considérations éthiques 32

TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS 33

3.1. SITUATION DU PAYS, DE LA POPULATION EN GÉN.RAL, DE LA POPULATION CIBLE DES SOINS LIÉS À LA PRATIQUE SF 33

3.1.1 Présentation Générale Du Pays 33

3.1.2 Situation de la Sante Maternelle et Néonatale 34

3.2. SITUATION DES SERVICES ET DU PERSONNEL DE SANTÉ MÈRE-NOUVEAU-NÉ 37

3.2.1 Disponibilité 37

3.2.2 Accessibilite aux services SMN 63

3.2.3 Acceptabilié aux services SMN 63

3.2.4 Les services de SMN offerts/reçus 90

3.2.5 Efficacite des services SMN 99

QUATRIEME PARTIE : LES DIFFICULTES ET GOULOTS D'ETRANGLEMENT 107

4.1 DISPONIBILITÉ 107

4.2 ACCESSIBILITÉ 107

4.3 ACCEPTABILITÉ 107

4.4 QUALITÉ 107

CINQUIEME PARTIE : LES STRATÉGIES PROPOSÉES. 108

5.1 DISPONIBILITÉ 108

5.2 ACCESSIBILITÉ 108

5.3 ACCEPTABILITÉ/ QUALITÉ 108

SIXIEME PARTIE : SYNTHESE 109

BIBLIOGRAPHIE 110

ANNEXES 112

Liste des figures

Figure n° 1 Différentes phases du processus de l'analyse de la pratique des soins SMN 18

Figure n° 2 cadre theorique de l'analyse 20

Figure n° 3. Modele de Tanahasi 21

Carte n° 1 position geographique des regions et districts sanitaires participants 24

Carte n°2 : decoupage administratif de la Guinée par region sanitaire 33

Liste des Graphiques

Graphique n° 1 proportion des ats dans l'effectif du personnel lie a la pratique sf et leur repartition par region (en %) 39

Graphique n° 2 proportion des sf dans l'effectif du personnel lie a la pratique sf et leur repartition par region (en %) 40

Graphique n° 3 proportion des ide dans l'effectif du personnel lie a la pratique sf et leur repartition par region (en %) 41

Graphique n° 4 proportion des medecins generalistes dans l'effectif du personnel lie a la pratique sf et leur repartition par region (en %) 42

Graphique n° 5 proportion des medecins gynecologues dans l'effectif du personnel lie a la pratique sf et leur repartition par region (en %) 43

Graphique n° 6 repartition du personnel lie a la pratique sf par categories professionnelles (en %) 44

Graphique n° 7 repartition du personnel lie a la pratique sf selon les zones (en nombre) 45

Graphique n° 8 disponibilite des rh-smn par rapport aux besoins des populations 46

Graphique n° 9 évolution de differents ratio paramedicaux / medecins diplômés de 2006 a 2015 48

Graphique n° 10 évolution du ratio habitants/formations sanitaires de districts 53

Liste des Tableaux

Tableau n° 1 repartition des categories professionnelles et echantillon par structures sanitaires evaluees 23

Tableau n° 2 liste des institutions de formation enquetees 24

Tableau n° 3 : effectifs des populations cibles spécifiques des programmes de santé par région 34

Tableaux n° 4 informations sur les etablissements de formation en sante 55

Tableaux n° 5 : effectifs actuels d'etudiants pour les 3 dernieres annees par établissement de formation. 55

Tableau n° 6 recapitulatif des points de vue des etudiants sur la proportion reelle de la pratique en situation clinique lies a la pratique sage-femme et la conduite des programmes de formation. 57

Tableau n° 7 disponibilite du personnel des sites visites smn selon la formation initiale et le mode de recrutement 58

Tableau n° 8 formation reçue au poste de travail par personnel smn en fonction du domaine et du lieu. 60

Tableau n° 9 repartition du personnel lie a la pratique sf selon le logement 61

Tableau: n° 10 proportions des formations sanitaires assurant des sonu 24h/24 et 7j/7 par region et par type de formation sanitaire 64

Tableau n° 11 accessibilite du personnel smn par categorie professionnelle et par fonction 65

Tableau : n° 12 categories professionnelles et formation continue au poste de travail 67

Tableau n° 13 distance moyenne entre les formations sanitaires et leur structure de reference la plus proche assurant les services smn par region 69

Tableau n° 14 acces aux moyens de communication de service fonctionnels 70

Tableau n° 15 repartition des formations sanitaires selon l'accessibilite des moyens de transport des cas a referer par region et par type de formation sanitaire. 71

Tableau : n° 16 temps accorde a la cpn, par categorie professionnelle et par cliente en soins smn. 73

Tableau : n ° 17 temps accorde aux accouchements assistes, soins obstetricaux de base, soins obstetricaux complets et a la cpon1 par categorie professionnelle et par cliente en soins smn. 73

Tableau : n° 18 services/activites accessibles et categories professionnelles selon l'etude de cas. 75

Tableau n° 19 repartition de la charge de travail par categories professionnelles des services smn 75

Tableau n° 20 raisons de la non utilisation de la structure la plus proche 84

Tableau n° 21 proportion des prestataires satisfaits de leur formation initiale 86

Tableau n° 22 proportion des prestataires satisfaits de leur environnement de travail 86

Tableau n° 23 proportion des prestataires satisfaits de leur materiels et equipements 87

Tableau n° 24 proportion des prestataires satisfaits de leur horaire de travail 87

Tableau n° 25 motivation des prestataires vis a vis du salaire et des autres avantages 88

Tableau n° 26 composants des soins prenatals et leur utilisation 90

Tableau n° 27 repartition de l'activite cpn entre le personnel **91**

Tableau n° 28 tendance de l'utilisation actuelle de la contraception **92**

Tableau n° 29 taux d'utilisation de la pf par region **93**

Tableau n° 30 principaux indicateurs de la ptme **93**

Tableau n° 31 personnel charge des accouchements par type de formation sanitaire **95**

Tableau n° 32 personnels sonuc dans les structures enquetees **97**

Tableau n° 33 : qualite technique cpn **100**

Tableau n° 34 qualite technique en per natal **102**

Tableau n° 35 qualite technique en post natal **103**

Résumé exécutif

Située en Afrique Occidentale à 10° au nord de l'équateur, la République de Guinée est limitée par la Guinée Bissau au Nord-ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays s'étend sur 800 km d'Est en Ouest, et 500 km du Nord au Sud et couvre une superficie totale de 245 857 km².

La Guinée est divisée en quatre régions naturelles lesquelles sont subdivisées en huit régions administratives: Conakry, Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et Nzérékoré. Les Régions administratives comptent 33 préfectures, 38 communes urbaines et 302 communautés rurales de développement. Avec un taux de croissance démographique de 3,1%, la population guinéenne est estimée à 11.994.373 habitants en 2013 selon les projections de l'Institut national de statistique.

Trois Guinéens sur quatre sont analphabètes (EDS III 2005), avec des proportions d'analphabètes beaucoup plus élevées chez les femmes, ainsi que dans les populations rurales. En plus du faible niveau d'éducation, des raisons socioculturelles contribuent aussi aux attitudes et comportements souvent peu favorables à la santé de la majorité de la population.

Concernant la situation de la santé maternelle, le ratio de mortalité maternelle très élevé soit 710 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDSG IV 2012), interpelle toutes les sphères de la société : les citoyens, les décideurs, les acteurs et les partenaires au développement. Le pourcentage d'accouchements assistés a évolué de 38,5% en 2005 (EDS III) à 47% en 2012 (EDSG IV). Ainsi, en raison de nombreux facteurs, la majorité des accouchements se fait à domicile et cela contribue à la « tragédie de mourir en donnant la vie ».
Les principales causes de la mortalité maternelle en Guinée ont été classées, selon le rapport de l'évaluation des SONU en 2003, en causes directes, causes sous-jacentes et causes profondes. Les causes directes de mortalité sont essentiellement liées aux complications obstétricales telles que : les ruptures utérines (23 %) ; les éclampsies (19%) ; les infections puerpérales (16 %) ; les avortements compliqués (16%) ; les hémorragies et anémies ante et post-partum (15%) ; les dystocies (10%) et les grossesses extra-utérines (1%) ;

Les Causes indirectes/sous-jacentes quant à elles comprennent : Les grossesses précoces, non désirées, tardives, trop rapprochées ; la malnutrition, le paludisme ; l'insuffisance d'intégration des Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (SONUB), l'insuffisance d'intégration des Soins obstétricaux et néonatals d'urgence complet (SONUC), la faible utilisation des services de Planification Familiale et des moyens contraceptifs ; et, l'insuffisance d'organisation des services et des communautés.

Les causes profondes de la mortalité maternelle sont celles sur lesquelles les services de santé ont très peu d'effet. On identifie entre autres : les faibles ressources allouées au secteur de la santé par l'État, l'enclavement des zones rurales, la mauvaise gouvernance, le bas niveau socio-économique et l'analphabétisme d'une grande partie de la population.

S'agissant de la santé néonatale, ***l***e taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1000 naissances vivantes (EDS-IV 2012). Les principales causes de mortalité néo-natale en Guinée peuvent également être classées en causes immédiates, causes sous-jacentes et causes profondes.

Les causes directes de cette mortalité se répartissent comme suit : les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (23%), la prématurité (20%), le tétanos néonatal (11%), les malformations (5%), les diarrhées (3%) et les causes diverses (7%). Par ailleurs, le faible poids à la naissance et la malnutrition font également partie des principaux facteurs de risque et sont associés à 50% des décès de cette catégorie de la population (Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile, 2012).

Les causes sous-jacentes de la mortalité néo-natale demeurent la malnutrition, le paludisme des mères, les grossesses rapprochées, les grossesses précoces ou tardives, la multiparité, l'insuffisance de suivi prénatal, le manque d'assistance médicale à l'accouchement, l'absence de suivi post-natal ainsi que la faible qualité et accessibilité aux soins obstétricaux et néonatals d'urgence et le manque notoire d'équipements de réanimation du nouveau-né dans les structures enquêtées du pays.

Au titre des causes profondes contribuant à la mortalité néonatale on note : l'insalubrité de l'habitat et de l'environnement, l'analphabétisme des mères, l'extrême pauvreté des ménages et la mauvaise gestion des ressources.

Ce constat de fait a amené le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), en collaboration avec ses partenaires au développement dans le cadre de l'initiative Muskoka financée par le gouvernement français, à procéder à l'analyse de la situation du personnel lié à la pratique sage-femme en Guinée en trois étapes. La première étape porte sur l'analyse documentaire couvrant la problématique en question.

La deuxième étape est consacrée à une **étude Complémentaire** dont l'objectif est l'évaluation de la situation du personnel en Santé Maternelle et Néonatale (SMN) sur la base d'une « **étude de Cas »** qui a cherché à répondre aux questions suivantes : Quel est le type de personnel SF disponible aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du pays et la situation géographique ? Quel est le niveau de disponibilité et d'accessibilité du personnel lié à la pratique SF selon les niveaux de la pyramide sanitaire et la situation géographique. Quel est le degré d'acceptabilité des services de soins SMN offert par le personnel lié à la pratique SF ? Quelle est la qualité des services de soins SMN offert par le personnel lié à la pratique SF ? Comment tous ces aspects influencent-ils la situation de la mortalité maternelle et néonatale et quelles sont les mesures qui permettront d'améliorer la situation ?

Le présent document rapporte les résultats de cette étude, résultats qui serviront, à la troisième étape du processus d'analyse donnant lieu à la formulation de recommandations dont le but sera d'améliorer la situation de la mortalité maternelle et infantile en Guinée.

De manière générale, les résultats de l'étude indiquent que : la situation actuelle de la mortalité maternelle et néonatale est fortement tributaire de la disponibilité du personnel lié à la pratique SF au niveau des structures de la pyramide sanitaire.

En ce qui concerne la disponibilité du personnel lié à la pratique SF, il convient de signaler que les textes fondamentaux que sont : la Constitution, la Loi/010/SR, le Statut général des Fonctionnaires, le Statut particulier du personnel de la santé et le Code du travail qui forment le socle juridique de la gestion des ressources humaines en santé (RHS) des sous-secteurs public et privé définissent les dispositions et les principes visant à assurer à chaque Guinéen le droit à la santé et au bien être. Dans le

contexte de la Guinée, le personnel lié à la pratique sage-femme comprend essentiellement les catégories professionnelles suivantes: les matrones et Accoucheuses villageoises, les Agents techniques de santé, sages-femmesles Infirmiers, les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et les pédiatres.

Selon le recensement du personnel de santé de 2009, 81% du personnel se retrouvent en zone urbaine qui ne représente que 30% de la population. Ce déséquilibre quantitatif en défaveur des zones rurales par catégorie se présente comme suit : 31% des ATS, 11% des Infirmiers, 7% des SF 2% des gynécologues, 2% des médecins généralistes et 0% des pédiatres sont en fonction dans les zones rurales. Si la formation initiale reste la base de tout développement des ressources humaines de qualité, les formations dans les secteurs publics et privés ne s'appuient pas sur une politique et/ou un plan national de formation du personnel de santé. Ainsi, des obstacles majeurs limitent la qualité et la pertinence des programmes de formation dans les établissements publics et privés. Le recrutement du personnel de la santé quant à lui, est organisé par le ministère en charge de la fonction publique. Il s'effectue par voie de concours et ne peut être dérogé de celui là que si le nombre de candidat est inférieur ou égal au nombre de postes à pourvoir.

Les résultats de l'étude de cas ont montré que les établissements de formation relèvent des secteurs publics et privés offrent différentes filières de formation (Médecins, Gynécologues, Sages-femmes, Infirmiers d'État, Techniciens de laboratoire et ATS). Les effectifs d'étudiants accueillis dans ces établissements de formation dépassent le nombre de places disponibles. Même dans les établissements où l'inscription des étudiants à former est fonction des effectifs prédéfinis par le Ministère de l'Education suivant les filières existantes, le nombre d'étudiants inscrits est supérieur aux capacités d'accueil des établissements. Dans les sites visités, les fonctions occupées par les prestataires interrogés ne sont pas en adéquation avec la description des tâches inscrite dans les textes fondamentaux de fonctionnement du MSHP. Les Sages-femmes sont faiblement représentées à certains niveaux de la pyramide sanitaire (HR, HP et Centre de Santé Urbain (CSU) de Kindia, Guéckédou et Dubréka. Les gynécologues sont quasi inexistants au niveau de l'ensemble des structures visitées sauf à la maternité du HR de N'Zérékoré. Dans les CSR de Nongoa et de Madina Oula les fonctions liées aux accouchements et au suivi de la grossesse sont assurées respectivement par une ATS et une Matrone. Cet état de fait confirme le constat du rapport de l'analyse documentaire de la pratique de soins SF selon lequel :

> « La catégorie de matrones non professionnelles des services de santé, est d'un appui très considérable dans l'accompagnement des femmes au cours de leur grossesse et de l'accouchement. Elles sont les plus régulières dans les services de santé, pratiquent les examens d'urine et les accouchements ».

S'agissant du statut d'emploi, sept prestataires sur les 36 interrogés (19%) n'ont pas été formellement recrutés malgré leur présence en permanence dans les structures sanitaires. Aussi, la quasi-totalité des prestataires entretenus se situent dans la tranche d'âge de plus de 35 ans ce qui explique par endroit, le caractère vieillissant du personnel impliqué dans la pratique sage-femme**.**

Le déploiement inadéquat et inapproprié du personnel lié à la pratique SF et l'absence de plan de fidélisation du personnel dans les zones défavorisées compromettent dangereusement l'accessibilité des populations aux services SMN.

En ce qui concerne l'Accessibilité, la répartition du personnel par poste est inadéquate dans les structures de santé. Les agents de santé occupent plusieurs postes à la fois, probablement à cause de la

pénurie de certaines catégories de professionnels de santé. La dénomination de ces postes n'est pas constante dans les différentes structures, situation qui ne facilite pas la catégorisation des postes. Selon le rapport d'évaluation des besoins en SONU finalisé en janvier 2013, au plan national, 4 formations sanitaires sur 5 assurent des services SONU 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'offre de services est permanente dans la quasi-totalité des hôpitaux. Cependant, 22,3% des centres de santé du secteur public et 36% de ceux du secteur privé n'assurent pas ces services de façon continue. Ces résultats corroborent les constats obtenus avec les données de l'étude de cas. Certains centres de santé et hôpitaux publics n'ont pas de cadres adéquats pour la permanence et la garde par endroits, des salles d'accueil servent de lieux d'orientation et de premiers soins. Les prestataires qui y sont postés se font également aider par des bénévoles et des ASBC qui en général n'ont aucune compétence en soins de SMN. Dans la préfecture de Guéckédou, seul le Centre Médical Communal (CMC) de Wende Kenema assure les SONU de façon continue. Les proportions les plus faibles ont été retrouvées dans le Centre de Santé Urbain (CSU) de Dubréka (10%) et au CMC de Kondéya (15%).

Pour les structures sanitaires qui n'assurent pas de SONUC, les centres de référence les plus proches se situent en moyenne à 50 km. Le temps nécessaire pour s'y rendre est estimé à 2h pour la région Kindia. Par contre, dans la région de Nzérékoré, les centres de référence les plus proches sont situés à une distance allant de 20 Km à 956 km. Dans la ville de Conakry, les formations sanitaires réfèrent à la maternité de Donka et d'Ignace Deen les cas de chirurgie obstétricale. La durée de trajet pour se rendre dans ces formations sanitaires d'un niveau supérieur est estimée à 36 minutes pendant la saison sèche et 1h en saison pluvieuse. Pour accéder aux services de référence en néonatologie, les distances et le temps d'accès sont plus élevés. En effet, les services de néonatologie se situent en moyenne à 50 km des formations sanitaires et le temps pour s'y rendre est estimé en moyenne à 1 heure 34 minutes. La situation est plus criarde dans la région de Kindia avec le service de néonatologie situé à 135 km soit un trajet d'une durée moyenne d'environ 3 heures. Dans la région de Nzérékoré, bien que la distance de Guéckédou à Nzérékoré soit de 277 km, le temps de voyage pour accéder au service de néonatologie est estimé à environ 4 heures. La plupart du temps, l'état des routes explique les durées assez longues de trajet. Parmi les 12 structures de santé étudiées à l'intérieur du pays, seuls 15% sont situées à moins de 2 heures de route du centre de référence à même d'offrir des services de chirurgie obstétricale et de soins néonatals, et 45% sont situés entre 2 et 6 heures de route. À Conakry 86,8% des cas qui sont pris en charge à la maternité de l'hôpital national et au service de pédiatrie viennent d'une formation sanitaire située à moins de 2 heures de route.

Pour les services de néonatologie, seulement 5% des hôpitaux préfectoraux et CMC réfèrent les nouveau-nés présentant des complications à des structures situées dans un rayon de 2 à 6 heures de trajet à l'exception de Nzérékoré (Conakry en général). Au niveau des centres de santé, cette proportion est quasi inexistante. En général, pour les services de néonatologie, 15% des structures de référence les plus proches sont à moins de 2 heures de route des établissements publics. Par ailleurs, **l**e moyen de communication le plus disponible dans les formations sanitaires est le téléphone portable appartenant au personnel (100% des prestataires interrogés disposaient de téléphone portable, privé). Même si ces portables sont personnels, les agents de santé les utilisaient tout de même pour les références des patientes. Par contre, il n'existe quasiment pas de système de remboursement des frais d'utilisation des téléphone dans les établissements pour le personnel à l'exception des responsables des formations sanitaires.

La non application des textes réglementaires devant faciliter l'accessibilité du personnel ne contribue pas à améliorer l'acceptabilité des services SMN par les populations bénéficiaires.

***Pour ce qui est de* l'acceptabilité des soins par la population**, elle est évaluée en termes de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité techniques et non techniques des soins, l'organisation des services, la disponibilité du personnel, l'accessibilité au personnel et aux soins prodigués; etc. Dans l'étude de cas, les données relatives à l'acceptabilité, ont été recueillies au travers des groupes de discussions conduits auprès des femmes, des hommes, des leaders communautaires et des ASBC et du questionnaire administré aux accouchées dans les formations sanitaires enquêtées. Il ressort des entretiens, qu'en général, les femmes connaissent bien la consultation prénatale (CPN) et son utilité.

Elles disent recourir aux services des différentes catégories de personnels de santé pour y recevoir des soins liés à leur grossesse. Les mêmes types de réponses ont été donnés par les hommes et les leaders communautaires en ce qui a trait à la connaissance de l'utilité de la CPN et des types de personnes auxquels leurs femmes ont recours pour le suivi de leur grossesse. Le choix de l'utilisation des structures citées est fonction de la distance, de la disponibilité du personnel et des médicaments et de la gratuité des produits. Le personnel de santé est en général bien apprécié à cause de sa disponibilité, de sa compétente et de son accueil.

L'étude de l'acceptabilité de la qualité de la formation par le personnel de santé montre que la majorité du personnel de la pratique sage-femme entretenu, (75%) se déclarent satisfaits de sa formation initiale. Selon les déclarations des SF et matrones, les raisons de satisfaction sont entre autres : la possibilité de sauver des vies humaines et l'acquisition de nouvelles connaissances. Toutefois, si la grande majorité des prestataires de service déclarent être satisfaite des horaires de travail, il n'en est pas de même pour les gynécologues, les médecins généralistes et les matrones. Ces catégories sont unanimes sur la charge de travail jugée énorme. Les gardes et permanences ne sont pas primées et s'effectuent dans des conditions de travail difficiles sans sources d'éclairage adéquates. Concernant les possibilités d'avancement, 26 des 30 prestataires interrogés sont des fonctionnaires mais un seul d'entre eux (3.8%) était plutôt satisfait des possibilités d'avancement alors que 19 (soit 73%) ne sont pas satisfaits parmi lesquels 7 (27%) sont d'ailleurs très insatisfaits. Six des 24 prestataires interrogés étaient indifférents quand ils se sont prononcés sur les possibilités d'avancement.

En ce qui a trait à la satisfaction financière, certains prestataires interrogés affirment ne recevoir ni salaire, ni primes de motivation depuis plusieurs années. Malgré leur temps de travail pleinement consacré aux activités SMN, les prestataires rencontrés aux CSR et CSU du niveau périphérique n'ont également pas de contrat de travail même avec les communautés qui abritent leur structure sanitaire. Cette situation de faite ne permet pas aux stratégies de gratuité des soins SMN et des soins de césarienne d'être efficaces comme prôné par le Gouvernement Guinéen.

L'environnement actuel de travail du personnel lié à la pratique SF compromet la qualité des services SMN.

Dans la présente étude, l'efficacité des services a été appréciée à travers l'observation des prestataires en situation pratique de CPN, d'accouchement et de consultation postnatale (CpoN) et aussi par l'évaluation de l'unité obstétricale. Cette disposition a permis également de croiser les données collectées sur la qualité technique et non technique des services SMN dispensés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le regroupement des prestataires en fonction du type de structure sanitaire et de la catégorie professionnelle a permis de formuler certaines hypothèses quant au lien qui pourrait exister entre la qualité de la prestation offerte, le niveau de la pyramide sanitaire auquel est situé la formation sanitaire, l'environnement et les conditions de travail (notamment les formations continues, les supervisions et le type de motivation dont bénéficie ou non le personnel impliqué pour les services SMN). Les résultats montrent que, dans la globalité des situations vécues, les prestations de services de CPN dans les structures visitées ne sont pas de bonne qualité. Seule une catégorie professionnelle, celle des médecins gynécologues, a pu atteindre un score satisfaisant de 77% du point de vue de la qualité technique. Les sages-femmes offrent un service de qualité plus faible avec un score moyen de 65% sur la même variable qualité technique, alors que les autres catégories professionnelles observées (soit les IDE et les ATS) n'ont obtenu qu'un score moyen de 47,6%.

Le score de qualité technique relativement élevé chez les médecins gynécologues pourrait s'expliquer par la qualité de la formation initiale et continue reçue par ces professionnels. En effet, les gynécologues observés sont pour la plupart titulaires d'un Diplôme d'études supérieures (DES) et bénéficient très souvent de formations complémentaires spécifiques, notamment dans le domaine de la pratique des soins sage-femme. Le faible score de qualité technique obtenu par les ATS et IDE pourrait s'expliquer par le fait que dans leur formation initiale, le crédit horaire accordé aux soins sage-femme est nettement insuffisant, comparativement à celui accordé dans la formation initiale des sages-femmes.

En ce qui concerne l'accouchement, la pratique a été observée chez 11 prestataires parmi lesquels on compte 7 sages-femmes, 2 ATS, 1 IDE et 1 médecin généraliste (MG). Le score global de qualité technique pondéré varie entre 13,75% à 40,5%, ce qui témoigne de la faible qualité d'exécution de l'acte d'accouchement chez ces prestataires. S'agissant de la CPoN, il a été constaté que la qualité des services offerts dans les structures de santé visitées est également faible. Aucun des prestataires observés n'a atteint le niveau d'excellence (score supérieur ou égal à 95%). Seuls deux MG faisant office de gynécologues ont obtenu des scores satisfaisants s'élevant à 83,3% et 75,9% ; les sages-femmes ont obtenus un score relativement faible allant de54,6% à 72,2%, les scores les plus faibles ont été observés avec la catégorie des ATS et des IDE avec des scores moyens respectifs de 49,4% et 42,7%.

L'évaluation de l'organisation de l'unité obstétricale a porté sur un hôpital national, deux hôpitaux régionaux, deux hôpitaux préfectoraux, deux CMC, deux CSU, deux CSR, et deux postes de santé. Les équipements et matériels pour administrer les soins de SMN sont insuffisants et vétustes. De plus, la plupart des équipements et matériels qui sont fonctionnels et de qualité sont la propriété du personnel qui les utilise. Par ailleurs, les tabliers et les gants avec manchette manquent, dans la quasi-totalité des structures visitées de même que la ventouse et le forceps qui n'existent pas non plus dans la presque totalité des salles d'accouchement. Par contre, les appareils à aspiration de mucosités pour nouveau-nés existent presque partout. Les médicaments pour les urgences existent en salle d'accouchement et le contrôle est fait quotidiennement par la sage-femme maitresse.

Sigles et acronymes

APNDS	Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire
ANIGUI	Association des infirmiers de Guinée
AV	Accoucheuse villageoise
AS	Aide santé
ASBC	Agent de Service à Base Communautaire
ASFEGUI	Association des sages-femmes de guinée
ATS	Agent technique de santé
BND	Budget national de développement
CMC	Centre médical communal
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'ouest
CISRHS	Comité intersectoriel pour les ressources humaines en santé
CNLS	Comité National de Lutte Contre le Sida
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CNT	Conseil national de transition
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CPN	Consultation prénatale
CpoN	Consultation postnatal
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de santé amélioré
CSR	Centre de santé rural
CSU	Centre de santé urbain
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
CTPS	Comité Technique Préfectoral de Santé
DES	Diplôme d'études spécialisées
DH	Directeur d'Hôpital
DNSFN	Directeur national santé familiale et nutrition
DMR	Directeur des Micros Réalisations
DRS	Directeur (Direction) Régional (e) de la Santé
DPS	Directeur (Direction) Préfectoral (e) de la Santé
DRH	Division des ressources humaines
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSK	Ecole nationale de la santé de Kindia
ESSFK	Ecole supérieur Sage-femme de Kobaya

FMPOS	Faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie
FAF	Fer acide folique
FINEX	Financement extérieur
FMI	Fonds monétaire international
FP	Fonction publique
FS	Formation sanitaire
GNF	Guinée nouveau franc
GYN	Gynécologue
HF	Health Focus
HP	Hôpital préfectoral
HN ID	Hôpital national Ignace Deen
HR	Hôpital régional
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEC	Information, éducation, communication
INSE	Institut de nutrition et de santé de l'enfant
IRA	Infection respiratoire aigue
MATD	Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation
MG	Médecin Généraliste
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MFP	Ministère fonction publique
MSHP	Ministère de la Sante et de l'Hygiène Publique
OOAS	Organisation ouest africaine de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCIMNE	Prise en charge intégrée des maladies du nouveau né et de l'enfant
PEV/SSP/ME	Programme élargi de vaccination, soins de santé primaires
PF	Planification familiale
PI	Prévention des infections
PSDRH	Plan stratégique de développement des ressources humaines
PSR	Poste de santé rural
PTF	Partenaire technique et financier
PTME :	Prévention de la transmission mère enfant
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PMA	Paquet minimum d'activités
PNMSR	Programme national maternité sans risque

RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RHSMN	Ressources humaines en santé maternelle et néonatale
SAA	Soins après avortement
SBC	Service à base communautaire
SASDE	Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant
SMN	Santé maternelle et néonatale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SF	Sage-femme
SIGP	Système d'information pour la gestion du personnel
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SOE	Soins obstétricaux essentiels
SONU	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
TA	Tension artérielle
TL	Technicien de laboratoire
TPI	Traitement Préventif intermittent
UHTS	Unité hospitalière de transfusion sanguine
UNFPA	Fonds des nations unis pour les activités de population
UGANC	Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
USAID	Agence international de développement des états unis
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION, CONTEXTE ET OBJECTIFS

1.1 INTRODUCTION

En Guinée, le ratio de décès maternels est de 710 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale est estimée à 35 pour 1000 (EDS-IV 2012[1]). Ces taux de mortalité maternelle et néonatale anormalement élevés sont en inadéquation avec le niveau de la couverture effective en consultation prénatale (CPN) qui est de 80% en moyenne. Selon l'évaluation nationale des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) réalisée en 2003, les complications obstétricales représentent près de 70% des causes de décès maternels. Selon l'UNFPA, en 2010 il y aurait eu environ 182 complications obstétricales et néonatales par jour dans l'ensemble du pays dont 109 en zone rurale.

Le rapport de l'analyse documentaire de la pratique des soins sage-femme réalisé par le Ministère de la santé en 2012, avec la collaboration de l'OMS, l'Unicef, l'UNFPA et sur financement du gouvernement français à travers les Fonds Muskoka montre que la plupart des indicateurs de processus sont bons ou très bons alors que les indicateurs d'impact sont mauvais. Ainsi, par exemple, la couverture en CPN selon l'EDS IV 2012 est de 85% alors que seuls 47% des femmes accouchent sous assistance d'un personnel qualifié, situation qui explique bien le niveau des indicateurs de santé maternelle et néonatale. Cette situation laisse croire que la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des interventions ne sont pas satisfaisantes et qu'on pourrait alors y jouer un rôle important. En effet, le fait qu'à date la Guinée ne remplit aucune des normes en matière d'indicateurs SONU, pourrait très bien expliquer ces taux de mortalité maternelle et néonatale élevés malgré les 85% de couverture en CPN puisqu'une bonne partie des décès est liée aux complications qui doivent être gérées en urgence à l'aide d'équipements adéquats.

Chaque décès ou complication représente une tragédie individuelle pour la femme, son partenaire, ses enfants et sa famille. Quatre-vingt pour cent (80%) des principales causes de ces décès et complications peuvent être évitées grâce à des mesures qui ont fait leurs preuves et qui sont d'un coût abordable même quand les ressources sont limitées, même dans les pays les plus démunis du monde. Mais, pour cela, il faut disposer des bonnes informations sur lesquelles baser les actions nécessaires. Les chiffres accablants du poids global de la mortalité liée à la grossesse sont désormais connus. Même s'ils sont assez accablants, ils ne disent pas tout. Ils ne nous indiquent pas pourquoi les femmes continuent à mourir dans un monde où les connaissances et les ressources permettant d'empêcher ces décès sont disponibles ou pourraient l'être; ils ne nous aident pas non plus à déterminer ce qui peut être fait pour prévenir ces décès.

Pour rassembler les ressources nécessaires à l'amélioration de la situation de la mortalité maternelle et néonatale en Guinée, une analyse documentaire a été conduite en 2012. Cette analyse basée sur les documents existants et les entrevues avec les principaux acteurs du milieu de la santé maternelle et néonatale (SMN) a permis :

1) de dresser le portrait de la situation du personnel lié à la pratique sage-femme (SF) et la planification familiale,

1 EDS4 2012

2) d'identifier les lacunes éventuelles dans les connaissances qui fournissent un portrait global de la situation des ressources humaines en SMN.

Compte tenu de l'impact des soins obstétricaux et néonatals de qualité sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, il est apparu nécessaire, suite à l'analyse documentaire de la pratique des soins sage-femme - première phase du processus de réaliser une étude de cas (phase 2) sur la qualité des interventions en relation avec la santé de la mère et du nouveau-né. Une telle étude permettrait de mieux comprendre le phénomène et d'y apporter les meilleures solutions, notamment en termes de projections (phase 3) en ce qui concerne les personnels impliqués dans les soins sage-femme.

Figure n° 1 Différentes phases du processus de l'analyse de la pratique des soins SMN

Le présent rapport couvre la deuxième étape de ce processus soit l'étude de cas.

1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE DE CAS SUR LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS EN SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Depuis 2012, le MSHP avec l'appui de ses partenaires, dans le cadre de l'Initiative Muskoka, a enclenché un processus d'analyse de situation des personnels de santé liés à la pratique de soins sage-femme en vue de l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et néo natale. La finalité de ce processus est de permettre à la Guinée d'avoir des services de santé

> « *disposant des ressources humaines compétentes et motivées* avec des *moyens adéquats*, *dans un environnement de travail approprié* pour fournir *des prestations de qualité dans le but de réduire la mortalité maternelle et néo natale* ». [2]

La phase 2 ou l'**Etude Complémentaire** consiste en une évaluation de la qualité des Interventions en SMN sur la base d'une étude de Cas. Après la rédaction du protocole de recherche, la collecte de données permettant de répondre aux questions de l'étude a été réalisée en juillet 2013. Les objectifs de l'étude Complémentaire consistent à:

1. Décrire la situation des personnels de pratique sage-femme en Guinée (évaluation normative), à savoir :

- Décrire les caractéristiques des services de soins de SMN, notamment les Caractéristiques physiques (ressources humaines, financières, techniques et informationnelles)
- Décrire les caractéristiques organisationnelles des services de soins SMN.

2. Apprécier la qualité technique et non technique des soins

3. Apprécier la qualité organisationnelle des services de SMN dispensés par des établissements reliés entre eux (continuité, globalité des services dispensés, gamme de services disponibles, accessibilité, coordination)

- Recueillir l'appréciation du personnel et des utilisateurs de soins sur la gamme des services disponibles, leur qualité, leur accessibilité, leur globalité mais aussi sur la continuité des soins et la coordination entre différentes structures de santé;
- Recueillir les propositions des prestataires et des utilisateurs de soins sur les actions à entreprendre pour améliorer la qualité des soins.

4. Formuler des recommandations pour l'amélioration de la qualité des soins.

[2] TDR analyse documentaire de la pratique soins SF

DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE

2.1 CADRE THEORIQUE

Avec cette phase, il a été question de s'intéresser à la qualité des interventions en SMN en Guinée aussi bien au niveau des structures (infrastructures et équipements techniques nécessaires pour la fourniture des prestations de qualité) que de nombre et de la qualité des prestataires de ces services en se référant aux normes de qualité admises sur les plans national et international. Cette étape a été conduite sur la base de la démarche d'analyse de la qualité proposée par Contandriopoulos et al. (2000) pour lesquels, la qualité comporte trois composantes :

- Technique (justesse et compétence d'exécution),
- Non technique ou interpersonnelle (respect, courtoisie, support, communication) ;
- Organisationnelle (continuité, globalité des services dispensés, gamme de services disponibles, accessibilité, coordination).

Ensemble, l'analyse de ces trois composantes permet de réaliser l'évaluation normative des interventions visées. Dans un second temps, une recherche évaluative permet d'analyser les relations entre la structure, le processus et les effets d'interventions touchant les ressources humaines de la SMN implantées dans divers contextes. Le cadre théorique schématisé est présenté dans la figure N°2 du présent rapport (ci-après).

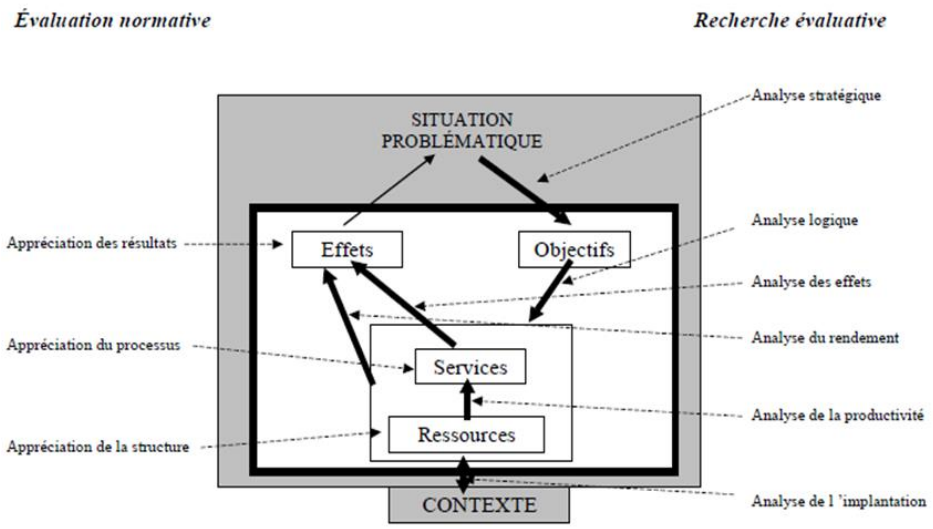


Figure n° 2 Cadre théorique de l'analyse

Par ailleurs, il a été également question au cours de cette étude de tenir compte de la satisfaction du malade car l'on sait que les préoccupations du malade relèvent de cinq catégories : le temps, la qualité du processus, le service, les résultats et les coûts. En d'autres termes, il s'agit de s'assurer des paramètres ci-après : Le malade a-t-il reçu un service rapide? Le service a-t-il été fourni sans erreur? Le service a-t-il été fourni de façon agréable et respectueuse? Le service a-t-il réglé le problème du malade? Le service a-t-il été fourni de façon à minimiser les frais et les dérangements pour le malade et pour les membres de sa famille?

Enfin, le modèle de Tanahashi a été appliqué pour synthétiser les résultats sur la base des caractéristiques des services SMN en termes de : disponibilité, accessibilité, acceptabilité, efficacité et qualité globale. Une telle synthèse serait propice à dégager des recommandations et des propositions fondées sur des faits précis.

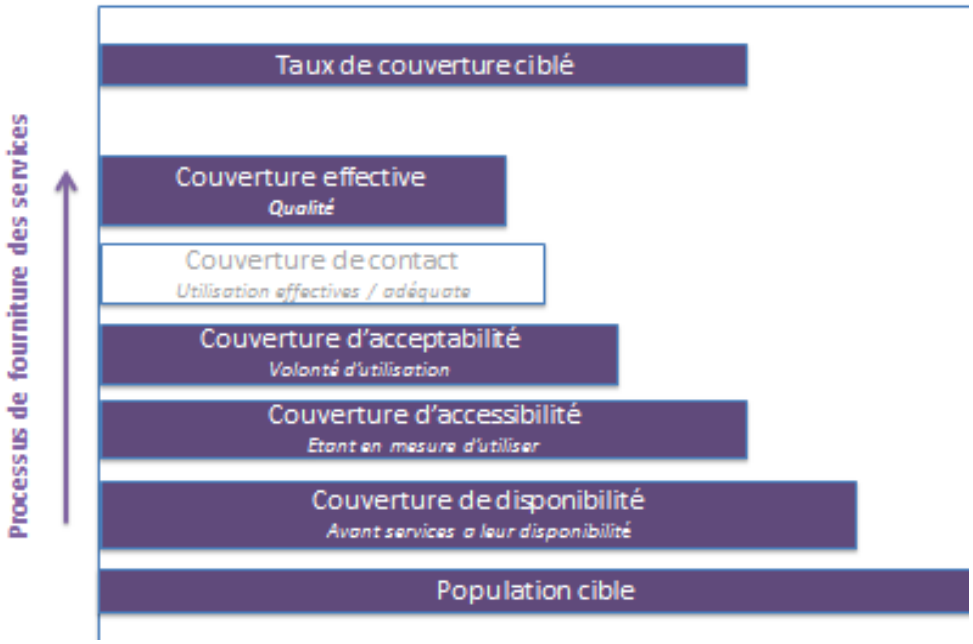


Figure n0 3. Modèle de Tanahasi

2.2 MÉTHODOLOGIE

2.2.1 Stratégie et devis de recherche

Pour répondre aux objectifs cités plus haut, une étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués a été conduite. Le cas est représenté par le système de SMN de la Guinée et les niveaux d'analyse par les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce devis a permis de décrire en profondeur la situation des soins de SMN selon le contexte dans lequel ils sont prodigués (type de personnel, type de structure sanitaire, etc.). Cette « étude de cas » a permis d'analyser la relation entre les différentes caractéristiques des soins évaluées et les indicateurs de SMN afin de formuler des recommandations pour améliorer la situation. En effet, l'étude de cas s'avère être une bonne stratégie de recherche lorsqu'on s'intéresse à un phénomène contemporain dans son contexte alors que les frontières entre ce contexte et le phénomène ne sont pas clairement évidentes (Lehoux, d'après Yin 1989). De plus, l'utilisation de divers niveaux d'analyse a permis de mieux comprendre les dynamiques spécifiques à chacune des structures sanitaires selon le niveau de la pyramide sanitaire dans lequel elles se trouvent.

2.2.2 Source des données et Echantillonnage

Choix raisonné des formations sanitaires

La présente étude s'est déroulée au niveau de la capitale Conakry et dans deux des quatre régions naturelles que compte la Guinée. Ce choix raisonné a été dicté aussi bien par la nécessité de recueillir des compléments d'informations que la faible performance en matière de qualité des services de santé maternelle et néo natale notées dans ces régions suite à la présentation et à la validation de l'enquête SONU 2012. Par ailleurs, compte tenu du manque d'informations fiables au niveau des structures privées, seules les structures publiques ont été incluses dans cette *étude de cas*.

- Niveau 1: Hôpital national : I. DEEN
- Niveau 2: Hôpitaux régionaux de: Kindia et N'zérékoré
  Hôpitaux préfectoraux de Dubréka, de Guéckédou et Centres Médico Communautaires de Kondéya et de Wendé Kénéma:
- Niveau 3: Centres de Santé Urbains (CSU) de Dubréka, de Madina à Guéckédou, et
  Centres de Santé Ruraux (CSR) de Madina Oula à Kindia et de Nongoa à Guéckédou ; Postes de Santé Ruraux(PSR) de Bokaria et de Tomandou

Ce choix a été guidé par l'objectif de cerner les problèmes au niveau des différents types de structure et de faire des stratifications au cours de l'analyse des résultats. Il a surtout permis:

i) de voir le cheminement d'une femme de la périphérie au niveau central, la continuité des soins intra et inter structures et

ii) d'étudier la distribution des services (ressources humaines et matérielles) du niveau central au niveau périphérique.

Identification du personnel lié à la pratique des soins SF dans les structures de santé

a. Au niveau de la maternité de l'hôpital national, régional, préfectoral/communal comme au niveau des CMC, le personnel lié à la pratique SF suivant a été entretenu: les Gynécologues, les médecins généralistes (MG), les sages-femmes (SF), les infirmiers diplômées d'État (IDE) et les matrones.

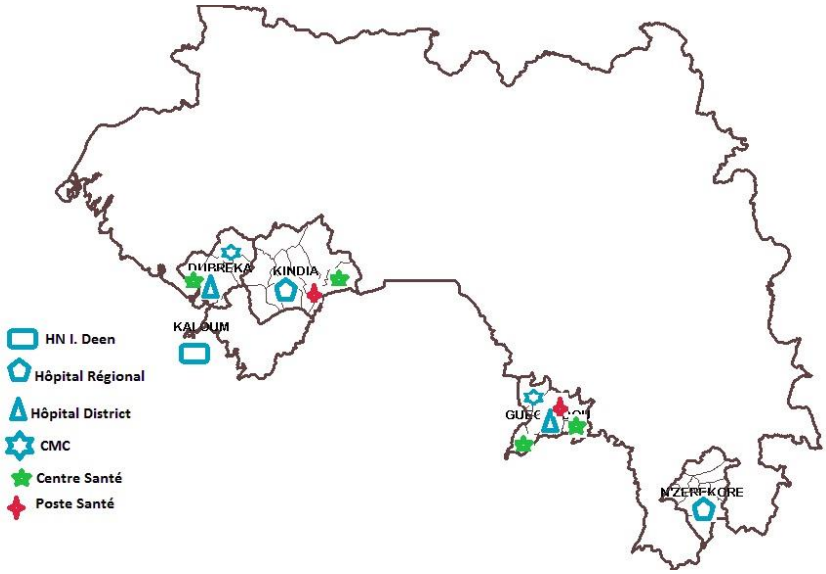
b. Au niveau des Centres de Santé (CS) et des Postes de Santé (PS) : le chef du CS et du PS, le personnel ayant la charge des services de SMN ont été entretenus (IDE, SF, ATS et matrones).

Sur la base des informations issues de la base de données du MSHP (recensement du personnel de santé 2009) l'échantillon suivant a été retenu comme personnel de santé à entretenir pendant cette étude.

Tableau n° 1 Répartition des catégories professionnelles et échantillon par structures sanitaires évaluées

Structures/ Localités	Médecin Généraliste	Médecin Pédiatre	Gynéco-Obstétricien	SF	IDE	Matrones	ATS	Total	N
HN I. DEEN	**11**	**12**	**11**	**28**	**9**	**7**	**13**	**91**	**4**
Région Kindia	**4**	**6**	**8**	**24**	**9**	**17**	**26**	**94**	**17**
HR Kindia	2	4	5	11	1	5	8	36	4
HP Dubréka	0	2	2	10	0	2	1	17	4
CSA Kondéya	1	0	1	1	1	6	4	14	4
CSU Dubréka	1	0	0	2	4	2	10	19	2
CSR M. Oula	0	0	0	0	2	2	3	7	2
PS Bokaria	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Région Nzerekore	**7**	**5**	**6**	**15**	**10**	**15**	**41**	**99**	**17**
HR N'zerekore	4	3	4	9	0	0	19	39	4
HP Gueckedou	1	1	1	4	4	4	4	19	4
CMC W. Kenema	1	1	1	1	1	4	4	13	4
CSU Madina	1	0	0	1	4	4	8	18	2
CSR Nongoa	0	0	0	0	1	2	4	7	2
PS Tomandou	0	0	0	0	0	1	2	3	1
TOTAL	**22**	**23**	**25**	**67**	**28**	**39**	**80**	**284**	**38**

Carte n° 1 Position géographique des régions et districts sanitaires participants



Identification des Institutions chargées de la formation du personnel de santé

Le choix a porté sur les Institutions de formation, les personnes ressources dans ces institutions, la Direction des établissements de formation et les différents Ministères concernés par la formation dudit personnel. Les informations sur le contenu des programmes de formation et le système d'évaluation des compétences des étudiants ont été recueillies auprès des responsables de programme et des étudiants en formation.

Le tableau 2 indique la liste des institutions de formation enquêtées dans le cadre de l'étude

Tableau n° 2 liste des Institutions de formation enquêtées

No	Régions	Nom des établissements.	Profil du personnel formé	Statut de l'établissement
1	Conakry	FMPOS	Médecin généraliste	Public
2	Conakry	Université de Conakry DES Gynéco-Obstétrique	Gynécologue-Obstétricien	Public
3	Conakry	Université Privée de KOFFI ANNAN	Médecin généraliste	Privé
4	Conakry	Institut de Perfectionnement du Personnel de santé de DONKA	Personnel de santé	Public
5	Conakry	Ecole Supérieure des SF de KOBAYA	SF	Privé
6	Kindia	École Nationale de la Santé	SF ; IDE Technicien de laboratoire (TL)	Public
7	Kindia	École Privée de la Santé le WALIOU DE GOMBA	SF ; IF TL	Privé
8	Nzérékoré	École de Santé Secondaire et Communautaire de	ATS	Public
9	Nzérékoré	École Privée de la Santé d'ELLEN JONHSON S.	SF ; IF TL	Privé

Les informations sur les ressources humaines en santé (nombre formé, nombre recruté, incitatifs, échelles de salaires, etc.) ont été obtenues auprès des responsables concernés aux niveaux central, régional, préfectoral des Ministères de la santé, de l'Éducation et de la Fonction publique ainsi qu'au niveau des établissements de santé.

Par ailleurs, les informations sur les actions en cours visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ont été recueillies au niveau de la Direction nationale de la santé familiale et de la nutrition et des organismes de coopération bi et multilatéraux (OMS, UNFPA, USAID).

Utilisateurs ou bénéficiaires des services de SMN

Un choix raisonné a permis de sélectionner les femmes qui ont été interviewées à raison de deux par poste de santé et par centre de santé, quatre par hôpital préfectoral, hôpital régional, par CMC et à l'hôpital national. Les bénéficiaires interrogées étaient les utilisatrices des formations sanitaires qui ont réalisé à la fois la CPN, l'accouchement et la consultation postnatale (CPoN) dans la même formation sanitaire.

Des utilisatrices potentielles dans les villages (accouchées à domicile, femmes en âge de procréer) et les femmes enceintes ayant fait la CPN mais ayant accouché à domicile ont également été entretenues à travers les discussions de groupe.

Des groupes de discussion composés d'hommes et de femmes ont été séparément constitués en vue d'obtenir des témoignages sur les raisons d'utilisation ou non des services de SMN. Les groupes de discussion avec les femmes sont utiles en raison de leur statut de bénéficiaires directes des services de soins offerts. Par contre, les hommes participent à la prise de décision concernant l'utilisation des services par leurs épouses. Par ailleurs, ils peuvent témoigner de la qualité globale des pratiques dans les formations sanitaires.

2.2.3 Variables et thèmes de l'étude

- **Caractéristiques physiques des structures de santé**

La structure physique est composée de plusieurs types de ressources, décrits ci-dessous. Elle s'apprécie en termes de nature, qualité et quantité, auxquelles s'ajoute l'écart entre les ressources réellement mobilisées et celles prévues pour chacune de ces dimensions.

- ***Ressources humaines***

Plusieurs lacunes identifiées dans l'analyse documentaire ont trait aux ressources humaines.

Nature : Catégories de personnel impliquées dans les services de SMN en précisant s'ils sont qualifiés ou non, formation de chaque catégorie de personnel[3], rôle, supervision; existence de lois régissant la portée et la pratique des services de maternité; personnel impliqué dans les soins d'urgence obstétricaux.

Qualité : Proportion de formation pratique en situation clinique réelle pour l'éducation avant emploi pour les personnels liés à la pratique SF (contenu et déroulement des programmes de formation); fréquence, durée, coûts, contenu, déroulement de la formation basée sur les compétences en cours

[3] Adéquation ou non avec les recommandations de l'ICM et avec le paquet de soins essentiels en SMN

d'emploi du personnel lié à la pratique SF; formation du personnel qualifié selon les normes et les compétences reconnues (formation actuelle versus normes), aptitudes dans l'administration des soins de SMN selon les normes ;

Quantité : Nombre d'infirmier(ères), Sage-femme, gynécologues obstétriciens, ATS, ASBC et autres cadres assistants à l'accouchement (ventiler par âge, sexe et situation géographique, public/privé) et densités pour 1000 NV, habitants, etc.; Nombre du personnel perdu (mesurer la déperdition du personnel) durant l'année qui précède l'étude empirique ; variation entre les effectifs et les équivalents temps plein des personnels contribuant aux accouchements (part relative des prestations spécifiques à la SMN dans l'ensemble des activités exercées par les personnels); taille des cohortes actuelles d'étudiants pour les 3 dernières années par institution de formation; Nombre de nouveaux diplômés au cours des 3 dernières années par école/ institution de formation.

- **Ressources financières des structures de santé**

Nature : échelles de salaire pour les services SMN et incitations/émoluments personnels supplémentaires; coût de l'éducation avant emploi et en cours d'emploi incluant frais et logement; coûts unitaires au niveau du système à prendre en compte dans la planification des options pour l'amélioration des compétences, l'élargissement ou le mélange des compétences pour les stratégies chiffrées; stratégies d'exemption de frais pour les services en SMN.

Qualité : salaires et incitations en comparaison des autres secteurs publics et du secteur privé.

Quantité : existence de données sur les coûts actuels et prévus pour la SMN selon les préfectures; proportion du budget accordé à la santé investie dans les SMN selon les préfectures.

- **Ressources techniques des structures de santé**

Nature : équipement (équipements de soins, de transport, médicaments, etc.) disponible dans les formations sanitaires ;

Qualité : niveau d'équipement, leur fonctionnalité et volume de médicaments et consommables dans les formations sanitaires nécessaires pour fournir les interventions essentielles en SMN; améliorations à apporter pour garantir la fonctionnalité.

Quantité : nombre d'établissement de soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB) et complets (SONUC) selon les préfectures; Proportion des établissements offrant les SONUC et les SONUB dans les préfectures.

- **Ressources informationnelles des structures de santé**

Nature : existence d'un système d'information sur les RH; existence d'un plan de suivi et d'évaluation des objectifs stratégiques en matière de RH pour la santé.

Qualité : fonctionnalité du système de télécommunication (ligne fixe, téléphone mobile, radio) dans les établissements.

Quantité : proportion d'établissements pratiquant des accouchements qui ont accès à un réseau de télécommunication qui fonctionne (ligne fixe, téléphone mobile, radio).

- **Structure organisationnelle des formations sanitaires**

La dimension organisationnelle du processus concerne l'accessibilité aux services, l'étendue de la couverture des services offerts par l'intervention considérée, ainsi que la globalité et la continuité des soins et des services (Contandriopoulos et al. 1993). Par globalité et continuité, on entend le caractère multi-professionnel et inter organisationnel des soins ainsi que leur continuité dans le temps et l'espace (Contandriopoulos et al. 1993). Cet élément structurel réfère aux politiques et règles de gestion en lien avec l'organisation administrative des ressources au sein des établissements et plus généralement à travers les niveaux de la pyramide de soins. Un même élément, par exemple une politique de transfert des tâches, peut se retrouver au niveau 3 de la pyramide sanitaire alors qu'il n'existe pas au niveau 1. La structure organisationnelle doit donc être documentée aussi en fonction du niveau de la pyramide sanitaire auquel appartient chaque structure de santé.

Politiques : existence ou non d'une politique du transfert des tâches aux niveaux 1 à 3 de la pyramide sanitaire et personnels concernés; présence ou non d'un sous-comité parlementaire sur la santé reproductive (SR)et activités liées; politiques de recrutement d'étudiants locaux ou de groupes minoritaires et ethniques dans les effectifs de santé; existence d'un système de déploiement et d'incitations aux affectations dans les zones difficiles d'accès aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire; système de supervision/gestion active des services de maternité; existence de politiques régissant la portée et la pratique des services de maternité.

Règles de gestion : pratique du transfert des tâches dans les établissements aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire; mise en place des audits (ex : comité) dans les établissements; utilisation des résultats d'audits pour améliorer la situation; recrutement d'étudiants locaux dans les effectifs de santé; mise en œuvre d'un système de déploiement et d'incitations aux affectations dans les zones difficiles d'accès dans les établissements concernés, portion du temps du personnel consacrée aux SMN ; mesures de fidélisation du personnel.

Qualité organisationnelle (continuité, globalité des services dispensés, gamme de services disponibles, accessibilité, coordination) des services de SMN dispensés par des établissements reliés entre eux

Continuité : supervision et gestion active des services de maternité sur le lieu de travail en termes de prise en charge d'un épisode de soins.
Globalité des services dispensés : place des soins postnatals dans la charge de travail du personnel SMN (contrôle postnatal dans les 48h suivant l'accouchement).
Gamme de services disponibles : gamme des services de SMN réellement disponibles dans les établissements comparativement à ceux prévus pour le type de structure auquel ils appartiennent;
Accessibilité : proportion d'établissements pratiquant des accouchements situés à 2h par moyen de transport habituel d'un établissement de niveaux supérieur; proportion des établissements avec des moyens de transport qui fonctionnent; barrières à l'utilisation et accessibilité financière des CPN; existence et mise en œuvre de stratégies d'exemption des frais pour les services de SMN.

Coordination : proportion de complications obstétriques transférées par véhicule motorisé à l'établissement de niveau supérieur, % de tous les cas d'obstétrique.

- Qualité technique (justesse et compétence d'exécution) et non technique (respect, courtoisie, support, communication) des services de SMN dispensés par le personnel dans les établissements des divers niveaux de la pyramide de soins

Qualité technique

Il s'agit d'apprécier si les services correspondent bien aux besoins des bénéficiaires ou des clients. La dimension technique inclut l'appréciation de la qualité des services, définie à partir de critères et de normes professionnels.

Justesse : appréciation des soins prodigués dans les établissements de divers niveaux pour les CPN, les accouchements et les CPoN en fonction des protocoles et de l'état de santé des femmes et des nouveau-nés (comparaison avec normes et standards du MSHP).

Compétence d'exécution : appréciation des soins prodigués dans les établissements de divers niveaux pour les CPN, les accouchements et les CPoN en fonction des normes techniques; supervision et gestion active des services de maternité sur le lieu de travail au cours d'une interaction ponctuelle; Proportion des femmes pour lesquelles la GATPA a été appliquée lors du dernier accouchement selon les préfectures, le milieu rural vs urbain; Proportion de mères ayant bénéficié d'un contrôle postnatal; Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié d'un contrôle postnatal; Conditions des accouchements à domicile.

Confidentialité : appréciation du respect de l'intimité des parturientes avant/pendant/après les consultations et soins (ex. : auscultations à l'abri des regards ou non divulgation à des tiers de l'état de santé des patients).

Qualité non technique

La qualité non technique a été appréciée à travers les interactions avec les femmes lors des soins prodigués par la Courtoisie, le Support et la Communication

2.2.4 Procédure de collecte de données et instruments

En vue d'assurer la validité et la rigueur (reliability) du construit d'une étude de cas à niveau imbriqué, Yin (1989) recommande de multiplier les sources de données afin de trianguler l'information et d'approfondir la compréhension du cas. Il s'agit de multiplier les sources de données sur le même thème c'est à dire pour avoir l'information sur les tâches du personnel, recueillir au niveau central des descriptifs réglementaires, recueillir au niveau des associations un descriptif appliqué, recueillir au niveau des établissements de santé les directives de pratiques cliniques, puis recueillir au niveau du personnel lui-même les tâches réelles effectuées

Au niveau de la formation : les données relatives au contenu des programmes et standards recommandés au niveau du ministère, au contenu des programmes établis au niveau des institutions de formation, au contenu et à l'appréciation des programmes par les étudiants et l'appréciation de la formation par le personnel de santé lui-même ont été recueillies .

Pour collecter l'ensemble des données, les méthodes et techniques suivantes sont été utilisées: l'observation, l'entretien individuel semi-structuré, le groupe de discussion (au besoin) et l'analyse documentaire.

Les instruments suivants ont été utilisés pour la collecte de données :

I. Grille d'observation des praticiens pour le prénatal, le per-natal et le postnatal;
II. Grille d'observation du matériel et de l'organisation générale de l'unité obstétrique
III. Questionnaire d'entretien du personnel relié au profil du personnel lié à la pratique SF
IV. Questionnaire des responsables des programme au niveau central
V. Questionnaire destiné à la direction des ressources humaines
VI. Questionnaire destiné aux accouchées
VII. Questionnaire destiné aux responsables des formations sanitaires
VIII. Questionnaire destiné auxresponsables des établissements de formation
IX. Guides pour le groupe de discussion avec les leaders, les étudiants, les hommes, les femmes.

2.2.5 Préparation et conduite de l'étude

Après la validation, par le Comité de pilotage, du protocole et des outils de recherche, ceux-ci ont été soumis au Comité d'éthique en santé qui, après examen du dossier a donné son autorisation pour le démarrage de la collecte de données, le 9 août 2013.

Recrutement et formation des enquêteurs

Cinq (5) enquêteurs (à savoir un gynécologue, deux SF et deux sociologues) se sont joints aux 5 experts HF pour constituer l'équipe de la collecte de données. Cette équipe de collecte de données a reçu, pendant trois jours, une formation sur le devis de recherche et sur l'administration des outils.

La formation a débuté par la revue du protocole et des outils sous forme de présentation, de jeux de rôle, d'étude de cas et de discussion en plénière. Ceci a permis aux enquêteurs de mieux s'approprier l'approche et les outils. A l'issue de la formation, des pré-tests ont été fait dans les structures ne faisant pas partie de l'échantillon sélectionné pour l'étude avec certains des outils retenus.

Le pré-test eut lieu avec les outils suivants :

- ✓ Grille d'observation des praticiens pour per-natal
- ✓ Grille d'observation des praticiens pour postnatal
- ✓ Grille d'observation des praticiens pour prénatal
- ✓ Grille d'observation du Matériel et organisation générale unité obstétrique
- ✓ Questionnaire d'entretien relié au profil du personnel lié à la pratique sage-femme
- ✓ Questionnaire utilisé auprès des responsables de programme au niveau central
- ✓ Questionnaire sur les ressources humaines
- ✓ Questionnaire destiné aux accouchées
- ✓ Questionnaire utilisé auprès des responsables de Formation Sanitaire
- ✓ Questionnaire utilisé auprès des responsables des établissements de formation
- ✓ Guide pour le groupe de discussion avec les étudiants

2.2.6 Révision et adaptation des outils.

Après le pré-test, les différents outils et le protocole ont été revus et réadaptés.

Sur la base des résultats du prétest, un plan d'opération a été élaboré pour fixer le nombre de personnes et de structures ainsi que le temps nécessaire pour l'administration de chaque instrument en vue de déterminer plus précisément, la durée de la collecte des données et évidement les coûts de la démarche.

La période du 29 juillet au 3 août 2013 a été consacrée à la préparation logistique pour la phase de collecte des données. À ce niveau les activités suivantes ont été réalisées :

- La répartition des équipes par zone;
- La reprographie des outils ;
- La prise de contact et de rendez-vous avec les personnes concernées par l'étude;
- La mise à disposition des véhicules de matériels et équipements nécessaires à la collecte des données; et,
- L'établissement des ordres de mission par le MSHP.

2.2.7 Elaboration des masques de saisie et déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée, dans chacune des régions, comme suit :

Conakry

L'enquête à Conakry s'est déroulée du 6 au 9 août 2013. Elle a concerné la Maternité de l'hôpital Ignace Deen, la Faculté de Médecine de l'Université de Conakry, la Faculté de médecine Koffi Annan, l'Institut de perfectionnement du personnel de santé et l'École supérieure de formation des SF de Kobaya. Cette étape a été réalisée par l'ensemble de l'équipe.

Toutes les cibles prévues à la maternité ont été atteintes sauf pour le postnatal, puisqu'en moyenne les femmes sont sorties de l'hôpital deux heures après l'accouchement.

Au niveau des institutions de formation, en dépit des efforts fournis par l'équipe, plusieurs données n'ont pu être recueillies en raison du manque d'un système d'information fiable. La suite de l'enquête à Conakry au niveau des services centraux (DRH/Formation, MFP, DNSFN, MEETFP, MSR) et des partenaires (MCHIP, UNFPA, OMS) a été réalisée du 12 au 28 août 2013.

Kindia

Les données afférentes à cette zone ont été collectées du 12 au 25 août 2013.

Dès l'après-midi du 12 août l'équipe a pris contact avec les responsables du district sanitaire et autorités locales pour présenter les objectifs et le calendrier de l'étude. Une fois leur autorisation obtenue l'équipe s'est aussitôt mise à l'identification des sites et des personnes concernées.

Le 12 août 2013 : Voyage - Conakry - Kindia ;

Du 13 au 15 août 2013 : organisation des entretiens individuels et de groupe à Kindia

Le 16 août 2013 : Départ de Kindia pour Madina Oula ;

Du 17 au 19 août 2013 : organisation des entretiens individuels et de groupe à Madina Oula

Le 20 août 2013 : Départ de Madina Oula pour Dubréka;

Du 20 au 25 août 2013 : Organisation des entretiens individuels et de groupe avec les participants ciblés

N'Zérekoré

L'Enquête s'est déroulée du 12 au 25 août 2013.

Du 12 au 13 août 2013 : Voyage Conakry - Nzérékoré ;

Du 14 au 16 août 2013 : Organisation des entretiens individuels et de groupe à N'zérékoré

Le 17 août 2013 : Départ de Nzérékoré pour Guéckédou ;

Du 17 au 19 août 2013 : Organisation des entretiens individuels et de groupe à Guéckédou

Le 20 août 2013 : Départ de Guéckédou pour Nongoa, Wendé Kénéma et Tomandou ;

Du 20 au 23 août 2013 : Organisation des entretiens individuels et de groupe avec les cibles.

2.2.8 Traitement des données

Les données collectées ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel EPI Info et Excel. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter les erreurs de collecte faites par chaque équipe voire chaque enquêteur/enquêtrice. Le traitement des données a été suivi selon les étapes ci- après:

- l'édition et la tabulation des données qui concernent les contrôles de vraisemblance, d'étendue et de cohérence interne ;
- la correction des erreurs par la vérification de certains questionnaires saisis et la production des tableaux ou graphiques des résultats; et,
- le traitement des données qualitatives des entrevues et groupes de discussion : verbatim validation, etc.

2.2.9 Contrôle de la qualité des données

À toutes les étapes de réalisation de l'enquête, des procédures de contrôle de qualité ont été mises en œuvre notamment : la supervision rapprochée, vérification des questionnaires, programme de contrôle et spécifications des erreurs pendant la saisie, apurement des données, etc.

2.2.10 Analyse des données

2.2.10.1 Analyse des données quantitatives des questionnaires semi-structurés

- L'analyse descriptive a été faite avec le calcul des proportions, des moyennes et des écarts.

2.2.10.2 Analyse des données qualitatives issues des entrevues ouvertes, des entretiens des groupes de discussion, documents sur le contenu des formations, etc.

L'analyse des échanges des groupes de discussion s'est limitée à la recherche des thèmes qui répondent aux questions de la présente étude.

En ce qui concerne les documents collectés auprès des personnes interviewées et des responsables d'établissement enquêtés, ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu visant à extraire les informations en lien avec les thèmes de l'étude recherchés.

Les échanges des groupes de discussion ont été enregistrés avec la permission des participants puis transcrits intégralement sous forme de *Verbatim* par l'équipe de recherche. Suite à la transcription, les données ont été codées ce qui a permis de transformer les *verbatims* en unités de sens (Fortin, 1996). L'analyse des données dont l'objectif est de dégager le sens ou les sens du contenu du matériel produit, est faite en deux temps : 1) une analyse longitudinale qui dégage à partir du point

de vue de chaque acteur, l'état actuel des soins en SMN en fonction des normes préétablies par le Ministère de la Santé et les établissements enquêtés; et, 2) une analyse transversale de toutes les entrevues et documents, qui permettent de dégager les conditions générales des services SMN aux différents niveaux du système de santé guinéens offrant une base pour élaborer les stratégies d'amélioration de ces services d'une part et de leur faisabilité financière d'autre part.

La synthèse des résultats a été faite selon le diagramme de Tanahashi présenté dans la figure N° 3

2.2.11 Considérations éthiques

Pour respecter les normes en matière d'éthique, un consentement éclairé a été obtenu pour tous les sujets inclus dans l'étude et les dispositions ont été prises pour assurer la confidentialité pendant et après l'étude. Le formulaire de recueil de consentement a été joint au questionnaire.

Le protocole et les questionnaires de recherche ont été soumis au comité d'éthique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et une autorisation a été obtenue le 9 août 2013 avant le démarrage des activités de terrain.

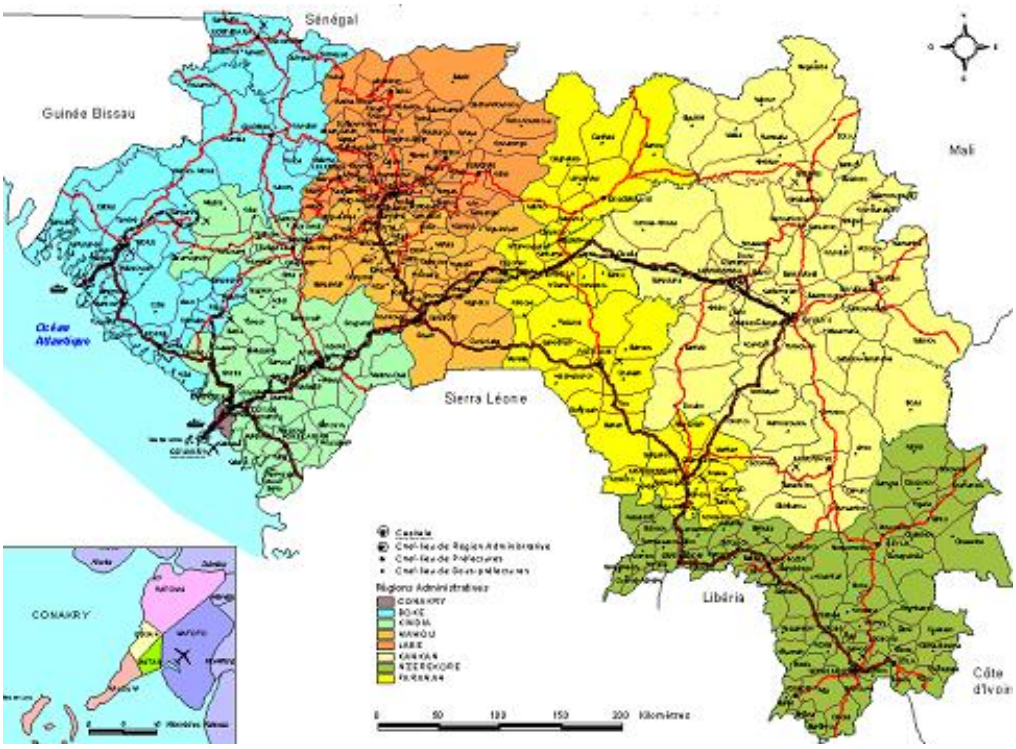
TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS

3.1. SITUATION DU PAYS, DE LA POPULATION EN GÉNERAL, DE LA POPULATION CIBLE DES SOINS LIÉS À LA PRATIQUE SF

3.1.1 Présentation Générale Du Pays

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale à 10° au nord de l'équateur. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé de 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest, et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

La Guinée est divisée en quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière. Ces régions naturelles sont subdivisées en huit régions administratives: Conakry, Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et Nzérékoré (voir Carte 2, ci-dessous). Les Régions administratives comptent 33 préfectures, 38 communes urbaines (dont 5 à Conakry) et 302 communautés rurales de développement. Ces collectivités sont subdivisées en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).



Source : rapport final évaluation secteur santé, Guinée (UE), novembre 2011

Carte N°2 : Découpage administratif de la Guinée par région sanitaire

Le recensement général de la population et de l'habitat, de décembre 1996, révèle que la population guinéenne se chiffrait à 7.156.402 habitants. Avec un taux de croissance démographique de 3,1%, la population guinéenne est estimée à 11.994.373 habitants en 2013 selon les projections de l'Institut national de statistique.

Les populations cibles des différentes interventions en santé maternelle, néonatale et infantile sont présentées s dans le tableau n° 3 ci-dessous.

Tableau n° 3 : Effectifs des populations cibles spécifiques des programmes de santé par Région

Préfecture	0 -11 mois	0-59 mois	6-59 mois	15 ans +	FAP	Grossesses Attendues	Naissances attendues
Région Boké	41 724	184 462	163 601	644 521	256 930	49 410	43 920
Région Conakry	62 532	276 457	245 191	965 953	385 065	74 051	65 823
Région Faranah	31 159	137 755	122 176	481 323	191 873	36 899	32 799
Région Kankan	59 343	262 359	232 687	916 693	365 428	70 275	62 466
Région Kindia	58 262	257 579	228 448	899 992	358 770	68 994	61 328
Région Labé	36 539	161 543	143 273	564 437	225 006	43 270	38 463
Région Mamou	32 016	141 543	125 535	494 557	197 149	37 913	33 701
Région Nzérékoré	91 448	404 296	358 572	1 412 629	563 126	108 294	96 261
Total	**413 022**	**1 825 993**	**1 619 482**	**6 380 105**	**2 543 347**	**489 105**	**434 760**

Source : Annuaire statistique MSHP 2011

Trois Guinéens sur quatre sont analphabètes (EDS III 2005), avec des taux beaucoup plus marqués chez les femmes, ainsi que dans les populations rurales. Cette situation influe négativement sur l'adoption de certains comportements favorables à la santé et sur le véhicule de message d'information-éducation-communication (IEC) par écrit. En plus du faible niveau d'éducation, des raisons socioculturelles contribuent aussi aux attitudes et comportements souvent peu favorables à la santé de la majorité de la population. Ces comportements se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement, ainsi que le faible niveau d'informations sur la sexualité et les méthodes contraceptives et sur les modes de transmission et de prévention de certaines maladies.

3.1.2 Situation de la Sante Maternelle et Néonatale

3.1.2.1 La santé maternelle

Le ratio de mortalité maternelle très élevé, de 710 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDSG IV 2012) interpelle tous soit les communautés, les décideurs, les acteurs et les partenaires au développement. Le pourcentage d'accouchements assistés est passé de 38,5% en 2005 (EDS III) à 47% en 2012 (EDSG IV). Ainsi, en raison de nombreux facteurs, la majorité des accouchements se fait à domicile et cela contribue à la « tragédie de mourir en donnant la vie ».

Le rapport de l'évaluation des SONU en 2003 a séparé les principales causes de la mortalité maternelle en Guinée en trois groupes : les causes directes, les causes sous-jacentes et les causes profondes. Ces causes sont présentées dans les lignes qui suivent :

a) Causes directes :

Les causes directes de mortalité sont essentiellement liées aux complications obstétricales telles que :

- les ruptures utérines (23 %) ;
- les éclampsies (19%) ;
- les infections puerpérales (16 %) ;
- les avortements compliqués (16%) ;
- les hémorragies et anémies ante et post-partum (15%) ;
- les dystocies (10%) et les grossesses extra utérines (1%) ;

b) Causes indirectes/sous-jacentes :

Les facteurs essentiellement en cause sont :

- Les grossesses précoces, non désirées, tardives, trop rapprochées ;
- La malnutrition,
- Le paludisme ;
- L'insuffisance d'intégration des fonctions SONUB (ventouses, évacuation utérine manuelle et ocytocine),
- L'insuffisance d'intégration des fonctions SONUC (transfusion sanguine) dans les structures de référence ;
- La faible utilisation des services de Planification Familiale et la faible utilisation des moyens contraceptifs ;
- La faible organisation des services et des communautés qui occasionne :
  - Un retard au sein des ménages pour prendre la décision de consulter les services de santé ;
  - Un délai pour se rendre à l'établissement de santé et
  - Un retard dans la réception du traitement adéquat dans un établissement de santé.

c) Causes profondes :

Les causes profondes de la mortalité maternelle sont des causes sur lesquelles les services de santé ont très peu d'effet. On identifie entre autres comme causes profondes :

- Les faibles ressources allouées au secteur de la santé par l'État ;
- L'enclavement des zones rurales ;
- La mauvaise gouvernance ;
- Le bas niveau socio-économique ; et,
- L'analphabétisme d'une grande partie de la population.

3.1.2.2 La santé néonatale

Le taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1000 naissances vivantes. (EDS -IV 2012).

Les principales causes de mortalité néo-natale en Guinée peuvent également être classées en causes immédiates, causes sous-jacentes et causes profondes.

- **Causes immédiates :**

Les causes de mortalité néonatale se répartissent comme suit : les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (23%), la prématurité (20%), le tétanos néonatal (11%), les malformations (5%), les diarrhées (3%), et les causes diverses (7%). Par ailleurs, le faible poids à la naissance et la malnutrition font également partie des principaux facteurs de risque et sont associés à 50% des décès de cette catégorie de la population (FDR MMNIJ : Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile, 2012).

La majorité de ces causes directes sont évitables et peuvent être ciblées en priorité avec des interventions spécifiques comme la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies et Nutrition Infantile (PCIMNE) et la Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE), deux stratégies retenues par l'OMS et l'Unicef comme étant des interventions à haut impact sur la mortalité infantile et infanto-juvénile.

- **Causes sous-jacentes** :

Les causes sous-jacentes de la mortalité néo-natale demeurent la malnutrition, le paludisme des mères, les grossesses rapprochées, les grossesses précoces ou tardives, la multiparité, l'insuffisance de suivi prénatal, le manque d'assistance médicale à l'accouchement, l'absence de suivi post-natal ainsi que la faible qualité et accessibilité aux SONU et le manque notoire d'équipements de réanimation du nouveau-né dans les structures enquêtées du pays. (FDR MMNIJ 2012).

- **Causes profondes :**

Au titre des causes profondes contribuant à la mortalité néonatale on note : l'insalubrité de l'habitat et de l'environnement, l'analphabétisme des mères, l'extrême pauvreté des ménages et la mauvaise gestion des ressources. (FDR MMNIJ 2012).

3.2. SITUATION DES SERVICES ET DU PERSONNEL DE SANTÉ MÈRE-NOUVEAU-NÉ

En rapport avec les objectifs de l'analyse documentaire SMN et le cadre conceptuel de l'étude de Cas, la situation du **personnel de santé lié à la pratique SF** a été analysée suivant trois déterminants que sont: la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité/qualité.

3.2.1 Disponibilité

3.2.1.1. Existence de Lois et règlements relatifs à la gestion et au développement des ressources humaines

RHS :

L'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire fait partie de la vision de la politique nationale de la santé en Guinée. Les textes fondamentaux[4] qui forment le socle juridique de la gestion des RHS autant-dans les secteurs public que privé, définissent les dispositions et fixent les principes visant à assurer à chaque Guinéen le droit à la santé et au bien être physique :

- La Constitution de la RG assure que chaque Guinéen a droit à la santé et au bien-être physique et que l'État a le devoir de les promouvoir et de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux. La loi SR L/010/ du 10 juillet 2000 SR indique que le droit à la SR est un droit universel fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie et ce, en toute situation et en tout lieu.

- La Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant sur le Statut général des Fonctionnaires précise les droits et obligations contractuels de l'État et du Fonctionnaire notamment le droit du fonctionnaire à la protection sociale, à la formation et à la protection contre les menaces et risques du métier.

  - En ce qui concerne le Décret D/2008/062/PRG/SGG) du 17 septembre 2008, il a institué le Statut particulier de la santé et consacre le lien entre niveau de rémunération et les conditions de vie et de travail notamment liées aux caractéristiques économiques des zones géographiques du pays. Enfin, l'Ordonnance N°003/PRG/SGG/88 du 28 janvier 1988, portant institution du code du travail, modifié par l'ordonnance N° 91/002/PRG/SGG du 8 janvier 1991 fixe le régime général de travail dans le secteur privé. Il encadre les conditions de contractualisation entre employé et employeur et assure une protection sociale, d'hygiène et de sécurité du travailleur.

Ainsi, le cadre législatif est supposé garantir la disponibilité du personnel de la santé pour tous les guinéens.

3.2.1.2. Description du personnel lié à la pratique sage-femme

Les «personnels liés à la pratique de SF» constituent les personnels de santé dont les fonctions premières consistent à prodiguer des soins de santé aux femmes en matière de SR, pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et à prodiguer des soins aux mères et aux bébés durant la période postnatale (UNFPA, ICM, & OMS, 2006). Le personnel lié à la pratique de SF regroupe les catégories professionnelles suivantes : les SF, les gynécologues, les spécialistes en néonatologie, les

[4] La Constitution de la République de la Guinée, La Loi/010/SR, le Statut général des Fonctionnaires, le Statut particulier du personnel de la santé et le Code du travail

médecins, les IDE , les ATS, les matrones, les ASC, ou les agents agents de santé communautaires (ASBC), y compris les accoucheuses villageoises.

Dans le contexte de la Guinée, le personnel lié à la pratique sage-femme comprend essentiellement les catégories professionnelles suivantes: les matrones et Accoucheuses villageoises, les Agents techniques de santé, les sages-femmes, les Infirmiers, les médecins généralistes, les gynécologues et les pédiatres.

- **Les matrones ,les agents de santé communautaire (ASC) y compris les accoucheuses villageoises**

Cette catégorie de personnel développe les services offerts sur une base communautaire. Ces services représentent l'ensemble des prestations intégrées, conçues, organisées et gérées par les communautés en vue de satisfaire leurs besoins essentiels en matière de santé. Le paquet d'activités menées au niveau communautaire par les agents communautaires comprend :

- Les activités promotionnelles (sensibilisation de la population à travers des causeries éducatives et conseils individuels)
- Les activités préventives (distribution de médicaments et autres produits)
- Les activités curatives (références des cas au poste de santé ou au centre de santé, suivi des soins et soins à domicile de la PCIMNE communautaire, surveillance de la période post natale de la mère et de l'enfant, pratique des accouchements).

Pour accéder aux emplois de contractuels permanents ou temporaire de l'un de ces postes, le postulant doit être titulaire du Certificat d'Études Primaires Élémentaires (CÉPÉ) et bénéficier d'une formation structurée d'au moins deux semaines sur les facteurs de risque de la grossesse et de l'accouchement.

La catégorie de matrones non professionnelles des services de santé, est d'un appui très considérable dans l'accompagnement des femmes au cours de leur grossesse et de l'accouchement. Elles sont les plus régulières dans les services de santé, pratiquent les examens d'urine et les accouchements.

Par contre, cet accompagnement a aussi ses limites car ces catégories de personnels qui n'ont pas les qualifications requises pour la pratique de soins SF ont bénéficié d'une formation de courte durée pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et d'une dotation en trousses d'accoucheuses villageoises (AV).

Compte tenu de la nouvelle définition de l'OMS de l'accouchement assisté, les accoucheuses villageoises doivent s'occuper désormais du dépistage des signes de dangers de la grossesse et de l'accouchement en vue de les référer.

- **Les Agents Techniques de Santé (ATS)**

Les ATS sont recrutés par voie de concours parmi les candidats titulaires du Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC) ayant satisfait trois années de formation professionnelle dans une école de soins de santé communautaires qui a été sanctionnée par un diplôme ATS ou l'équivalent.

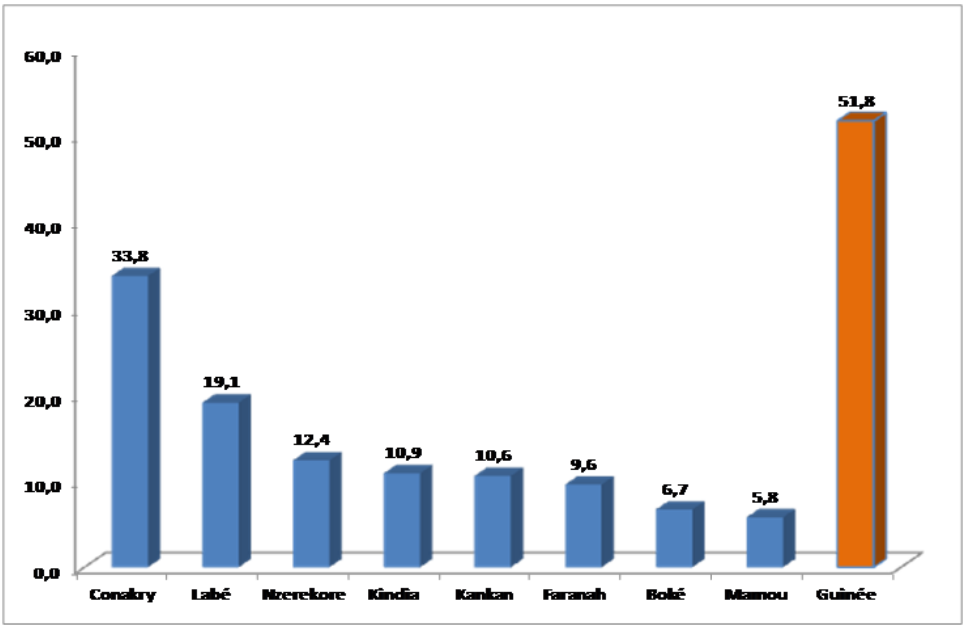
La formation initiale dans cette filière est assurée, sous l'encadrement du Ministère de l'Enseignement Technique et formation professionnelle, à travers les établissements scolaires publiques ou Écoles de soins de santé communautaire de (ESSC) : Boké, Kankan, Labé, Nzérékoré et Tindo ainsi que l'Institut professionnel d'assistance sociale et humanitaire de Mamou (privé).

Les ATS évoluent dans les services de santé de base ou dans les hôpitaux et ont pour rôle:

- de participer à la mobilisation communautaire et de collaborer avec les tradipraticiens et les agents chargés des services offerts sur une base communautaire ;
- d'exécuter les activités de soins de santé primaires ;
- d'exécuter les mesures générales d'hygiène intéressant la santé publique ; et,
- d'exécuter les soins de base au niveau des hôpitaux.

Un Arrêté du Ministre chargé de la Santé fixe les critères de nomination des ATS dans les fonctions de chef de poste de santé, chef d'unité dans un centre de santé ou toutes autres responsabilités correspondant à leurs qualifications.

En dépit des rôles statutaires stipulés par l'arrêté ministériel, les ATS ont été assignés pour la majorité d'entre eux aux fonctions liées à la pratique de SF et ont bénéficié pour certains d'une formation en cours d'emploi pour une remise à niveau appropriée.



Source : Fichier recensement du personnel de santé, 2009

Graphique n° 1 Proportion des ATS dans l'effectif du personnel lié à la pratique SF et leur répartition par région (en %)

Le graphique N°1 montre que 51,8% du personnel lié à la pratique SF sont des ATS, dont plus du tiers (33,8%) est à Conakry où réside seulement 15% de la population.

- **Les Sages-femmes (SF) :**

Les SF sont recrutées par voie de concours parmi les candidats titulaires du Baccalauréat ayant satisfait à trois années de formation professionnelle dans une école nationale de la santé, formation sanctionnée par un diplôme d'état ou tout autre diplôme équivalent reconnu par la commission nationale de reconnaissance et d'équivalence des grades universitaires, titres et diplômes.

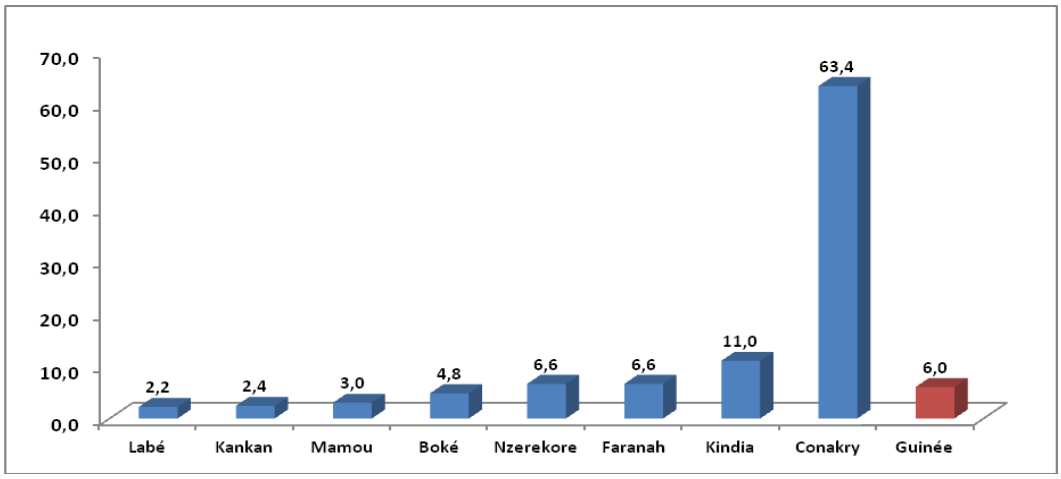
La formation initiale dans cette filière est assurée sous l'encadrement du Ministère de l'Enseignement Technique et de la formation professionnelle dans les établissements scolaires suivants:

- L'École Nationale de Santé de Kindia (ENSK), un établissement public ;
- Les Écoles Professionnelles privées: Koffi Annan, l'École Supérieure de SF de Kobaya (ESSFK), Les Sauveurs, René Lévesque, Waliou de Gomba, l'Ecole Africaine de santé et l'école internationnale de santé Ellen Johnson Sirleaf.

Les SF évoluent dans les services généraux et ont pour rôle:

- d'analyser et d'évaluer les soins en obstétrique et gynécologie ;
- d'initier et de développer la recherche en soins infirmiers ;
- d'assurer les soins aux malades, de les informer et de les éduquer ;
- de former les ASC wn administration des soins ;
- d'assurer les soins en gynéco-obstétrique ; et,
- de collaborer avec les accoucheuses villageoises dans l'admionistration des soins SMN

Une seule filière de spécialisation est ouverte aux SF. Elle permet de former des SF spécialistes sans permettre la création d'autres spécialités pour répondre à l'évolution des soins infirmiers dans le système de santé. Nul ne peut accéder au corps des SF et exercer la profession s'il n'a pas suivi une formation lui donnant un droit à d'accès .

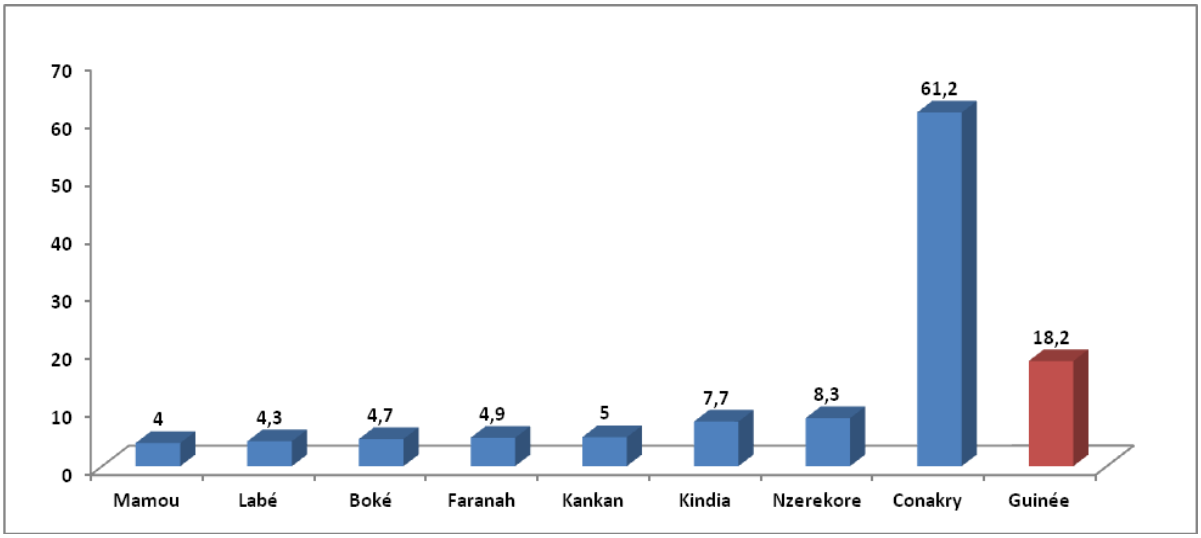


Graphique n° 2 Proportion des SF dans l'effectif du personnel lié à la pratique SF et leur répartition par région (en %) Source : Fichier recensement du personnel de santé, 2009

Selon les données de ce graphique, les SF sont plus concentrées dans la capitale et représentent globalement 6% du personnel de la pratique sage-femme du pays.

Les Infirmiers d'état (IDE) :

Les IDE sont recrutées par voie de concours parmi les candidats titulaires du Baccalauréat ayant satisfait à trois années de formation professionnelle dans une école nationale de la santé, formation sanctionnée par un diplôme d'état ou tout autre diplôme équivalent reconnu par la commission nationale de reconnaissance et d'équivalence des grades universitaires, titres et diplômes. Ils représentent quand même 18.25 du personnel de la pratique sage-femme de la Guinée.



Source : Fichier recensement du personnel de santé, 2009

Graphique n° 3 Proportion des IDE dans l'effectif du personnel lié à la pratique SF et leur répartition par région (en %)

Tout comme les SF, les IDE évoluent dans les services de SMN généraux et ont pour rôle:

- d'analyser et d'évaluer les soins infirmiers;
- d'initier et de développer la recherche en soins infirmiers ;
- d'assurer les soins aux malades ;
- de les informer et de les éduquer ;
- de faire les prélèvements et les analyses ;
- de former en soins les ASC en administration des soins SMN ; et,
- de collaborer avec les tradipraticiens.

La formation initiale dans cette filière est assurée sous l'encadrement du Ministère de l'enseignement Technique et de la formation professionnelle, dans les établissements scolaires suivants:

- L'École Nationale de Santé de Kindia (ENSK), un établissement public ;
- Les Écoles Professionnelles privées: Koffi Annan, Les Sauveurs, Waliou de Gomba, l'Ecole Africaine de santé et l'École internationale de santé Ellen Johnson Sirleaf.

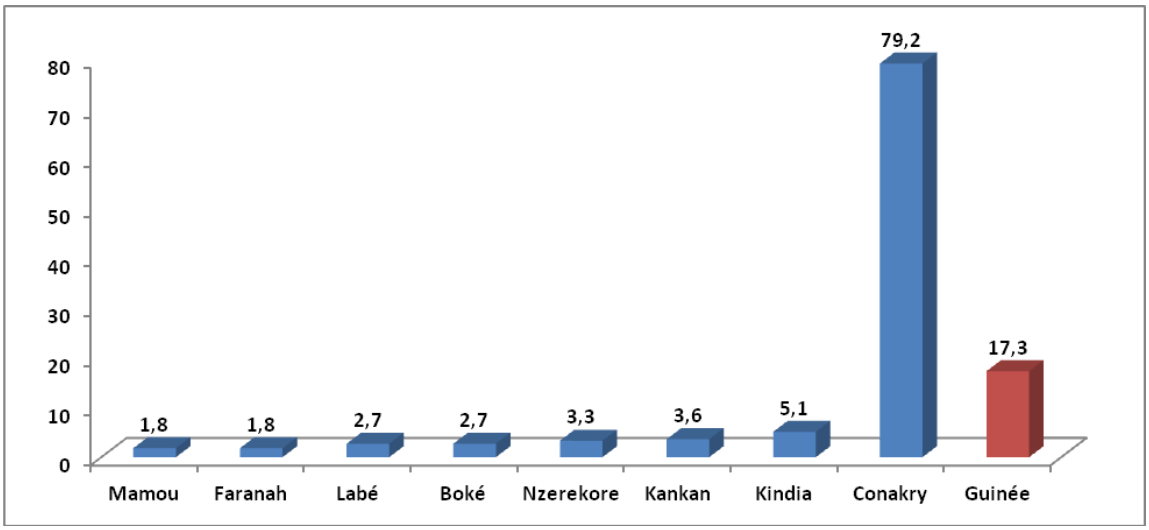
La filière de spécialisation ouverte aux IDE est celle de l'infirmier spécialiste. Aucun autre type de spécialité n'est proposé pour répondre à l'évolution des soins infirmiers dans le système de santé.

Nul ne peut accéder au corps d'IDE et exercer la profession s'il n'a pas suivi une formation lui donnant un droit d'accès.

En plus de ces rôles statutaires, les IDE sont utilisés dans les services de santé comme : Technicien de radiologie, Assistant dentaire, Anesthésiste, Assistant au bloc opératoire, Instrumentaliste, Orthopédiste et puéricultrice. Ils jouent aussi le rôle de surveillant général ou de surveillance de service.

- **Médecins généralistes:**

Les médecins généralistes sont recrutés par voie de concours parmi les candidats titulaires du diplôme d'études supérieures (DES) en médecine et /ou tout autre diplôme équivalent reconnu par la commission nationale de reconnaissance et d'équivalence des grades universitaires, titres et diplômes.



Source : Fichier recensement du personnel de santé, 2009

Graphique n° 4 Proportion des Médecins généralistes dans l'effectif du personnel lié à la pratique SF et leur répartition par région (en %)

La formation universitaire des MG est assurée sur une durée de 7 ans par les établissements Publics et privés de formation initiale, selon les curricula harmonisés de la CEDEAO, sous le contrôle du Ministère de l'Enseignement Supérieur. En Guinée, les structures suivantes sont habiletés à fournir cette formation :

- La Faculté de médecine, pharmacie odontostomatologie de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (FMPOS/UGANC)
- Les deux Facultés de médecine des universités privées, Koffi Annan et La Source.

Les MG évoluent dans les services de SMN généraux et sont chargés :

- du diagnostic et des dispensations des soins ;
- de la recherche médicale ;
- de la prévention de la maladie ;
- de la promotion de la santé ;
- de l'exploration fonctionnelle et des soins ;

- de la formation du personnel et des étudiants ;
- de l'information médicale ;
- de l'administration sanitaire et,
- de l'évaluation et de la prise en charge des épidémies.

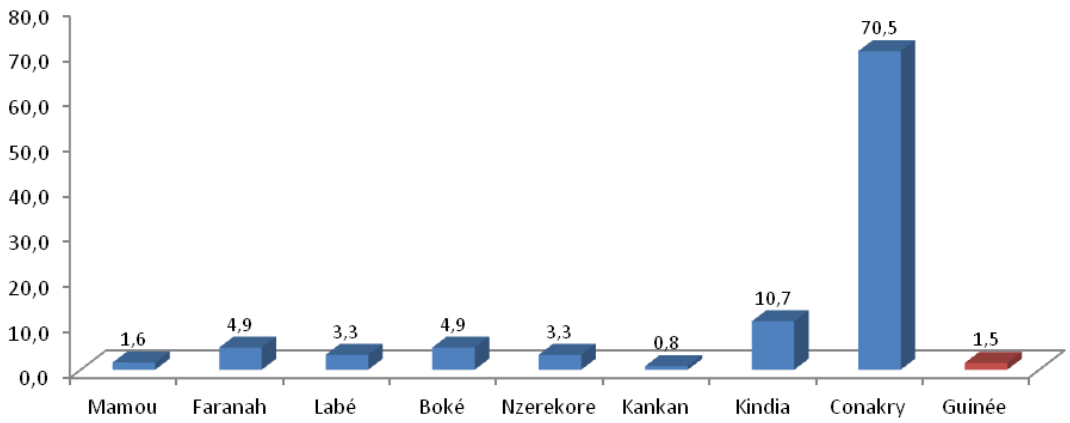
La position actuelle des MG dans les structures sanitaires ne permet pas de connaitre le nombre exact de ceux d'entre eux qui sont liés à la pratique SF.

Cependant, compte tenu de la nécessité de leur polyvalence dans les hôpitaux de l'intérieur du pays, les MG sont considérés dans cette analyse comme faisant partie des personnels liés à la pratique de SF.

Les Médecins Gynécologues:

Les médecins spécialistes en gynécologie sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un DESS et/ou de tout autre diplôme équivalent reconnu par la commission nationale de reconnaissance et d'équivalence des grades universitaires, titres et diplômes. Le recrutement des médecins spécialistes se fait sur titre par la Commission Nationale de Recrutement et de Promotion rattachée au Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur.

La spécialisation concerne les MG remplissant les conditions académiques. Elle est assurée sur une période de 4 ans par La Faculté de médecine, pharmacie odontostomatologie de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry (FMPOS/UGANC) et les universités étrangères sous le contrôle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique.



Source : Recensement du personnel de santé, 2009

Graphique n° 5 Proportion des Médecins Gynécologues dans l'effectif du personnel lié à la pratique SF et leur répartition par région (en %)

La filière de spécialiste en gynécologie obstétrique s'aligne sur les programmes harmonisés d'enseignement spécialisé de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)5.

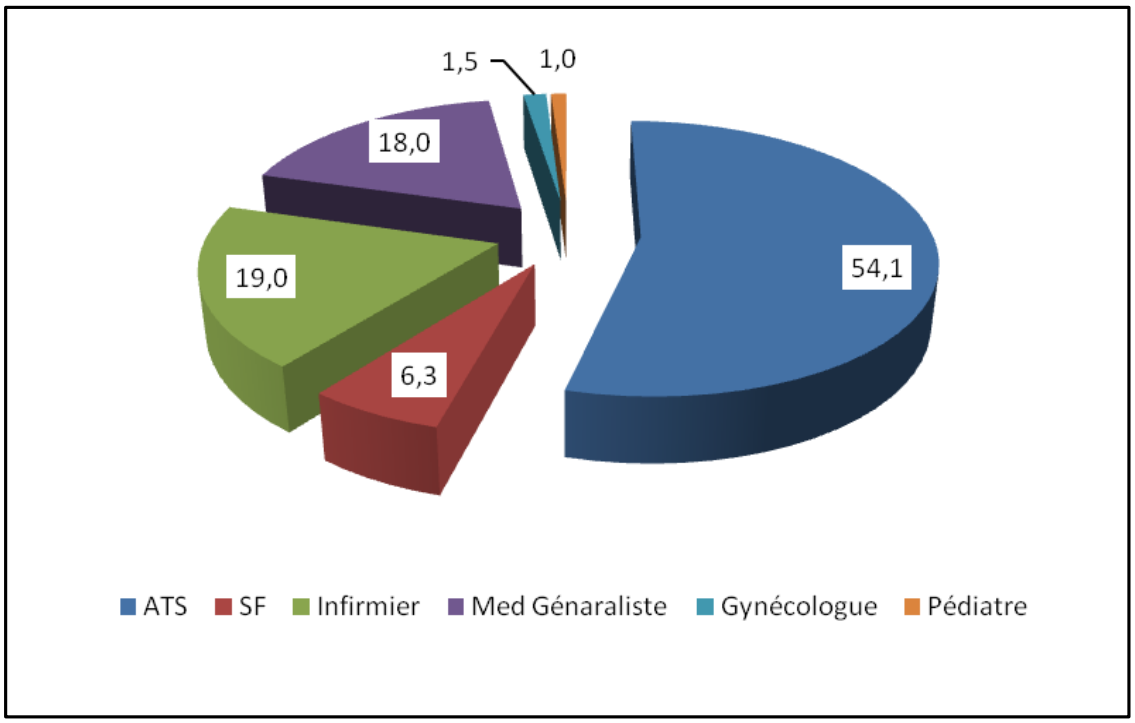
[5] B. Diallo, M. Diallo, et A. G. Savané, Rapport d'analyse situationnelle exhaustive des ressources humaines en santé, juillet 2011

Hormis les médecins titulaires de diplômes de spécialité, sont admis dans le profil des spécialistes, des MG ayant exercé dans le même domaine pendant au moins 8 ans et ayant suivi des formations continues assorties d'attestation de niveau reconnu par la commission nationale de reconnaissance et d'équivalence des grades universitaires, titres et diplômes.

3.2.1.3. Répartition en % du personnel lié à la pratique SF par catégorie professionnelle et par région

Le graphique N° 6 prouve à suffisance que les ATS et les IDE représentent la majorité (73%) du personnel lié à la pratique SF. Les conditions actuelles du pays ne permettent pas, à court terme, de remplacer ces catégories professionnelles par des SF ; d'où la nécessité de les habiliter à offrir des soins de SMN de qualité.

Le tiers des ATS se retrouve à Conakry alors que cette catégorie des personnels est formée pour délivrer des soins de santé communautaire surtout en zone rurale. Le pays compte un effectif de 500 sages-femmes soit 1 SF pour 21827 habitants. Ce qui est largement inférieur aux normes de l'OMS (1 SF pour 5000 habitants). Par ailleurs, cette catégorie de personnel connait un déséquilibre quantitatif très remarquable entre Conakry -la Capitale - et les régions de l'intérieur du pays. En effet, près des deux tiers (63,4%) de cette catégorie sont concentrés à Conakry.



Source : Fichier recensement du personnel de santé, 2009

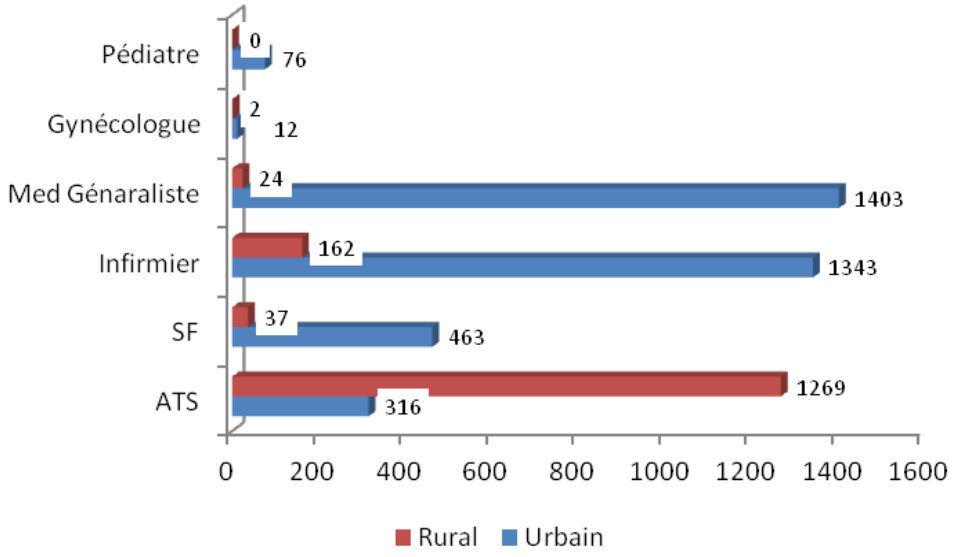
Graphique n° 6 Répartition du personnel lié à la pratique SF par catégories professionnelles (en %)

Le ratio population/SF varie de 1 SF pour 5623 habitants à Conakry contre 1 SF pour 141662 habitants à Kankan.

Les IDE (aides de santé) sont également plus concentrés à Conakry avec 61,19% d'entre eux en service dans cette région contre 3,98% à Mamou. Cette disparité dans la répartition est très marquée et montre que Conakry regorge de personnel infirmier au détriment de l'intérieur du pays. Par ailleurs, près de 4 MG sur 5 (79,06%) se retrouvent à Conakry. Le reste est reparti sur le reste du pays qui pourtant compte 84% de la population. Aussi, les gynécologues sont fortement concentrés à Conakry avec 70,4% d'entre eux en poste dans cette région contre 0,8% à Kankan. Le ratio population/gynécologue montre également un manque de gynécologues surtout dans les régions de l'intérieur. De même, les Médecins pédiatres sont fortement concentrés à Conakry avec 83,33% en poste dans cette région contre 0,% à Kankan, Labé, Mamou et Nzérékoré. La répartition des spécialistes en pédiatrie démontre un déséquilibre quantitatif pour l'ensemble des structures de l'intérieur du pays.

3.2.1.4. Disponibilité du personnel SF selon les zones urbaine et rurale

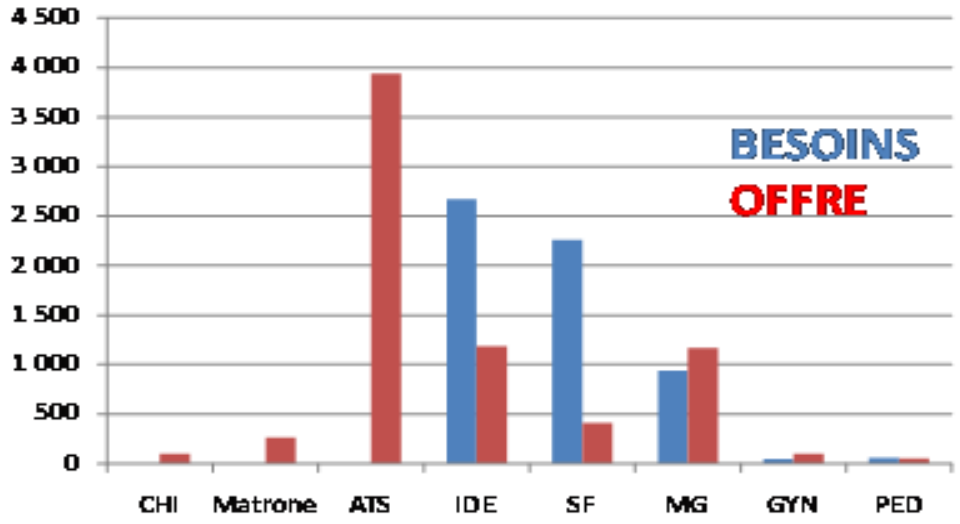
Selon le recensement de l'ensemble du personnel de santé effectuée en 2009, 81% des personnels de santé se retrouvent en zone urbaine qui pourtant n'abrite que 30% de la population totale du pays. Ce déséquilibre quantitatif en défaveur des zones rurales par catégorie se présente comme suit : 31% des ATS, 2% des gynécologues, 7%des SF, 11% des IDE, 2% des MG et 0% des pédiatres sont en poste dans les régions rurales.



Source : Recensement du personnel de santé, 2009

Graphique n° 7 Répartition du personnel lié à la pratique SF selon les zones (en nombre)

3.2.1.5. Disponibilité des RH-SMN par rapport aux besoins des populations.



Source Rapport sur les projections RHS-SMN MSHP/ KIT 2013

Graphique n° 8 Disponibilité des RH-SMN par rapport aux besoins des populations

3.2.1.6. Existence d'un système de recrutement et de déploiement du personnel de santé

Le recrutement du personnel de la santé est organisé par le Ministère en charge de la Fonction Publique. Ill s'effectue par voie de concours et ne peut être dérogé de celui -à que si le nombre de candidat est inférieur ou égal aux postes à pourvoir. Dans ce cas le recrutement s'effectue sur dossiers, test ou examen professionnel. Une certaine proportion des postes à pourvoir peut être réservée au personnel appartenant déjà à l'administration ; dans ce cas, le recrutement s'effectue par voie de concours professionnels. Le quota des postes vacants pouvant être ainsi pourvus est fixé chaque année par arrêté du Ministre en charge de la Fonction Publique sur proposition du département utilisateur.

Dans l'état actuel des choses, le recrutement est devenu aléatoire, non aligné sur les besoins du secteur de la santé, et répond le plus souvent aux priorités liées aux agendas politiques et aux pressions sociales ainsi qu'à celles de la Banque mondiale et du FMI parfois. Il est devenu courant que le Ministère de la santé passe plusieurs années sans bénéficier d'un recrutement à proprement parler. Il n'y a pas de concours de recrutement pour la santé depuis 2007. Même quand le concours de recrutement est organisé, l'engagement peut être différé de plusieurs années. A titre d'illustration, les agents de santé admis au dernier concours de recrutement organisé en 2007, n'ont été engagés qu'en 2011.

Dans le secteur privé, les recrutements sont organisés par les employeurs. Depuis 2005, l'Etat n'a pratiquement pas ou très peu recruté sauf les 1296 agents de 2011. Malgré cela les institutions de formation continuent à déverser sur le marché de l'emploi un nombre important de RHS qui vient grossir le rang des chômeurs. Il n'y a ni cadres organiques tenus à jour au niveau des structures de santé, ni plans de recrutement au niveau des districts, régions et central, ni de cadre multisectoriel de concertation opérationnel, ni de cadres stratégiques, autant de facteurs qui fragilisent l'environnement institutionnel du recrutement.

3.2.1.7. Existence de politique et pratique actuelles de formation du personnel SMN

Formation universitaire

La formation universitaire concerne les MG, les gynécologues, les pédiatres, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes.

À côté du dispositif de formation de ces professionnels de santé, il y a l'École Supérieure de Technologie de Mamou, établissement public qui couvre deux filières :

- ✓ La filière des Ingénieurs en Technologie des Équipements Biomédicaux ;
- ✓ La filière préparatoire au DES en Technologie des laboratoires.

Il n'y a pas de disposition pour la formation universitaire des SF, IDE et autres personnels de la hiérarchie B pour accéder au statut de personnel cadre.

Formation professionnelle

Les professionnels de la hiérarchie B, recrutés après le baccalauréat, sont formés en trois ans. Les curricula harmonisés de la CEDEAO sont utilisés pour la formation des IDE et des SF.

La formation initiale dans ces différentes filières est assurée sous l'encadrement du Ministère de l'Enseignement Technique et de Formation Professionnelle, par les établissements cités plus haut.
Ces établissements professionnels offrent 5 filières de formation : IDE, SF, Techniciens de laboratoire (TL) et Assistants Sociaux (AS).

La formation dans les filières de technicien de santé publique, préparateur en pharmacie, technicien de radio, technicien dentaire, technicien instrumentiste… ne se fait pas actuellement dans le pays.

Quant aux **professionnels de hiérarchie C**, les ATS, ils sont recrutés au niveau du BEPC et reçoivent une formation de 3 ans selon un programme national, également sous le contrôle du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation professionnelle.

La formation initiale reste la base de tout développement de ressources humaines de qualité. Cependant, il faut signaler que les formations ne s'appuient pas sur une politique et/ou un plan national de formation du personnel de santé. Ainsi, des obstacles majeurs limitent la qualité et la pertinence des formations dans les établissements publics et privés. Ce sont essentiellement:

- ✓ le manque de rigueur;
- ✓ le laxisme au recrutement;
- ✓ le faible niveau des apprenants au recrutement;
- ✓ la prolifération des écoles de santé et des filières non adaptées aux des besoins du système de santé et parfois sans support juridique[6] et; et,
- ✓ l'absence de coordination des principaux acteurs.

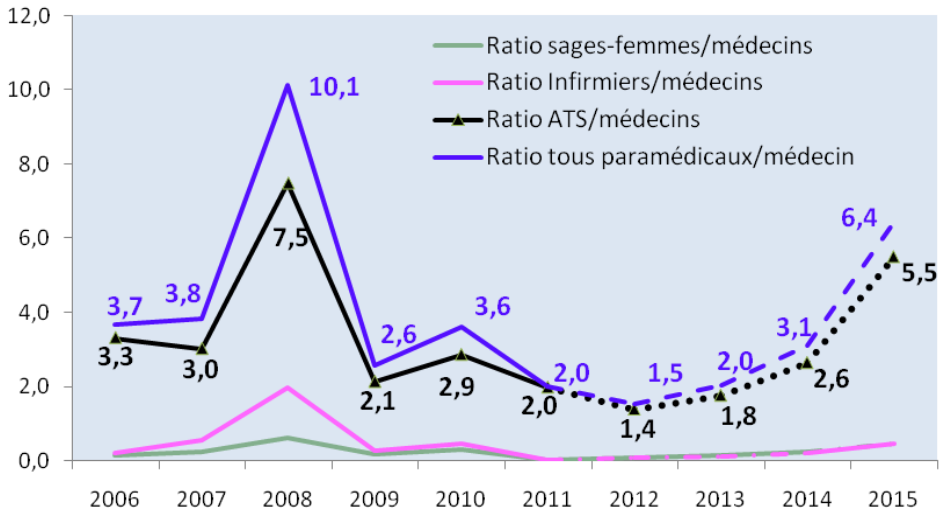
[6] : B. Diallo, M. Diallo, et A. G. Savané, Rapport d'analyse situationnelle exhaustive des ressources humaines en santé, juillet 2011, P. 54.

En conséquence, la production non planifiée entraine une production excessive dans certaines filières (ex. ATS, Médecins) et insuffisante dans d'autres (ex. SF, IDR). En effet, l'examen de l'évolution des effectifs produits par filière durant les cinq dernières années (2006-2010) montre des moyennes annuelles de 268 pour les médecins et 847 pour les ATS contre 137 IDE, 67 SF et 18 TL[7]. Ces chiffres correspondent à 1 médecin pour 4,4 ATS, 1 médecin pour 0,5 Infirmiers d'Etat, 1 médecin pour 0,25 sages-femmes. Or, les normes nationales prévoient, pour le système de santé, 1 médecin pour 1,4 Infirmier et 1 médecin pour 2,4 ATS[8] .

Selon le rapport d'analyse de l'offre en ressources humaines pour la santé (RHS), au cours des cinq prochaines années (2011-2015), ces déséquilibres seront renforcés ce qui confirme la production excessive de médecins au détriment des IDE et des SF. En effet, l'effectif de médecins attendus est 2,6 fois plus grand que celui produit au cours des cinq dernières années[9]. Par contre, la production dans les filières IDE et SF, quant à elle, sera en baisse de 3,25 et 1,05 fois respectivement[10]. Ainsi, selon les prévisions de sortie, on dénombrera 1 médecin pour 0,1 IDE et 1 médecin pour 1,9 ATS.

L'examen de l'évolution du nombre d'étudiants formés de 2006 à 2015 montre que les inscriptions sont faites de façon anarchique et sans aucun rapport avec les orientations de la politique sanitaire en vigueur et du Plan National su Développement Sanitaire (PNDS). Cette tendance est plus visible dans la figure 8. En effet, il apparaît clairement que le ratio paramédicaux/ médecin est élevé (paramédicaux comprenant l'ensemble IDE + SF + ATS) est essentiellement expliqué par le nombre élevé d'ATS. L'écart, entre le ratio ATS/médecin et les autres ratios (IDE/médecin et SF/médecin), a tendance à se creuser en faveur des ATS dont le nombre augmente plus vite que celui des médecins, des IDE et des SF.

À ce rythme, les déséquilibres quantitatifs et qualitatifs observés seront aggravés et la qualité des soins continuerait d'en souffrir. L'atteinte des OMDs santé pourrait alors être compromise.



Graphique n° 9 Évolution de différents ratio paramédicaux / médecins diplômés de 2006 à 2015

[7] Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, *analyse de l'offre en ressources humaines pour la santé, 2011*
[8] Ministère de la santé et de l'Hygiène publique, *Estimation des besoins en ressources humaines pour la santé, 2011.*
[9] Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, *analyse de l'offre en ressources humaines pour la santé, 2011*
[10] Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, *analyse de l'offre..., op. Cit*

Capacités des institutions de formation

La plupart des établissements manquent d'équipements et de matériels pédagogiques et didactiques, d'outils informatiques, et de nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC). Les lieux de stage et les rares laboratoires existant sont exigus ou peu équipés par rapport aux effectifs pléthoriques des apprenants.

Sur le plan du financement des institutions de formation, les sources sont d'origine publique et privée. Pour les établissements publics, près de la moitié des fonds alloués viennent du budget de l'État. Il ya aussi des fonds mixtes (État et partenaires). Le financement public souffre de défaillances notoires en raison de:

- ✓ la faible allocation budgétaire;
- ✓ la faible exécution des crédits alloués;
- ✓ l'irrégularité des décaissements; et,
- ✓ la lenteur des procédures.

Pour le secteur privé, où le budget est tenu secret, l'essentiel du financement vient des fonds privés[11].

De plus, les principales composantes du système éducatif sont affectées par plusieurs défaillances en lien avec : les infrastructures, les équipements, les matériels pédagogiques et didactiques, les programmes de formation, la capacité d'encadrement, les conditions de travail, gestion des recrutements des apprenants, les outils informatiques, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) quasiment inexistantes, etc. Le matériel didactique des salles de classe dans certaines universités se résume le plus souvent à quelques tables-bancs et un tableau noir

Les infrastructures existantes sont vétustes, notamment dans le secteur public. La plupart ne répondent pas aux normes et standards de qualité. Certaines écoles de soins de santé communautaires (Boké, Labé, Nzérékoré) existent au sein d'infrastructures d'emprunt.

Aussi, la plupart des établissements manquent d'enseignants qualifiés et en nombre suffisant. En effet, il ya plus de professeurs vacataires que d'enseignants titulaires et spécialistes. Le ratio élèves maître semble être élevé et cela ne favorise pas un encadrement adéquat.

De plus, les conditions de travail dans les institutions de formation laissent à désirer ; l'accès est difficile à l'eau, à l'électricité, aux moyens de transport, aux moyens de communication et aux autres commodités de travail, etc.

La plupart des structures de formation ne respectent pas les limites de leur capacité d'accueil entrainant des effectifs pléthoriques. Par endroits, des classes accueillent plus de 1 000 étudiants et les lieux de stage sont débordés. À l'école de santé communautaire de Boké, par exemple, on enregistre 190 apprenants dans un espace de 15 m sur 15 m. A la FMPOS/UGANC, les réfectoires servent de salles de cours et dans les amphithéâtres on peut dénombrer jusqu'à 1 000 auditeurs par session. Par contre, dans certaines écoles privées, l'effectif inscrit est inférieur à la capacité d'accueil[12]. C'est le cas, par exemple, des universités « La Source » avec 5 étudiants en 6ème année de Médecine (session 2012-2013) et « KOFFI ANNAN » avec 10 étudiants en 6ème année de Médecine

[12] B. Diallo, M. Diallo, et A. G. Savané, Rapport d'analyse situationnelle exhaustive des ressources humaines en santé, juillet 2011

(session 2012-2013)[13,14]. Cette situation affecte gravement la qualité de la formation théorique et pratique (stage, travaux pratiques et travaux dirigés).

A la lumière de ce qui précède, il apparait que le pays dispose de faibles capacités de formation médicale et paramédicale. Il s'ensuit que les effectifs inscrits dépassent largement les capacités de la plupart des institutions publiques ce qui affecte la qualité de l'enseignement.

Situation de la formation continue

La formation continue a pour objectif d'adapter constamment le niveau de compétence du personnel en cours d'emploi aux exigences du système de santé et aux besoins de développement professionnel des employés. Elle est réalisée à travers des institutions nationales dédiées à cet effet (Institut de Perfectionnement des Personnels de Santé (IPPS), Centre de Formation en Santé Rurale CFSR de Maférinyah, INSP, Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE), etc.), le CHU, certaines structures de santé, et les institutions étrangères. Elle se fait sous forme de bourse de courte durée, de stage, de séminaire ou d'atelier, de voyage d'étude, etc.

Malheureusement, la formation continue (offerte par els structures publiques comme au privées) ne se fait pas selon un cadre cohérent établi à cet effet (politiques publiques, plans, procédures, etc.). Elle se fait par à coup et son succès est freiné par plusieurs facteurs soit:

- ✓ L'insuffisance dans la planification de la formation continue : celles réalisées présentement dépendent fortement des opportunités de financement offertes par les partenaires techniques et financiers;
- ✓ Une multitude d'initiatives non coordonnées avec des séries d'ateliers et séminaires qui ne font pas l'objet de suivi ni d'évaluation par niveau de la pyramide;
- ✓ Un dispositif généralement sans ressources pédagogiques structurées et fonctionnelles: équipes pédagogiques, sans programmes et curricula actualisés, et sans plan d'action annuel, ou budget; et,
- ✓ L'absence de système de suivi de l'utilisation du personnel formé.

Ainsi, l'administration sanitaire à tous les niveaux ignore presque tout de la situation de la formation continue: soit tout ce qui a trait aux domaines de formation, aux objectifs de formation, aux cibles et bénéficiaires de la formation, aux coûts de la formation, aux partenaires impliqués dans la formation, aux impacts de ces derniers, etc. Aussi, faute de référentiel de métier et de compétences, de planification et de mécanismes de suivi-évaluation, le système de formation continue souffre d'un manque total de visibilité et de lisibilité, faisant douter de la pertinence, de l'équité, de l'efficience et de l'efficacité des formations qu'elle offre.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a mis en place l'IPPS en vue d'y développer divers programmes de remise à niveau et de perfectionnement des paramédicaux afin d'améliorer la qualité de leurs prestations. Il faut noter que cette mission est déviée au profit des formations qui devraient être données ailleurs comme au CFSR de Maférinyah.

[13] M. D. Baldé et col. Evaluation des institutions de formation des ressources humaines en santé en Guinée, Rapport final, 2009.
[14] B. Diallo, M. Diallo, et A. G. Savané, Rapport d'analyse situationnelle exhaustive des ressources humaines en santé, juillet 2011

Formation de spécialisation

La formation de spécialisation permet de développer les compétences afin d'améliorer les capacités de prise en charge des patients et de recherche. Elle est assurée sur place par le CHU de Conakry, en collaboration avec les universités partenaires. Les principales filières développées sont:

En médecine le DES en : Gynécologie-obstétrique, chirurgie générale, urologie, médecine interne, pédiatrie, chirurgie pédiatrique, chirurgie viscérale, ophtalmologie et neurologie,

En pharmacie, le DEA en : plantes médicinales, phytothérapie et la biologie clinique.

Ces filières s'alignent sur les programmes harmonisés d'enseignement spécialisé de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)[15].

D'après le rapport d'évaluation des institutions de formation des ressources humaines en santé en Guinée (décembre 2009), les difficultés rencontrées dans le secteur de la formation de spécialisation sont de 3 types : manque de documents scientifiques, manque de matériel didactique et déficit de NTIC. Cependant, s'il ne se pose pas de problèmes de place et de gestion des stagiaires compte tenu de la faiblesse des effectifs inscrits aux CES[9], la qualité de l'encadrement reste discutable quand on sait que le pays ne dispose pas de spécialistes pour ouvrir des CES dans certains domaines.

Gestion de la formation

La gestion de la formation consiste à définir et à mettre en œuvre une politique et des dispositifs tactiques et opérationnels permettant de répondre aux besoins institutionnels et professionnels d'alignement des compétences aux besoins du système de santé et aux exigences de l'évolution de la science et de la technologie. Elle devrait reposer tout d'abord sur des cadres stratégiques nationaux soit : la Politique de Développement des PDRHS, les plans de formation initiale et continue, les directives nationales, etc. L'absence de tels documents, au niveau des ministères en charge de la formation initiale et de la santé est notée.

Ensuite, chaque structure de santé ou groupe fonctionnel de structures de santé (ex. ensemble constitué des centres de santé, de l'hôpital et du Bureau du District de santé) devrait disposer de son propre plan de formation continue, élaboré en cohérence avec les cadres stratégiques nationaux et assorti d'un budget dont la mobilisation bénéficierait de l'appui du MSHP et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sur la base d'une approche programmatique concertée. Or, les activités de formation identifiées çà et là, dans le cadre des plans d'action opérationnels des structures sanitaires, ne reposent pas sur un programme de renforcement institutionnel dûment établi.

En pratique, de nombreuses formations semblent être données dans le cadre de divers projets et programmes nationaux sans qu'on ne puisse clairement les rattacher à des objectifs institutionnels ou en évaluer l'impact, faute de dispositif de suivi-évaluation. En outre, il existe, dans le domaine de la formation continue, une multitude d'acteurs et d'interventions dont la faible coordination favorise les duplications. De même, les mouvements de personnels, sans transfert de leurs dossiers individuels standardisés, participent à ces duplications.

3.2.1.8. Existence de système de communication et mécanisme de coordination des ressources humaines

Dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du PDRHS, il a été créé par arrêté du Ministre de la santé un Comité intersectoriel des ressources humaines en santé (CISRHS) comprenant les représentants désignés du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, du Ministère de la fonction publique, du Ministère délégué du Budget, du Ministère de l'Emploi, formation professionnelle et technique, du ministère de l'enseignement supérieur, du MATD, du ministère du Plan, la société civile : Association des sages-femmes de Guinée (ASFEGUI), Association des Infirmiers de Guinée (ANIGUI), Ordre des Médecins et Ordre des pharmaciens)). Ce Comité est chargé de la validation de toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre du PDRHS. Il se réuni une fois tous les deux mois. Toutefois, il ne dispose actuellement pas de budget pour assurer son fonctionnement.

3.2.1.9. Existence d'un Plan de carrière pour le personnel de la santé

La carrière du personnel de la santé appelé fonctionnaire est organisée en grades et échelons à l'intérieur d'une hiérarchie. Cette organisation en grades et échelons est déterminée par un Arrêté du Ministre chargé de la fonction publique. Selon les indications de l'Article 158, la promotion doit se fonder sur une évaluation objective des qualifications de l'intéressé, selon des critères strictement professionnels déterminés par un texte d'application du Ministre chargé de la santé Ce régime général qui aborde le cheminement de carrière prévoit le passage d'un corps professionnel à l'autre dans un même cadre ou d'un cadre à un autre16; mais le décret d'application n'est pas disponible. Ceci explique, au moins en partie, le fait que tous les corps de paramédicaux se bousculent vers le corps des MG. Et dans cette course folle, aucune règle n'est établie ni respectée. Ainsi, n'importe quel agent de santé peut se retrouver en remise à niveau à la Faculté de médecine, quel que soit son niveau académique de base.

La grande majorité des structures ne conçoivent pas de plan de formation pour leurs personnels. Ces derniers occupent des postes pour lesquels ils ont acquis de l'expérience en pratiquant et en observant (dans la mesure du possible) les anciens. C'est le cas de la quasi-totalité des ATS qui assument des fonctions spécialisées telles que celles d'anesthésiste, de TL, SF sans avoir reçu la formation appropriée. Le personnel non qualifié (matrone, accoucheuse villageoise, etc.) participe aux soins obstétricaux (CPN, CPoN, accouchement et PF). Ces catégories de professionnels exercent le métier de SF qui est en nombre insuffisant dans les structures de bases et ce, sans avoir reçu la formation nécessaire à la réalisation de ces activités[17].

3.2.1.10. Existence d'un plan de reglémentation de la Retraite

L'article 126 du Statut Général des fonctionnaires stipule que tout fonctionnaire ayant accompli trente ans de service ou atteint la limite d'âge pour sa hiérarchie ou son corps est d'office admis à faire valoir ses droits à la retraite. L'âge limite de mise à la retraite est fixé à 65 ans pour la hiérarchie A des départements spécifiques de la santé et de l'éducation et à 55 ans pour les hiérarchies B et C ; en raison de la nature ou de la spécificité de certains corps ou fonctions, le Président de la République, sur proposition du Ministre chargé de la Fonction Publique, peut déroger aux dispositions de l'article 126 dudit Statut. Ces dispositions statutaires et réglementaires ne sont pas totalement connues du personnel lié à la pratique SF. De même que les textes ne sont pas disponibles au niveau des structures de prestations pour favoriser leur vulgarisation.

[17] Rapport final analyse des RHS en Guinée 2012

3.2.1.11. Existence d'un système de motivation du personnel

Il existe un système de motivation du personnel sous forme de primes attribuées au personnel de santé en fonction de leur lieu d'affectation (privilège accordé au personnel en zone rurale). Le système de motivation comprend les primes de transport, de logement, de blouse et de fonction. Les montants sont de l'ordre de 140 000 GNF pour le transport, 55 000GNF pour le logement, et de 40000GNF à 80000 GNF pour les fonctions.

En dehors des primes, des allocations familiales de l'ordre de 2500 GNF par mois (soit 0,36$US) sont offertes par enfant de 0 à 15 ans. Elles sont attribuées uniquement au personnel considéré comme fonctionnaire.

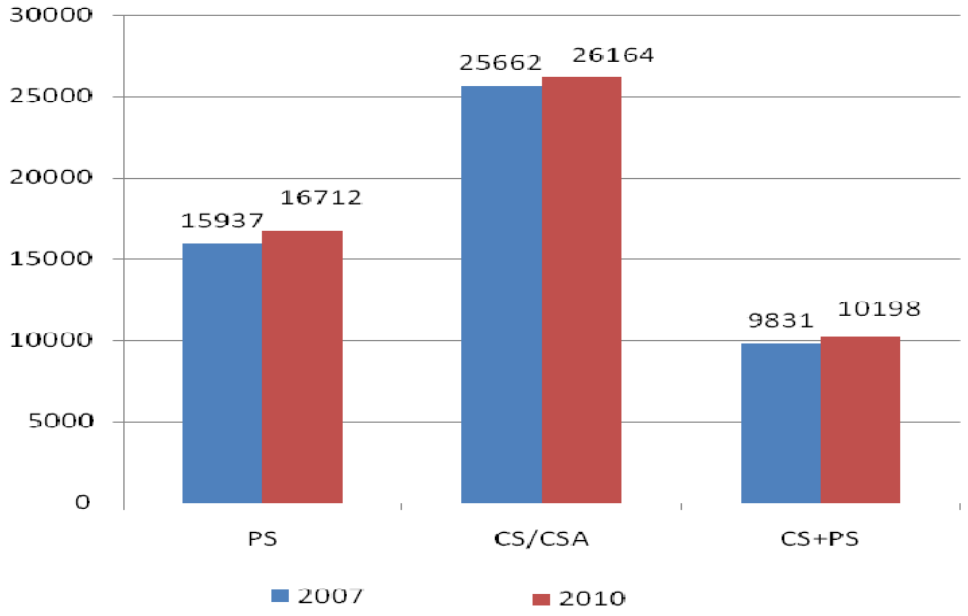
Malgré les augmentations successives des salaires au cours des cinq dernières années, ils restent encore nettement insuffisants par rapport au coût de la vie. Bien entendu, ceci ne favorise pas le déploiement du personnel de santé vers les zones rurales défavorisées car la plupart des agents de santé préfèrent travailler dans les zones urbaines pour combiner leur travail avec des pratiques privées.

3.2.1.12. Existence et état actuel des infrastructures sanitaires :

Les infrastructures du système sanitaire du pays présentent des états physiques et fonctionnels disparates en fonction des zones. Le nombre est insuffisant et la couverture sanitaire demeure passive et relativement inadéquate. Les structures existantes sont censées offrir les SONUB et les SONUC. Cependant, la majorité de ces structures ne dispose pas de personnel qualifié, d'unité de transfusion sanguine et d'équipement pour effectuer el test de dépistage du VIH.

En 2007, on dénombrait 15.937 habitants par PS, et 25 662 habitants pour chaque CS. Cette situation a peu évolué entre 2007 et 2010. En effet, le nombre d'habitants par PS et par CS sont passés respectivement à 16 712 et 26 164 traduisant le fait que la mise en place de nouvelles structures n'est pas en adéquation avec l'accroissement de la population. On observe par ailleurs des disparités importantes de cette disponibilité du personnel entre les régions sanitaires.

Graphique n° 10 Évolution du ratio habitants/formations sanitaires de districts



3.2.1.13. Existence et état actuel des Équipements :

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement depuis 1988, certains équipements ne répondent pas encore aux normes techniques et fonctionnelles requises pour assurer une prise en charge adéquate des malades.

Dans les structures de référence, notamment les hôpitaux, le niveau du plateau technique ne permet pas de prendre en charge certaines pathologies assez fréquentes dans le contexte épidémiologique actuel. Cette situation est, entre autres, à la base de nombreuses évacuations sanitaires, causant une importante fuite de devises pour le pays.

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.

DONNEES DE L'ETUDE DE CAS
Au niveau des établissements de formation

Informations sur les établissements de formation en santé

Tableaux n° 4 Informations sur les établissements de formation en santé

No	Régions	Nom des établissements.	Année de création	Profil du personnel formé	Durée de la formation (année)	Capacité d'accueil 2012-2013	Statut de l'établissement
1	Conakry	FMPOS	1967	MG	7 ans	1400	Public
2	Conakry	Université de Conakry DES Gynéco-Obstétrique	2001	Gynécologue-Obstétricien	4 ans	29	Public
3	Conakry	Université Privée de KOFFI ANNAN	2006	MG	7 ans		Privé
4	Conakry	Institut de Perfectionnement du Personnel de santé de DONKA	2008	Personnel de santé	18 mois à 2 ans	100	Public
5	Conakry	Ecole Supérieure des SF de KOBAYA	2007	SF	3 ans	90	Privé
6	Kindia	École Nationale de la Santé	1984	SF ; IDE TL	3 ans	120	Public
7	Kindia	École Privée de la Santé le WALIOU DE GOMBA	2009	SF ; IDE TL	3 ans	120	Privé
8	Nzérékoré	École de Santé Secondaire et Communautaire de	1982	ATS	3 ans	1350	Public
9	Nzérékoré	École Privée de la Santé d'ELLEN JONHSON S.	2010	SF ; IDE TL	4 ans	70	Privé

Le tableau N° 4 indique que les établissements de formation relèvent des secteurs publics et privés. Les premiers établissements de formation des agents de santé remontent aux années 1960 correspondant aux premières années d'indépendance du pays. Ces établissements offrent différentes filières de formation et sont chargés entre autres de la formation du personnel impliqué dans la pratique SF (MG, Gynécologues, SF, IDE, TL et ATS). La durée des programmes varie de 3 à 7ans selon le niveau et le type de formation requis par établissement concerné.

Tableaux n° 5 : Effectifs actuels d'étudiants pour les 3 dernières années par Établissement de formation.

No	Régions	Nom des établissements.	Candidats 2009-2010	Retenus	Formés	Abandons	Diplômés	Employés
1	Conakry	Faculté de Médecine Pharmacie Odonto – Stomatologie	1400	1400	420		420	-
2	Conakry	Université de Conakry DES Gynéco-Obstétrique	8	8	8	0	6	6
4	Conakry	Institut de Perfectionnement du Personnel de santé de DONKA	182	100	97	3	97	-
5	Conakry	École Supérieure des SF de KOBAYA	160	49	45	4	45	-
6	Kindia	École Nationale de la Santé	739	710	182	60	182	-
7	Kindia	École Privée de la Santé le WALIOU DE GOMBA	62	62	54	8	46	-
8	Nzérékoré	École de Santé Secondaire et Communautaire de	513	513	502	11	502	-
9	Nzérékoré	École Privée de la Santé d'ELLEN JONHSON S.	227 (2011-2012)	177	177	0	-	--

Le Tableau N°5 montre que les effectifs accueillis dans les établissements de formation dépassent le nombre de places disponibles à l'exception de l'Université de Conakry pour les DES Gynéco-Obstétrique. Il est observé que même dans les établissements ou l'inscription des étudiants à former est fonction des effectifs prédéfinis par le Ministère de l'Education suivant les filières existantes, les effectifs qui y sont ventilés dépassent les capacités d'accueil des institutions de formation.

Malgré la forte demande exprimée au regard du nombre de candidats, les effectifs retenu ne sont pas en adéquation avec la demande constatée. A l'École Supérieure des SF de KOBAYA par exemple, seulement 30,62% des candidats au départ ont pu être inscrits et formés.

Le faible taux d'étudiants retenus pour les inscriptions pourrait être expliqué par l'insuffisance de salles de classe et d'établissement de formation. Cet état de fait ne favorise pas l'élaboration de stratégies et de plans rationnels pour les RHS lorsqu'on envisage la prise en compte d'une projection des RHS corrélé avec les capacités productives des institutions de formation.

Niveau de satisfaction des étudiants par rapport à l'organisation de la formation et des stages pratiques.

Les groupes de discussion réalisés auprès des étudiants ont permis de constater que les élèves dans l'ensemble partagent la même satisfaction de leurs programmes de cours au vu de la noble finalité poursuivie, c'est-à-dire sauver des vies, ainsi que des compétences acquises qui permettent de prendre éventuellement en charge les prestations SMN.

Toutefois, la grande majorité des étudiants interrogés font remarquer leur indignation sur les conditions d'apprentissage et l'organisation des stages pratiques. Le tableau ci-dessous montre la diversité des points de vue des personnes interrogées sur ces questions.

Tableau n° 6 Récapitulatif des points de vue des étudiants sur la proportion réelle de la pratique en situation clinique liés à la pratique sage-femme et la conduite des programmes de formation.

Région :	District:	Nom de l'Etablissement :	Perceptions des étudiants sur la proportion réelle de la pratique en situation clinique liés à la pratique SF.	Appréciation des étudiants vis-à-vis de la pratique pédagogique dans la conduite des programmes de formation.
VILLE DE CONAKRY	DIXINN	UNIVERSITE DE CONAKRY	*Les stages pratiques nous ont permis de lier la théorie à la pratique et de réaliser beaucoup d'étude de cas. de pratiquer des accouchements et des soins.*	*la pédagogie n'est pas adaptée et harmonisée. les conditions sont précaires. Chaque professeur explique à sa volonté.*
CONAKRY	CONAKRY	IPPS	*le temps alloué aux stages pratiques est insuffisant. c'est difficile de donner une proportion.*	*le temps est insuffisant.*
VILLE DE CONAKRY	NONGO	KOFI ANANN	*elle varie entre 15, 20 et 50% selon les promotions et les lieux de stages.*	*la pédagogie est très bonne a cause du bon niveau des professeurs. les professeurs disposent de plusieurs méthodes et d'approches.*
VILLE DE CONAKRY	COBAYA	ÉCOLE DES SF DE COBAYA	*le temps de la pratique est petit et les encadreurs ne nous donnent pas la main. le temps de la pratique est réduit sur le terrain ce n'est pas facile. le temps de la pratique est insuffisant, 12 jours seulement dans le mois. nos formateurs n'étaient pas sympathiques, on nous rejette. le temps de la formation théorique est petit et minime. discordance entre ce qui est dispense en classe et ce qui se passe sur le terrain.*	*nous avons des professeurs de qualité. les professeurs étaient disponibles. ils se sont beaucoup battus pour nous.*
KINDIA	KINDIA CENTRE	ÉCOLE NATIONALE DE SANTE DE KINDIA	*50% de théories les soirs. 50% de pratiques les matins. la théorie enseignée est souvent celle qu'on pratique les soirs.*	*la pédagogie est difficile d'apprécier chez nous ici car les professeurs viennent souvent en retard et les cours ne sont jamais terminés en fin d'année.*
KINDIA	KINDIA CENTRE	ÉCOLE NATIONALE WALIOU DE GOMBA	*la pratique pédagogique est un peu bon. c'est le temps qui est insuffisant. les professeurs sont disponibles mais pas de matériels de stage* *2 heures par semaine; 2 fois par semaine. 3 fois par semaine en pédiatrie*	*On nous repartit en fonction des lieux de stages ou des services. Les stages sont évalués à la fin des sessions.*
N'ZEREKORE	N'ZEREKORE CENTRE	ELLEN JOHNSON SIRLEAF	*ici il n'ya que deux options les soins infirmiers et les soins SF. les cours pratiques se font a l'hôpital ; nous sommes encadres par nos profe sseurs qui pour la plupart travaillent là-bas.*	*Nous sommes satisfaits de la pédagogie utilisée. vous savez il y a deux approches qui sont combinées ici. L'approche anglophone et celle francophone car certains de nos professeurs sont des Libériens.*
N'ZEREKORE	N'ZEREKORE CENTRE	ECOLE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE	*L'activité est peu suivie, moi j'ai été une fois à la maternité on m'a pas reçu car pour eux je ne suis pas SF.*	*Les professeurs titulaires sont bien mais les contractuels non. Nous sommes nombreux dans les salles de classes parfois on entend rien. et il n'y a pas de place pour s'assoir.*

Dans l'ensemble, toutes les institutions de formation sont favorables à la mise en place d'un programme de formation adapté sous la direction du CAMES avec la présence de vidéo projecteur dans les classes, la mise à disposition de support électronique des cours dispensés, l'accès facile aux professeurs sans barrage, la disponibilité des professeurs et l'organisation des stages pratiques durant les matinées. Cette disposition pourrait contribuer à améliorer la qualité de la formation des futurs prestataires.

3.2.1.15. Disponibilité du personnel SMN dans les sites visités selon la formation initiale et le mode de recrutement

Tableau n° 7 Disponibilité du personnel des sites visités SMN selon la formation initiale et le mode de recrutement

Région	Formation sanitaire	Titre professionnel	Fonction dans la FS	Diplôme	Mode de recrutement	**Tranche d'âge**	**Statut d'emploi**
VILLE DE CONAKRY							
Conakry	HN I DEEN	GYN	Responsable pavillon obstétrique	D.E.S GYNECO	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Conakry	HN I DEEN	SF	Chargé d'accueil et orientation	Diplôme d'études de SF (DESF)	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Conakry	HN I DEEN	IDE	chargé de planification familiale	Diplôme Infirmier d'Etat	Engagement automatique FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Conakry	HN I DEEN	MG	Consultation, chirurgie gynéco - obstétricale	Doctorat Médecine	CONCOURS FP	plus de 35 ans	CES en cours (temps partiel)
REGION DE KINDIA							
Kindia	HR KINDIA	MG	chargé de SONUC SONUB	Doctorat Médecine	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	HR KINDIA	SF	Chargée des accouchements et soins	DESF	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	HR KINDIA	SF	Chargée des accouchements et soins	DESF	CONCOURS FP	Entre 30 et 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	HR KINDIA	MG	Gestionnaire des kits césarienne	Doctorat Médecine	BÉNÉVOLAT	Entre 30 et 35 ans	Travailleur non recruté
Kindia	HP DUBREKA	SF	Chargé des Soins	DESF	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Contractuel à temps partiel
Kindia	HP DUBREKA	MG	Chargé de SONUC SONUB	Doctorat Médecine	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	HP DUBREKA	MG	Charge de SONUC et SONUB	Doctorat Médecine	BÉNÉVOLAT	Entre 25 et 30 ans	Travailleur non recruté
Kindia	HP DUBREKA	SF	Chargée des accouchements et soins	DESF	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Travailleur non recruté
Kindia	CSU DUBREKA	SF	Chargée de la CPN et accouchement	DESF	Engagement automatique FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	CSU DUBREKA	SF	Chargée de la CPN et accouchement PF	DESF	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	CSA KONDEYA	SF	Chargée de la CPN et accouchement	DESF	CONCOURS FP	Entre 30 et 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	CSA KONDEYA	BIO	Chef de Laboratoire	DES	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Kindia	CSA KONDEYA	MG	Chirurgien gynéco - obstétrique	Doctorat Médecine	CONTRACTUEL DU CMC	plus de 35 ans	Contractuel à temps partiel
Kindia	CSA KONDEYA	SF	Chargée des accouchements et soins	DESF	CONCOURS FP	30 et 35 ans	Travailleur non recruté
Kindia	CSR MADINA OULA	MATRONE	Chargée des accouchements et suivi grossesse	ATTESTATION APTITUDE	BÉNÉVOLAT	plus de 35 ans	Contractuel à temps partiel
Kindia	PSR BOKARIA	MATRONE	Chargée de la CPN et accouchement PF	ATTESTATION APTITUDE	BÉNÉVOLAT	plus de 35 ans	Temps plein en permanence

Tableau n° 7 Disponibilité du personnel des sites visités SMN selon la formation initiale et le mode de recrutement (suite)

Région	Formation sanitaire	Titre professionnel	Fonction dans la FS	Diplôme	Mode de recrutement	**Tranche d'âge**	**Statut d'emploi**
REGION DE NZEREKORE							
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	ATS	Responsable Soins Infirmiers	DATS	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	GYN	Médecin chef adjoint	DES GYNECO	CONCOURS FP	Entre 25 et 30 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	Chargée des accouchements et soins	D E S F	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	Chargée des accouchements et soins	DESF	CONCOURS FP	Entre 30 et 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	Sage-femme maitresse	DESF	Engagement automatique FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	Chargée de planification familiale	DESF	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	Chargée de soin post Abortum	DESF	Engagement automatique FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	ATS	Chargée de soins	Diplôme d'ATS (DATS)	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	IDE	Surveillant général	D I E	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	Consultation et accouchement	DATS	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Travailleur non recruté
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	Chargé d'accueil et orientation	DATS	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein avec permanence
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	Surveillant Général du Bloc	DATS	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	CSU MADINA	SF	SF maitresse	DESF	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	CSU MADINA	ATS	Chargée des médicaments	DATS	Engagement automatique FP	plus de 35 ans	Temps plein en permanence
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	Chargé de PEV	DATS	CONCOURS FP	plus de 35 ans	Travailleur non recruté
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	Chargée de la CPN et accouchement PF	DATS	BENEVOLAT	plus de 35 ans	Travailleur non recruté

Le tableau ci-dessus indique que les fonctions que jouent les prestataires interrogés dans les sites visités ne sont pas en parfaite adéquation avec la description des tâches liées aux catégories professionnelles présentées dans les textes fondamentaux de fonctionnement du MSHP. Les SF et les Gynécologues qui devraient réaliser les prestations soins SF sont faiblement représentées dans certains niveaux de la pyramide sanitaire (HP et CSU) de Kindia, Guéckédou et Dubréka, et sont inexistants au niveau de l'ensemble des CSR visités.

Dans les sites de Nongoa et de Madina Oula les fonctions liées aux accouchements et au suivi de la grossesse sont assurées par des ATS et des Matrones. Cet état de fait confirme le constat du rapport de l'analyse documentaire de la pratique des soins SF qui stipule que : *« La catégorie de matrones non professionnelles des services de santé, est d'un appui très considérable dans l'accompagnement des femmes au cours de leur grossesse et de l'accouchement. Elles sont les plus régulières dans les services de santé, pratiquent les examens d'urine et les accouchements ».*

S'agissant du statut d'emploi, sept prestataires sur les 36 interrogés soient 19% du personnel n'ont pas été formellement recrutés malgré leur présence en permanence dans les structures sanitaires. Il a été observé également que la quasi-totalité des prestataires entretenus se situent dans la tranche d'âge de plus de 35 ans ce qui explique par endroit, le caractère vieillissant du personnel impliqué dans la pratique SMN.

3,2,1,16, Formation reçue au poste de travail par personnel SMN en fonction du domaine et du lieu.

Tableau n° 8 Formation reçue au poste de travail par personnel SMN en fonction du domaine et du lieu.

Région	Formation sanitaire	Titre professionnel	Fonction dans la FS	Formation reçue	Domaine de Formation	Lieu de Formation
Conakry	HN I DEEN	GYN	RESPONSABLE PAVILLON OBSTETRIQUE	Oui	SONUB	FAC ET HOPI
Conakry	HN I DEEN	GYN	CONSULTATION, GYNECO - OBSTETRIQUE	Oui	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) et Planning Familial (PF)	Service de Maternité
Kindia	HR KINDIA	MG	GESTIONNAIRE DES KITS CESARIENNE	Oui	Gestion des produits	FAC
N'zérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	CHARGÉ DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB et PF	MATERNITE
Kindia	HP DUBREKA	MG	CHARGÉ DE SONUC ET SONUB	Oui	SONUB et SONUC	DPS
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	IDE	SURVEILLANT GENERAL	Non	-	-
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	CONSULTATION ET ACCOUCHEMENT	Non	-	-
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	SURVEILLANT GENERAL DU BLOC	Non	-	-
Kindia	CSA KONDEYA	BIO	CHEF DE LABORATOIRE	Oui	Sécurité transfusionnelle	DRS Kindia
Kindia	CSA KONDEYA	MG	CHIRURGIEN GYNECO - OBSTETRIQUE	Oui	SONUB et SONUC	DRS Kindia
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	CHARGÉ DU PEV	Oui	PEV	PROGRAMME PEV
Conakry	HN I DEEN	SF	ACCUEIL ET ORIENTATION	Oui	PF PTME	IPPS Donka
Conakry	HN I DEEN	INF	CHARGÉE DE PLANIFICATION FAMILIALE	Oui	PF et AMIU	IPPS Donka
Kindia	HR KINDIA	MG	CHARGE DE SONUC ET SONUB	Oui	SONUC et SONUC	ENSK
Kindia	HR KINDIA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB et PF	DRS Kindia
Kindia	HR KINDIA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB et PF	DRS Kindia
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	ATS	RESPONSABLE SOINS INFIRMIERS	Oui	PI	MATERNITE
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	GYN	MEDECIN CHEF ADJOINT	Oui	SONUB et SONUC	DRS
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB	DRS
Kindia	HP DUBREKA	SF	CHARGEÉDE SOINS	Oui	PEV et PI	DPS
Kindia	HP DUBREKA	MG	CHARGÉ DE SONUC ET SONUB	Oui	SONUB	FAC
Kindia	HP DUBREKA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB	DPS
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	SF MAITRESSE	Oui	PLANIFICATION FAMILIALE	DRS Nzérékoré
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	CHARGÉE DE PLANIFICATION FAMILIALE	Oui	SONUC	DRS Nzérékoré
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	CHARGÉE DE SOIN POST ABORTUM	Oui	AMIU	DRS Nzérékoré
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	ATS	CHARGÉ DE SOINS	Non	-	-
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	ACCUEIL ET ORIENTATION	Non	-	-
Kindia	CSA KONDEYA	SF	CHARGÉE DE LA CPN ET ACCOUCHEMENT	Oui	SONUB	DRS Kindia
Kindia	CSA KONDEYA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Non	-	-
Kindia	CSU DUBREKA	SF	CHARGÉE DE LA CPN ET PF	Oui	PF et PTME	DRS de Kindia
Kindia	CSU DUBREKA	SF	CHARGÉE DE LA CPN ET PF	Oui	PF et PTME	DPS
Nzérékoré	CSU MADINA	SF	SF MAITRESSE	Oui	Gestion de Produits	IPPS Donka
Nzérékoré	CSU MADINA	ATS	CHARGÉ MÉDICAMENTS	Oui	CPN RECENTRÉE, PF et PTME	IPPS Donka
Kindia	CSR MADINA OULA	MATRONE	ACCOUCHEMENT ET SUIVI GROSSESSE	Non	-	-
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	CHARGÉE DE LA CPN ET PF	Oui	SONUB, PI ET PTME	DRS NZEREKORE
Kindia	PSR BOKARIA	MATRONE	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS	Non	-	-

Le Tableau N° 8 indique que 78% du personnel entretenu dans les structures visitées a bénéficié d'une formation continue au poste travail. Ces formations étaient en adéquation avec les fonctions occupées par ce personnel. Les domaines ont concerné en grande partie: la PF, la CPN recentrée et les SONUB/SONUC. La quasi-totalité des personnes interrogées ont pu indiquer le lieu où s'est tenue ladite la formation. Cependant, des domaines spécifiques et importants n'ont pas fait l'objet de formation continue (les accouchements dystociques, les hémorragies du premier et du dernier trimestre, réanimation du nouveau né, etc.).

3.2.1.16. Condition de logement et autres avantages

Le personnel lié à la pratique SF ne disposent pas de logements spécifiques aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine. Environ 60% de ce personnel vivent dans des foyers communs ou dans les ménages ordinaires dans les communautés.
Les éléments de motivation des agents, prévus par le Statut Particulier des RHS dans le Décret N°062/PRG/SGG17 de septembre 2008, ne sont pas appliqués faute de textes d'application dudit décret.

Tableau n° 9 Répartition du personnel lié à la pratique SF selon le Logement

Réponse	ATS	Gynécologue	IDE	Matrone	Pédiatre	SF	Total général
Non	1277	77	805	100	57	270	2586
Oui	38	7	38	1	3	17	104
ND	2970	38	662	257	18	213	4158
Total général	4285	122	1505	358	67	500	6837

Ce tableau indique que plus de la majorité du personnel lié à la pratique de SF, soit 2586 agents sur un total de 2690 personnes ayant répondu à la question sur le logement, ne disposent pas de logement officiel. Ceci réduit considérablement leur rapprochement au lieu de travail et affecte négativement les conditions de vie du personnel avec un impact négatif sur la mise en œuvre et le succès des stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Cette situation de fait s'est confirmée lors de la visite de terrain dans la mesure où la majorité des prestataires interrogés ne réside pas à proximité de leur lieu de service et ne dispose pas de logement d'officiel.

En somme, l'analyse de la disponibilité du personnel lié à la pratique SF recèle des forces et des limites se résumant à :

Forces		Reconnaissance du développement des RHS comme prioritaire par la politique nationale de santé et le PNDS Existence des normes standards de pratique pour le personnel par type de structure ; Existence de statut général des RH qui énonce les règles de la gestion des RHS ; Accroissement du nombre d'institutions de formation dans les secteurs publics et privé ; Adoption des programmes de formation harmonisés de la CEDEAO notamment par la Faculté de médecine et aux établissements de formation des SF et des IDE ; Adhésion de la Guinée à différentes conventions et déclarations sur les RHS dont celles d'Abuja et de Kampala. Mise en place du Comité multisectoriel des RHS Présence des ordres, associations et syndicats professionnels de la santé ; Programme de réforme administrative et de modernisation de l'État en cours de préparation
Limites		Mauvaise qualité de la formation initiale des personnels de santé Sous-financement du secteur de la santé, empêchant l'accomplissement de réel progrès dans le développement des RHS Faible rémunération des personnels de santé, limitant la motivation et la fidélisation des personnels de santé Distribution inéquitable des RHS entre les régions et lwa préfectures, entre les zones urbaines et les zones rurales ; ces dernières sont particulièrement affectées. Absence de stratégies de motivation et de fidélisation du personnel dans les zones rurales ou de pauvreté, Absence de gestion prévisionnelle des RHS Insuffisance de programme de formation continue au MSHP Surproduction de certaines catégories professionnelles déjà en surnombre dans le pays. Faible capacités d'accueil des institutions de formation du personnel SMN, notamment dans le secteur public, y compris les sites de stage
Recommandations		Recruter progressivement des SF et IDE additionnels pour les années à venir assurer leur déploiement dans les zones rurales en priorité ; À moyen terme, transformer les ESSC Nzérékoré et Kankan en ENS pour former les SF et IDE à moyen terme ; Reconvertir certains ATS selon de critères combinés d'ancienneté et de compétence en SF et IDE ; À moyen terme, former les MG pour acquérir des compétences en Néonatologie et en Gynécologie obstétrique; Organiser des concours de recrutement annuel à partir de 2015 ; Renforcer les capacités des écoles de formation : qualification des enseignants, adaptation des curricula et fourniture des équipements adéquats; Renforcer la concertation entre le MSHP et les départements chargés de la formation en vue d'adapter les effectifs des apprenants des différentes filières aux besoins prioritaires de santé; Décentraliser les recrutements du personnel et les adapter aux postes vacants ; Finaliser le plan stratégique de développement des RHS.

Le déploiement inadéquat et inapproprié du personnel lié à la pratique SF et l'absence de plan de fidélisation des agents dans les zones défavorisées compromettent dangereusement l'accessibilité des populations aux services SMN de qualité.

3.2.2 Accessibilite aux services SMN

3.2.2.1. Généralités

Le statut particulier du personnel de la santé qui marque un pas dans la direction de la correction de cette iniquité entre les agents de santé selon les conditions économiques et géographiques des zones d'accueil n'a, malheureusement, pas été appliquée depuis son adoption en 2008. Cette situation contribue certainement beaucoup à la démotivation généralisée du personnel de santé et au désintérêt à servir dans les régions et zones défavorisées. Ces zones sont ainsi exposées à une pénurie de plus en plus marquée de personnels qualifiés et à des risques accrus de recevoir de prestations sanitaires de mauvaise qualité. (cf : Décret D/2008/062/PRG/SGG).

Par ailleurs, la répartition du personnel par poste est inadéquate dans les structures de santé. Aussi, le professionnel de santé occupe plusieurs postes à la fois, probablement à cause de la pénurie de certaines catégories de personnel de santé. La dénomination de ces postes n'est pas constante dans les différentes structures. Cette situation ne facilite pas la catégorisation des postes. De surcroît, il a été constaté que les structures de santé ne disposent pas de description de poste qui renseigne suffisamment sur leur configuration. Enfin, il existe un cadre organique qui ne décrit ni les compétences qui sont nécessaires à la réalisation des activités ni les résultats attendus de ces activités. Par conséquent, ce document est peu diffusé et il n'est pas utilisé pour le recrutement des agents, leur évaluation ou leur formation.

3.2. 2.1 Accessibilité des services de SMN de type SONU

Selon le rapport d'évaluation des besoins en SONU publié en janvier 2013 (tableau 10), au plan national, quatre (4) formations sanitaires sur 5 assurent des services SONU, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'offre de services est donc permanente dans la quasi-totalité des hôpitaux. De plus dans les hôpitaux nationaux, il existe un système de garde présentielle pour les médecins gynécologues et les pédiatres ainsi que pour les SF et les IDE ; ce qui permet d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins offerts au cours des gardes.

Cependant, 22,3% des CS du secteur public et 36% de ceux du secteur privé n'assurent pas ces services de façon continue.

Ce résultat est corroboré par les constats effectués sur le terrain lors de la collecte des données de l'étude de cas. En effet certains CS et hôpitaux publics n'ont pas de cadres adéquats qui peuvent assurer une permanence et une garde. Par endroit, des salles d'accueil, d'orientation et de sites de premiers soins sont utilisés comme lieux de garde et de permanence pour les professionnels et ceux-ci se font aider par des bénévoles et ASBC qui en général n'ont aucune compétence en SMN.

Seul le CMC rural de Wende Kenema préfecture de Guéckédou assure les SONU de façon continue. Les proportions les plus faibles en SONU ont été retrouvées dans les CSU de Dubréka (10%) et le CMC rural de Kondéya (15%).

Tableau: n° 10 Proportions des formations sanitaires assurant des SONU 24h/24 et 7j/7 par région et par type de formation sanitaire

Région	HN		HR		HP/CMC/ Centre médicochirurgical de l'armée		CS amélioré		CS public		Polyclinique / Clinique		Hôpital d'entreprise		Cabinet médical/Centre de santé privé		Ensemble des formations sanitaires	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boké	0	-	1	-	4	75	1	-	35	94,3	0	-	2	100	0	-	43	93
Conakry	2	100	0	-	5	100	0	-	20	95	22	86,4	1	-	21	61,9	71	83,1
Faranah	0	-	1	-	3	100	0	-	42	100	0	-	0	-	0	-	46	100
Kankan	0	-	1	-	5	100	1	-	61	80,3	1	0	1	-	1	-	71	81,7
Kindia	0	-	1	-	6	83,3	1	-	49	81,6	5	60	0	-	5	80	67	80,6
Labé	0	-	1	-	4	100	1	-	56	62,5	2	100	0	-	3	33,3	67	65,7
Mamou	0	-	1	-	2	100	0	-	38	71,1	1	-	0	-	1	100	43	74,4
N'zérékoré	0	-	1	-	7	100	2	100	75	62,7	6	83,3	0	-	3	66,7	94	68,1
Zone																		
Urbaine	2	100	7	100	33	93,9	1	-	89	78,4	32	84,4	3	100	28	57,1	195	80,4
Rurale	0	-	0	-	3	100	5	100	287	77,4	5	60	1	-	6	100	307	78,2
National	**2**	**100**	**7**	**100**	**36**	**94,4**	**6**	**100**	**376**	**77,7**	**37**	**81,1**	**4**	**100**	**34**	**64,7**	**502**	**79,1**

Source : Rapport Evaluation SONU, janvier 2013

Tableau n° 11 Accessibilité du personnel SMN par catégorie professionnelle et par fonction

Région	Formation sanitaire	Titre professionnel	Fonction dans la FS
Conakry	HN I DEEN	GYN	Responsable pavillon obstétrique
Conakry	HN I DEEN	MG	Consultation, chirurgie gynéco - obstétricale
Kindia	HR KINDIA	MG	Gestionnaire des kits césarienne
N'zérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	Chargée des accouchements et soins
Kindia	HP DUBREKA	MG	Charge de SONUC et SONUB
N'zérékoré	CMC WENDE KENEMA	INF	Surveillant général
N'zérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	Consultation et accouchement
N'zérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	Surveillant Général du Bloc
Kindia	CSA KONDEYA	BIO	Chef de Laboratoire
Kindia	CSA KONDEYA	MG	Chirurgien gynéco - obstétrique
N'zérékoré	CSR NONGOA	ATS	Chargé de PEV
Conakry	HN I DEEN	SF	Chargé d'accueil et orientation
Conakry	HN I DEEN	INF	Chargée de planification familiale
Kindia	HR KINDIA	MG	chargé de SONUC SONUB
Kindia	HR KINDIA	SF	Chargée des accouchements et soins
Kindia	HR KINDIA	SF	chargée des accouchements et soins
N'zérékoré	HR N'ZEREKORE	ATS	Responsable Soins Infirmiers
N'zérékoré	HR N'ZEREKORE	GYN	Médecin chef adjoint
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	Chargée des accouchements et soins
Kindia	HP DUBREKA	SF	Chargé des Soins
Kindia	HP DUBREKA	MG	Chargé de SONUC SONUB
Kindia	HP DUBREKA	SF	Chargée des accouchements et soins
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	Sage-femme maitresse
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	Chargée de planification familiale
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	Chargée de soin post abortum
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	ATS	Chargée de soins
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	Chargé d'accueil et orientation
Kindia	CSA KONDEYA	SF	Chargée de la CPN et accouchement
Kindia	CSA KONDEYA	SF	Chargée des accouchements et soins
Kindia	CSU DUBREKA	SF	Chargée de la CPN et accouchement
Kindia	CSU DUBREKA	SF	Chargée de la CPN et accouchement PF
Nzérékoré	CSU MADINA	SF	Sage-femme maitresse
Nzérékoré	CSU MADINA	ATS	Chargée des médicaments
Kindia	CSR MADINA OULA	MATRONE	Chargée des accouchements et suivi grossesse
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	Chargée de la CPN et accouchement PF
Kindia	PSR BOKARIA	MATRONE	Chargée de la CPN et accouchement PF

En Guinée, les établissements de formation n'ont pas la capacité de s'organiser pour recueillir des données dès le début du processus à savoir le recrutement des étudiants et ce, jusqu'à leur préparation au marché de travail. Par ailleurs, il n'existe pas de corrélation entre les postes, les ressources et les horaires de travail au sein des instituts de formation qu'ils soient publics ou privés pour faciliter un éventuel accès des services nécessaires à la population. La contribution de l'État est très insuffisante au niveau du public et quasi inexistante au niveau du privé.

A la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, le décanat reçoit une liste nationale d'étudiants titulaires de Baccalauréat de séries Sciences expérimentales. Elle est souvent longue et ne tient pas compte des capacités d'accueil et d'organisation de l'institution de formation. Sur ces derniers points, les responsables des différents établissements publics sont unanimes. Les établissements privés (Université, école de santé) recrutent en fonction des bourses des élèves et étudiants et aucun système de sélection n'y est développé.

Quelques déclarations d'étudiants entretenus au cours des groupes de discussion montrent que plusieurs aspects de la formation initiale devraient être améliorés.

- *Les professeurs ne font pas de suivi sur les lieux de stage, pour voir ce que nous faisons dans les stages pratiques surtout dans les structures publiques. une fois que nous sommes ventilés, nous sommes laisses pour compte. seule la personne à qui nous sommes confiés se prête a nos questions; les autres trouvent toujours moyen de nous éviter. moi je constate que dans nos lieux de stage, les encadreurs que nous trouvons s'intéressent plus aux stagiaires des écoles publiques que nous. ils disent que nos responsables refusent de les payer aussi (étudiant université koffi Annan.)*

- *Nos professeurs ne sont pas totalement disponibles pendant nos stages pratiques et même pour les cours théoriques (étudiante ENSK).*

- *Les professeurs titulaires sont bien mais les contractuels non. nous sommes nombreux dans les salles de classes parfois on entend rien. et il n'y a pas de place pour s'assoir. on nous soumet un programme en fonction des services. une répartition par salle et par équipe de garde. les objectifs ne sont pas définis à l' avance. les chefs de services rejettent les étudiants par manque de capacité d'accueil (étudiant FMPO)*

Tableau : n° 12 Catégories professionnelles et Formation Continue au poste de travail

Région	Formation sanitaire	Titre professionnel	Fonction dans la FS	Formation reçue	Domaine de Formation	Lieu de Formation
Conakry	HN I DEEN	GYN	RESPONSABLE PAVILLON OBSTÉTRIQUE	Oui	SONUB	FAC ET HOPI
Conakry	HN I DEEN	GYN	CONSULTATION, GYNÉCO - OBSTÉTRIQUE	Oui	PTME et PF	Service de Maternité
Kindia	HR KINDIA	MG	GESTIONNAIRE DES KITS CÉSARIENNE	Oui	Gestion des produits	FAC
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB et PF	MATERNITE
Kindia	HP DUBREKA	MG	CHARGÉ DE SONUC ET SONUB	Oui	SONUB et SONUC	DPS
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	INF	SURVEILLANT GÉNÉRAL	Non	-	-
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	CONSULTATION ET ACCOUCHEMENT	Non	-	-
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	SURVEILLANT GÉNÉRAL DU BLOC	Non	-	-
Kindia	CSA KONDEYA	BIO	CHEF DE LABORATOIRE	Oui	Sécurité transfusionnelle	DRS Kindia
Kindia	CSA KONDEYA	MG	CHIRURGIEN GYNÉCO - OBSTÉTRIQUE	Oui	SONUB et SONUC	DRS Kindia
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	CHARGÉ DU PEV	Oui	PEV	PROGRAMME PEV
Conakry	HN I DEEN	SF	ACCUEIL ET ORIENTATION	Oui	PF PTME	IPPS Donka
Conakry	HN I DEEN	INF	CHARGÉE DE PLANIFICATION FAMILIALE	Oui	PF et AMIU	IPPS Donka
Kindia	HR KINDIA	MG	CHARGÉ DE SONUC ET SONUB	Oui	SONUC et SONUC	ENSK
Kindia	HR KINDIA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB et PF	DRS Kindia
Kindia	HR KINDIA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB et PF	DRS Kindia
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	ATS	RESPONSABLE SOINS INFIRMIERS	Oui	PI	MATERNITE
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	GYN	MÉDECIN CHEF ADJOINT	Oui	SONUB et SONUC	DRS
Nzérékoré	HR N'ZEREKORE	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB	DRS
Kindia	HP DUBREKA	SF	CHARGÉ DE SOINS	Oui	PEV et PI	DPS
Kindia	HP DUBREKA	MG	CHARGE DE SONUC ET SONUB	Oui	SONUB	FAC
Kindia	HP DUBREKA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Oui	SONUB	DPS
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	SF MAITRESSE	Oui	PLANIFICATION FAMILIALE	DRS Nzérékoré
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	CHARGÉE DE PLANIFICATION FAMILIALE	Oui	SONUC	DRS Nzérékoré
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	SF	CHARGÉE DE SOIN POST ABORTUM	Oui	AMIU	DRS Nzérékoré
Nzérékoré	HP GUECKEDOU	ATS	CHARGÉ DE SOINS	Non	-	-
Nzérékoré	CMC WENDE KENEMA	ATS	ACCUEIL ET ORIENTATION	Non	-	-
Kindia	CSA KONDEYA	SF	CHARGÉE DE LA CPN ET ACCOUCHEMENT	Oui	SONUB	DRS Kindia
Kindia	CSA KONDEYA	SF	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS	Non	-	-
Kindia	CSU DUBREKA	SF	CHARGÉE DE LA CPN ET PF	Oui	PF et PTME	DRS de Kindia
Kindia	CSU DUBREKA	SF	CHARGÉE DE LA CPN ET PF	Oui	PF et PTME	DPS
Nzérékoré	CSU MADINA	SF	SF MAITRESSE	Oui	Gestion de Produits	IPPS Donka
Nzérékoré	CSU MADINA	ATS	CHARGÉ MEDICAMENTS	Oui	CPN RECENTREE, PF et PTME	IPPS Donka
Kindia	CSR MADINA OULA	MATRONE	ACCOUCHEMENT ET SUIVI GROSSESSE	Non	-	-
Nzérékoré	CSR NONGOA	ATS	CHARGÉE DE LA CPN ET PF	Oui	SONUB, PI ET PTME	DRS NZEREKORE
Kindia	PSR BOKARIA	MATRONE	CHARGÉE DES ACCOUCHEMENTS	Non	-	-

La majorité des prestataires entretenus et en poste de travail ont bénéficié de formation continue sur les compétences en SMN soit sur le tas et ou au niveau de sites appropriés (districts de localité), cependant les sessions de supervision sont insuffisantes en quantité et qualité sur le plan organisation et qualification des superviseurs. La relation entre la formation reçue au poste de travail et la qualité des services offerts est inadéquate aussi bien en qualité technique que non technique.

3.2.2.2 Accessibilité géographique des services de référence offrant les services de SMN par région et Formations Sanitaires

Pour les structures sanitaires qui n'assurent pas de SONUC, les centres de référence les plus proches se situent en moyenne à 50 km et le temps nécessaire pour s'y rendre est estimé à 2h pour la région Kindia. Dans la région de N'Zérékoré, la distance jusqu'au centre de référence le plus proche varie de 20 Km à 1000 km pour une 1H à 72h de trajet. Dans la ville de Conakry, les formations sanitaires réfèrent à la maternité d'Ignace Deen les cas de chirurgie obstétricale et à 10 km en moyenne, pour une durée de trajet estimée à 36 minutes la saison sèche et 1h en saison pluvieuse.

Au niveau national, les services de néonatologie se situent en moyenne à 50 km des formations sanitaires et le temps pour s'y rendre est estimé en moyenne à 1 heure 34 minutes. La situation est plus criarde dans la région de Kindia où il faut parcourir une distance de 135 km pour un trajet d'environ 3 heures en moyenne. Dans la région de Nzérékoré, bien que la distance de Guéckédou à N'Zérékoré soit de 277 km, le temps qu'il faut pour les parcourir est estimé à environ 4 heures. L'état des routes explique les durées de trajet assez longues.

Parmi les 13 structures de santé étudiées (12 à l'intérieur du pays et 1 à la capitale), seuls 15% sont situées à moins de 2 heures de route du centre de référence à même d'offrir des services de chirurgie obstétricale et de soins néonatals, et 45% sont situés entre 2 et 6 heures de route. Par contre, à Conakry 86,8% des cas qui sont pris en charge à la maternité de l'hôpital national et au service de pédiatrie proviennent de formations sanitaires situées à moins de 2 heures.

Concernant les services de néonatologie, nous avons noté que 5% des hôpitaux préfectoraux en zone urbaine (Dubréka, Guéckédou) et de Centres Médicaux Communaux en Zone rurale (Kondéya et Wende Kenema) réfèrent les nouveau-nés présentant des complications à des structures situées à entre de 2 et 6 heures de trajet à l'exception de Nzérékoré (Conakry en général). Au niveau des centres de santé tant urbain que rural, cette proportion est quasi inexistante. En général, 15% des structures de référence les plus proches sont à moins de 2 heures de route des établissements publics. Le tableau ci-dessous, montre la distance moyenne entre les Formations sanitaires et leur structure de référence la plus proche assurant les services SMN par région.

Tableau n° 13 Distance moyenne entre les Formations sanitaires et leur structure de référence la plus proche assurant les services SMN par région

N°	Structure sanitaire	Distance entre la formation sanitaire et la structure de référence en (km)	Temps moyen pour atteindre la structure de référence la plus proche	Mode de transport habituel	Saison sèche :	Saison des pluies :
01	HN I DEEN	-	-	-	-	-
01	HN I DEEN	-	-	-	-	-
01	HN I DEEN	-	-	-	-	-
01	HN I DEEN	-	-	-	-	-
02	HR KINDIA	135	03 H	TAXI	03 H	03 H
02	HR KINDIA	135	03 H	TAXI	03 H	03 H
02	HR KINDIA	135	03 H	TAXI	03 H	03 H
02	HR KINDIA	135	03 H	TAXI	03 H	03 H
03	HR N'ZEREKORE	954	72 H	TAXI	72 H	72 H
03	HR N'ZEREKORE	954	72 H	TAXI	72 H	72 H
03	HR N'ZEREKORE	954	72 H	TAXI	72 H	72 H
03	HR N'ZEREKORE	954	72 H	TAXI	72 H	72 H
04	HP DUBREKA	50	01H30	TAXI	01H30	01H30
04	HP DUBREKA	50	01H30	TAXI	01H30	01H30
04	HP DUBREKA	50	01H30	TAXI	01H30	01H30
04	HP DUBREKA	50	01H30	TAXI	01H30	01H30
05	HP GUECKEDOU	212	02H30	TAXI	02H45	03h20
05	HP GUECKEDOU	212	02H30	TAXI	02H30	03h 30
05	HP GUECKEDOU	212		TAXI	02H30	02H30
05	HP GUECKEDOU	212		TAXI	02H30	03H15
06	CMC WENDE KENEMA	54		TAXI	02:00:00	02H30
06	CMC WENDE KENEMA	54		TAXI	02:00:00	02H45
06	CMC WENDE KENEMA	54		TAXI	02:00:00	02H30
06	CMC WENDE KENEMA	54		TAXI	02H30	03H00
07	CSA KONDEYA	125		TAXI	01H00	01H30
07	CSA KONDEYA	125		TAXI	01H00	01H30
07	CSA KONDEYA	125	02H10	TAXI	01H00	01H30
07	CSA KONDEYA	125		TAXI	01H00	01H30
08	CSU DUBREKA	1	00H10	A PIED	00:10:00	00H10
08	CSU DUBREKA	1	00H10	A PIED	00:10:00	00H10
09	CSU MADINA (*)	2		TAXI	00H15	00H30
09	CSU MADINA	2		TAXI	00H15	00H25
10	CSR MADINA OULA	75		TAXI	01H00	01H30
11	CSR NONGOA	27		TAXI	01H10	01H30
11	CSR NONGOA	27		Moto ambulance	02H00	02H30
12	PSR BOKARIA	25	00H20	TAXI	00H20	00H20

Le tableau N° 14 indique que la grande majorité des structures sanitaires visitées se situent à plusieurs kilomètres de leurs structures de référence. Seulement 4 formations sur 12 se trouvent à moins de 50 kilomètres de leur structure de référence. L'hôpital régional de N'zérékoré est situé à 954 kilomètres de sa structure de référence (Conakry) soit 72 heures de trajet pour les patientes référées. En ce qui concerne les moyens de transport, la grande majorité (91%) des prestataires interrogés ont fréquemment cité les taxis brousses. Les routes étant dégradées dans la plupart des cas, seule la saison pluvieuse n'a pas une incidence majeure sur le temps de parcours. Les bulletins et ou fiches de référence de la patiente sont établis et remis à la famille pour la grande majorité en état d'évacuation, on note à cet effet un déficit de contre référence.

L'analyse montre aussi que la grande majorité du personnel lié à la pratique SF interrogé résident à proximité de la structure sanitaire dans laquelle elle exerce, que ce soit en zone rurale ou urbaine. Cependant, selon les dires des femmes et des ASBC, le personnel de santé comme les SF devraient loger à l'intérieur des formations sanitaires surtout en zone rurale, d'où la nécessité d'accélérer la mise en application du Statut particulier du personnel de santé en attendant de trouver des logements à proximité des services sanitaire pour favoriser l'accessibilité des soins aux populations à grande échelle.

3.2.2.3 Moyens de communication fonctionnels :

Le moyen de communication le plus disponible dans les formations sanitaires est le téléphone portable appartenant au personnel ; il a été retrouvé dans la totalité des structures enquêtées (100%). Parmi les structures dont les agents disposaient de téléphone portable, ceux-ci les utilisaient pour les références des patientes. Mais il n'existe quasiment pas de système de remboursement des frais de téléphone dans les établissements pour le personnel. Selon les déclarations seules les responsables des FS qui utilisent leur téléphone sont remboursés.

Selon le rapport d'évaluation SONU publié en janvier 2013, les HN ne disposent pas de téléphone de service dans les maternités, en dehors de ceux du personnel. Par contre, dans les autres types d'établissement privés, nous notons la disponibilité de téléphones portables appartenant aux structures dans 25% de cas. Les téléphones appartenant aux établissements étaient plus fréquents dans les régions de Faranah (50%), Kankan (47,1%), N'zérékoré (41,3%) et Conakry (31,5%).

Le développement de flotte téléphonique dans chacune des régions serait un bon moyen pour favoriser la communication entre les formations sanitaires.

Tableau n° 14 Accès aux moyens de communication de service fonctionnels

N°	Formation Sanitaire	Accès à un réseau de télécommunication de service	Moyens de communication de service fonctionnels	Type (ligne fixe, téléphone mobile, radio, autres)
01	HN I. DEEN	non	Non	
02	HR KINDIA	non	non	
03	HR NZEREKORE	Oui	non	ligne fixe
04	HP DUBREKA	Oui	non	ligne fixe
05	HP GUECKEDOU	non	non	
06	CMC WENDE KENEMA	Oui	non	ligne fixe
07	CSA KONDEYA	Non	non	
08	CSR MADINA OULA	Oui	non	tel mobile
09	CSU DUBREKA	Oui	non	tel mobile
10	CSU MADINA	Oui	oui	Flotte téléphone
11	CSR NONGOA	non	non	
12	PSR BOKARIA	Oui	non	Tel mobile
13	PSR TOMANDOU	non	non	

Le tableau ci-dessus indique qu'une seule structure de santé (CS de Madina) sur les 13 visitées dispose d'une ligne téléphonique fonctionnelle. Les autres dans leur totalité n'ont ni réseau de télécommunication de service fonctionnel, ni moyens de communication de service. Le personnel de toutes les autres structures utilise son téléphone personnel pour les activités professionnelles. Cette situation de fait ne favorise pas l'accessibilité des populations aux interventions d'urgences et réduit considérablement la fonctionnalité des services de soins.

3.2.2.4 Accessibilité des ambulances

Sur l'ensemble des 13 formations sanitaires, 3 soit 23% disposent d'une ambulance de type quelconque. Il s'agit de CSU de Madina, et du CMC de Wende Kenema dans la préfecture de Guéckédou, les deux ayant des motos ambulances. L'HN, lui, dispose d'une 4X4.

L'analyse des résultats du rapport d'évaluation des SONU publié en janvier 2013 indique que tous les HN, les HR et les hôpitaux d'entreprise, et 75% des HP/CMC disposaient d'une ambulance. Un seul CSA (celui de Tanéné) disposait d'une ambulance (moto-ambulance).

Par ailleurs, 26,3% des formations sanitaires situées en milieu urbain disposaient d'une ambulance, contre 12% en milieu rural.

Le nombre d'ambulances disponibles et fonctionnelles varie entre 1 et 6. Le plus grand nombre d'ambulance (6) a été retrouvé dans un établissement privé. Les HN disposaient chacun de deux ambulances disponibles et fonctionnelles. Celui de Donka dispose en plus de deux autres ambulances qui nécessitent des réparations mineures.

De façon générale, le nombre médian d'ambulances disponibles et fonctionnelles dans les structures qui en disposaient étaient d'une ambulance. Cf : rapport d'évaluation SONU janvier 2013.

Tableau n° 15 Répartition des formations sanitaires selon l'accessibilité des moyens de transport des cas à référer par région et par type de formation sanitaire.

N°	Formation sanitaire	Moyens disponibles pour le transfert en cas d'urgence en SMN	Moyens fonctionnels	Causes de Non fonctionnalité
01	HN I. DEEN	ambulance	oui	
02	HR KINDIA	ambulance	non	en panne
03	HR NZEREKORE	ambulance	non	en panne
04	HP DUBREKA	ambulance	non	en panne
05	HP GUECKEDOU	ambulance	non	en panne
06	CMC WENDE KENEMA	moto ambulance / le plus souvent taxi	oui	-
07	CSA KONDEYA	ambulance	non	en panne
08	CSR MADINA OULA	pas de moyen	-	-
09	CSU DUBREKA	pas de moyen	-	-
10	CSU MADINA	pas de moyen	-	-
11	CSR NONGOA	moto ambulance	oui	-
12	PSR BOKARIA	pas de moyen	-	-
13	PSR TOMANDOU	pas de moyen	-	-

La majorité des structures visitées ne dispose pas de moyens de déplacement propre à elles pour assurer la référence des patients. Ceci fait apparaitre que 91% des coûts liés aux cas de référence sont supportés par les familles des patients dans un contexte de pauvreté généralisé au niveau des ménages en Guinée. Selon le DSRP2, 53,6% des cas jugés urgents n'ont aucune chance d'être référés à temps dans ces conditions. Les quelques moyens de transport existant au niveau de l'HR de Kindia, du CSR de Nongoa et le CMC de Kondéya sont souvent en panne ou en manque de carburant d'où une fonctionnalité quasi inexistante. A Wende Kenema la moto ambulance est peu utilisée à cause du coût élevé du carburant toujours pris en charge par la famille des cas à référer. Cet état de fait ne

favorise pas l'accessibilité des populations aux structures de référence d'où les remarques suivantes faites par les femmes et les leaders au cours des discussions de groupe,

- *Il faut nous aider à avoir un moyen de transport pour les villages éloignés. Moi j'ai perdu ma belle fille le mois passé à cause du manque de moyen de transport. Nous habitons à Fangamadou, quand elle a commencé à se plaindre de maux de ventre, nous avons attendu un véhicule plus de deux heures. Son mari a décidé de la faire transporter à wende Kenema sur hamac mais avant notre arrivée tard la nuit, elle a accouché en cours de route. Elle a perdu beaucoup de sang. Et elle a rendu l'âme le lendemain au CS ici. Le bébé lui est en vie. Si il y' avait un moyen de déplacement elle n'allait pas mourir. (Femme de Fangamadou)*

- *La vie est trop chère si tu n'as pas de quoi manger, même si tu veux aller comment y aller. Moi je pense que c'est la distance parfois car moi je loge à 3 km d'ici, des fois je ne trouve pas de motos pour venir et je marche à pieds c'est difficile pour moi. (Femme de Nongoa)*

- *L'hôpital est loin de nous, il est à 25 km, le transport n'est pas à la portée de tout le monde. Aussi certaines femmes utilisent les médicaments traditionnels (feuilles et écorces des arbres) à cause de leur état de pauvreté. (Leader Bokaria)*

Utilisation des ambulances pour des activités autres que le transport des urgences selon le rapport de l'évaluation des SONU publié en janvier 2013.

Les ambulances sont utilisées à des fins autres que le transport des urgences dans certaines régions. Les résultats révèlent que dans toutes les régions, à l'exception de celles de Labé et Mamou, les ambulances sont utilisées pour le transport de cadavres, malgré l'interdiction du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Cette pratique est retrouvée au niveau d'un des HN et dans la plupart des structures privées qui disposent d'une ambulance.

Les autres activités pour lesquelles les ambulances sont utilisées sont : l'achat des médicaments (34,1%) et le transport du personnel lors des formations et réunions (15,9%), les supervisions et monitoring (20,5%).

Au niveau des HP, les ambulances sont beaucoup utilisées pour l'achat de médicaments (48,1%), les campagnes de vaccination (40,7%) et pour les supervisions (33,3%). Cela traduit le manque de moyens au niveau des hôpitaux mais aussi une utilisation peu rationnelle des véhicules des directions préfectorales.

3.2.2.5 Temps accordé aux services par catégorie professionnelle et par cliente en soins SMN

En Guinée, 50% des formations sanitaires sortent les femmes avant les 6 heures qui suivent un accouchement normal. Mais ce délai varie en fonction du type d'établissement. Les hôpitaux d'entreprise gardent les femmes plus longtemps 50% d'entre eux sortent les femmes dans les 24 heures, tandis que dans les HN, les femmes sont observées seulement 4 heures de temps après un accouchement normal. Le délai médian d'observation des parturientes est de 6 heures dans 50% des hôpitaux et des centres de santé. (Cf : rapport évaluation SONU janvier 2013).

Les résultats décrits dans le tableau ci-dessous montrent le temps accordé des services par profil du prestataire et par cliente en soins SMN.

Tableau : n° 16 Temps accordé à la CPN, par catégorie professionnelle et par cliente en soins SMN.

Catégorie de personnel	CPN 1 (minutes par femme)	CPN 2 (minutes par femme)	CPN 3 (minutes par femme)	CPN 4 (minutes par femme)
MA1	45	20	20	20
MATRONE	**45**	**20**	**20**	**20**
SF1 (HN Ignace Deen)	15	15	15	15
SF 11 (CMC Kondéya)	30	30	30	30
SF 12 (CMC Kondéya)	30	30	30	30
SF 13 (CSU Dubréka)	60	120	60	120
SF 14 (CSU Madina	90	15	50	50
SF	**45**	**42**	**37**	**49**
ATS 7 (CSR Nongoa)	60	60	60	60
ATS	**60**	**60**	**60**	**60**
MG 5 (CMC Kondéya)	30	20	20	45
MG	**30**	**20**	**20**	**45**

Tableau : n ° 17 Temps accordé aux Accouchements Assistés, Soins Obstétricaux de Base, Soins Obstétricaux complets et à la CPoN1 par catégorie professionnelle et par cliente en soins SMN.

Catégorie de personnel	AA (minutes par femme)	SONUB (minutes par femme de plus)	SONUC (minutes par femme)	CPoN1 (minutes par femme)
MATRONE	240	NA	NA	NA
SF1 (HN ID)	240	60	NA (seulement soutien)	60
SF2 (HN ID)	480	60	-	50
SF3 (Kindia HR)	120	NA	-	-
SF4 (Kindia HR)	540	NA	-	20
SF5 (N'ZE HR)	120	360	-	30
SF6 (N'ZE HR)	240	120	-	-
SF 7 (DKA HP)	150	120	-	30
SF 8 (DKA HP)	480	180	-	20
SF 9 (GKD HP)	120	60	-	15
SF 10 (GKD HP)	120	30	-	30
SF 11 (CMC KDO)	120	60	-	60
SF 12 (CMC KDO)	360	NA	-	30
SF 13 (CSU DKA)	480	120	-	30
SF 14 (CSU MAD)	180	NA	-	15
SF	180	**117**	-	**33**
IDE 1 (CMC WENDE)	**264**	-	-	-
IDE	180	-	-	-
ATS 1 (N'ZE HR)	**180**	60	-	30
ATS 2 (GKD HP)	480	-	-	30
ATS 3 (CMC WENDE)	120	-	-	60
ATS 4 (CMC WENDE)	-	-	-	-
ATS 5 (CMC WENDE)	-	-	-	-
ATS 6 (MADINA CSU)	60	-	-	15
ATS 7 (CSR NONGOA)	180	-	-	10

Catégorie de personnel	AA (minutes par femme)	SONUB (minutes par femme de plus)	SONUC (minutes par femme)	CPoN1 (minutes par femme)
ATS	240	**60**	-	**29**
MG 1 (KIN HR)	**216**	120	170	20
MG 2 (KIN HR)	170	120	45	20
MG 3 (DKA HP)	90	180	120	20
MG 4 (DKA HP)	480	120	150	20
MG 5 (KDO CMC)	180	120	45	20
MG	600	**132**	**106**	**20**
GYN 1 (ID HN)	**304**	15	-	10
GYN 2 (ID HN)	180	30	-	30
GYN 3 (N'ZE HR)	180	NA	30	4
GYN	180	**23**	**30**	**15**

Les données recueillies selon les entretiens des prestataires nous permettent de noter que les matrones consacrent en moyenne 26 mn pour la CPN et 240 mn pour l'accouchement eutocique alors que les SF accordent en moyenne 43 mn pour la CPN, 264 mn pour l'accouchement, et 117 mn pour la post natale. Quant aux IDE, ils consacrent en moyenne 180 mn pour l'accouchement eutocique en moyenne alors que les ATS accordent en moyenne pour la CPN 60 mn , 240 mn pour l'accouchement eutocique et 29 mn pour le post natal ; les MG consacrent 28 mn de leur temps pour La CPN, 600 mn pour l'accouchement et 132 mn pour le post natal, 106 mn pour les SONUC et 20 mn pour la CPoN1 ; tandis que les gynécologues n'utilisent que 180 mn de leur temps pour l'accouchement, 23 mn pour les SONUB, 30 mn pour les SONUC et 15 mn pour la CPoN1. Enfin, les pédiatres consacrent approximativement 50% de leur temps pour des soins des nouveaux nés présentant des complications.

La CPN n'est pas réglementée dans les Hôpitaux, tous les gynécologues, les MG et les SF la pratiquent et ne tiennent pas compte de principes directeurs du MSHP en la matière. À ce niveau de la pyramide sanitaire l'intégration n'a pas été réalisée d'où le manque de supports de collecte et d'analyse.

La CPoN non plus n'est pas documentée dans les structures visitées. La demande est relativement faible car le besoin n'a pas été suscité par le personnel devant conduire cette activité faute de formation adéquate et appropriée.

Tableau : n° 18 Services/Activités accessibles et catégories professionnelles selon l'étude de cas.

	CPN	AA	SAA	SONUB	SONUC	CPON	SNNC
PED							DES Néonatalogie
GYN	Pas réglementée						
MG	Pas réglementée				Formation continue		OFFICE PED form continue (urbain: HR/HP/CMC)
SF					Quelques fois		
IDE					Quelques fois		
ATS			Formation JHPIEGO actes 'simples'				
Matrone							
Autre		étudiants Fac Med synthèse clinique					

De ce tableau, il ressort que la CPN et l'Accouchement eutocique sont toujours assurés par les matrones, puis viennent les SF, les ATS et quelques IDE. Les MG formés sur les compétences obstétricales et néonatales réalisent les SONUB et SONUC. Les Gynécologues font plus de SONUC et de CPoN1 que les SONUB. Les IDE et les SF servent de soutien (assistanat) pour les SONUC surtout en milieu rural.

3.2.2. 5 La Répartition des tâches par type de services par catégories professionnelles selon l'étude de cas.

La Répartition des tâches par type de services (CPN, AA, SONUB, et SONUC) et par catégories professionnelles est issue des données de l'étude de cas, celles des Soins après avortement et de soins de nouveau-nés présentant des complications sont issues du MSHP et de l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE).

Tableau n° 19 Répartition de la charge de travail par catégories professionnelles des services SMN

	CPN	AA	SAA	SONUB	SONUC	CPoN	SNNC
PED/NEO							100%
GYN			10%	25%	60%		5%
MG		10%	10%	10%	40%	25%	5%
SF	URB:75% RURAL: 25%	URB: 70% RURAL: 20	URBAIN: 60% RURAL: 20%	URBAIN: 70% RURAL: 20%		URBAIN: 75% RURAL: 25%	10%
IDE	UR: 25% RUR: 75%	URB: 20% RURAL: 70%	URBAIN:20% RURAL: 60%	URBAIN: 20% RURAL: 70%		URBAIN: 25% RURAL: 75%	
ATS							

Le tableau ci-dessus montre que la Répartition de la charge de travail par catégories professionnelles selon les données issues de l'Etude de cas et du MSHP.

L'analyse, selon les catégories professionnelles montre que les IDE et les SF consacrent les plus importantes parts de leur charge de travail pour le suivi pré, per et post natal. Ces deux catégories y consacrent 75 à 100% en zone rurale et 20 à 25% de leur charge totale de travail en zone urbaine. En revanche, les MG, et les gynécologues consacrent seulement 10% et 25% de leur charge totale de travail, à l'AA et aux SONUB respectivement en zone urbaine puis 5% pour les soins des nouveau-nés présentant des complications.

Les données montrent également que les gynécologues et MG accordent un temps relativement important aux CPoN surtout pour les femmes en suites de couche compliquées et aux SONUC 40% et 60% respectivement.

L'analyse du temps consacré à la CPN, à l'AA et à la CPoN1 en fonction du type de formation sanitaire en moyenne a montré que les prestataires des CS et PS visités consacrent une part importante de leur charge de travail à la CPN et à l'AA (20% en zone urbaine et 65% en zone rurale en moyenne). En effet, les prestataires des 2 CM, CR, des 2HP et 2 HR y consacrent en plus du post natal 10% et 20%. Les prestataires de l'HN (maternité du CHU) consacrent le moins de temps à la CPN et l'AA, ils y accordent plus de temps au post natal et aux SONUC. Pour ce qui est du temps accordé aux activités de SMN par semaine, les 2 CM, CR, les 2HP et les 2HR y consacrent plus de temps, suivi de l'HN, les CS et PSR y consacrent moins de temps compte tenu de la faiblesse remarquée du nombre de patients à ce niveau de la pyramide sanitaire.

En **somme,** en ce qui concerne l'accessibilité aux services SMN, on note une répartition inégale considérable entre la couverture des besoins de la population dans les zones urbaines et rurales pour chaque catégorie de personnel. Pour les SF, IDE et ATS, MG, Péd et GYN, sont majoritairement en fonction dans les zones urbaines, ce qui les rend plus accessibles dans ces dernières.

Les problèmes d'inaccessibilité de RHSMN dans les zones rurales s'accroissent dans les 12 formations sanitaires visitées à l'intérieur du pays (HR, HP et 2 CMC ruraux), on observe le manque de Gynécologue et de Pédiatre. Sur 4 CS, seul le CSU de Dubréka dispose d'un MG. Le déploiement du personnel existe sur papier mais le personnel en poste est très faible ou quasi inexistant.
Pour toutes les catégories de personnel en SMN, les effectifs, bien qu'apparemment importants, sont en deçà des objectifs nationaux pour assurer une couverture nationale satisfaisante en ressources humaines qualifiées et pour relever le défi de la réalisation des OMD IV et V d'ici 2015.
L'analyse de l'accessibilité des soins SMN a permis de dégager les forces et les limites du système de santé et de faire des recommandations dans ce sens. Ces aspects sont consignés dans l'encadré suivant.

Forces du système en termes d'accessibilité des soins SMN	Le Statut Particulier du personnel de santé ; Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé (PSDRHS) ; La création d'une Direction nationale de la fonction publique locale au niveau du Ministère de la Fonction publique
Limites du système en termes d'accessibilité des soins SMN	La non-application des textes de loi et de dispositions normatives et incitatives liée aux affectations dans les zones difficiles d'accès
Recommandations	Appliquer le statut particulier du personnel de santé ; Mettre en œuvre le PSDRHS et les systèmes d'incitation à la fidélisation du personnel dans les zones rurales

La non application des textes réglementaires devant faciliter l'accessibilité du personnel ne favorise pas une bonne acceptabilité des services SMN par les populations bénéficiaires.

3.2.3 Acceptabilité DES SERVICES SMN

L'Acceptabilité est la façon dont la population reçoit ou perçoit les services offerts par les différentes catégories de personnels de la santé. Elle est évaluée en termes de satisfaction par rapport à la qualité techniques et non techniques des soins, de l'organisation des services, de la disponibilité, de l'accessibilité; etc.

Pour aborder les questions relatives à l'acceptabilité, les données recueillies au cours des groupes de discussions conduits avec les femmes, les hommes, les leaders et les agents SBC et celles issues du questionnaire des accouchées dans les formations sanitaires enquêtées ont été utilisées.

Les points de vue et la perception du personnel de santé ont été également recueillis à travers le questionnaire administré aux prestataires de soin (section satisfaction)

Les résultats obtenus après analyse des données sont consignés dans les sections ci-après. Ils porteront sur : la connaissance de l'utilité de la CPN et des personnes habilités à le faire ; la connaissance du lieu de suivi de la grossesse et de l'accouchement et l'appréciation du personnel de santé; les raisons de non-utilisation ou d'utilisation de la structure de santé la plus proche ; la perception du personnel sur ses conditions de vie et de travail.

3.2.3.1 Connaissances de l'utilité de la CPN et des personnes habilitées à la réaliser

Les résultats des groupes de discussion conduits auprès des femmes

Région :	Préfecture /Commune:	Sous préfecture :	*Connaissance de la Consultation Prénatale*	*Connaissance des Personnes habilitées à consulter et à prendre en charge les femmes pendant leurs grossesses*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	GUECKEDOU	*C'est pour obtenir un carnet de visite de la grossesse; c'est pour savoir ce que tu as dans le ventre si tu es en grossesse ou pas.*	*C'est les sages-femmes, et les accoucheuses villageoises (AV) plus les gens de l'hôpital. Il y a aussi Fanta Balandou qui nous visite chez elles.*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	NONGOA	*C'est pour connaitre ce que tu as dans le ventre si c'est une maladie ou une grossesse.*	*Le chef de centre, SF, les matrones et les AV*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	GUECKEDOU	*Prendre le carnet de consultation puis écouter les conseils. C'est vérifier si la grossesse n'a pas d'anomalies et avoir des médicaments*	*Les agents du centre puis les AV*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	NONGOA	*C'est pour savoir comment l'enfant est dans le ventre et pour la sante de la mère.*	*Les AV et le chef de poste*
KINDIA	KINDIA	KINDIA CU	*Ce sont les premières visites*	*C'est le chef de poste ou son adjoint*
KINDIA	KINDIA	MADINA OULA	*C'est là où on s'occupe de la femme enceinte*	*C'est madame Fanta Barry ou l'hôpital*
KINDIA	DUBREKA	DUBREKA CU	*Détecter les maladies pour les bébés. La visite des femmes enceintes par les docteurs*	*Les docteurs, les SF au CS et l'hôpital*

Il ressort de ce tableau qu'en général, les femmes connaissent bien la CPN et son utilité comme mentionné dans leurs réponses. Elles disent recourir aux services des différentes catégories de personnels de santé pour y recevoir des soins liés à leur grossesse.

Certains types de personnels cités par les femmes (comme les accoucheuses villageoises –AV- ou Mme Fanta Barry) ne sont pas des professionnels qualifiés pour assurer le suivi de la grossesse ce qui peut être assimilé à un déficit de personnel qualifié par endroit.

Les résultats des groupes de discussion conduits auprès des hommes et des leaders

Région :	Préfecture/Commune:	District/Quartier :	Connaissance de la CPN	Connaissance des Personnes habilitées à consulter et prendre en charge les femmes pendant leurs grossesses
KINDIA	KINDIA	BOKARIA	*C'est la sensibilisation des femmes enceintes*	*C'est les agents de santé*
KINDIA	DUBREKA	MAFOUDIA	*Bénéficier du conseil des personnes pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Veuillez a ce que les femmes en grossesse ne fassent pas trop d'efforts physiques incompatibles a leur grossesse*	*Ce sont les docteurs*
N'ZEREKORE	NONGOA	NONGOA CENTRE	*Prise en charge des femmes en grossesse*	*Les SF et les AV*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	MADINA	*C'est les femmes qui connaissent mieux ce que ça signifie; mais c'est le suivi des femmes pour la grossesse.*	*Ce sont les docteurs et les AV*

Les mêmes types de réponses ont été donnés par les hommes et les leaders communautaires en ce qui a trait à la connaissance de l'utilité de la CPN et des types de personnes auxquels leurs femmes ont recours pour le suivi de leur grossesse. Les personnels cités vont des Docteurs à l'AV en passant par les SF, les matrones et autres professionnels.

Les résultats des groupes de discussion conduits auprès des ASC

Région	Préfecture/ Commune	Centre Santé	Connaissance de la CPN	Connaissance des Personnes habilitées à consulter et prendre en charge les femmes pendant leurs grossesses
KINDIA	DUBREKA	CSU DUBREKA	*C'est le suivi de la grossesse*	*Les AS*
KINDIA	MADINA OULA	CSR MADINA OULA	*C'est suivi et consultation des femmes en grossesse*	*Les AS et les AT*
KINDIA	KINDIA	PSR BOKARIA	*C'est surveillance de la femme enceinte jusqu'à l'accouchement*	*Les AS et les AV*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	CMC W.KENEMA	*C'est le suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement*	*Les SF, les matrones et les AV*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	CSR NONGOA	*C'est la sécurisation de la grossesse et le suivi des accouchements*	*Les SF et les matrones*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	PSR TOMANDOU	*C'est le suivi de la grossesse jusqu'a l'accouchement*	*Les AV, la SF et le chef de poste*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	CSU MADINA	*C'est le contrôle et le suivi de la grossesse pour un accouchement aise*	*Les AS et les AV formées*

Les ASC ont également une bonne connaissance de l'utilité de la CPN et connaissent le type de personnel chargé d'assurer cette activité au niveau des formations sanitaires. Les réponses sont identiques à ceux obtenus dans les autres focus.

3.2.3.2 Lieu pour le suivi de la grossesse et l'accouchement, raison du choix et appréciation du comportement du personnel

A partir des données des groupes de discussions conduits auprès des femmes, des hommes et leaders communautaires et des ASC, les réponses sur le lieu de suivi de la grossesse et de l'accouchement, les raisons du choix de la structure et l'appréciation du personnel de santé ont été résumés dans les tableaux suivants :

Groupes de discussion des Femmes

Région :	Préfecture/ Commune:	Sous préfecture :	Connaissance des lieux où se rendent les femmes pour le suivi de leur grossesse de leur l'accouchement ?	Connaissance du choix des femmes enceintes, des itinéraires du suivi de leur grossesse de leur l'accouchement raisons socioculturelles, économiques, familiales, individuelles, géographique, etc.	Appréciation des comportements des personnels qui s'occupent des femmes dans les centres de santé de votre communauté
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	GUECKEDOU	*Moi je viens à Madina ici car c'est mon ami qui consulte les femmes ici. Nous c'est à Madina ici car ici c'est propre et tout le monde est gentil avec nous*	*A l'hôpital il y a trop de monde qui consulte surtout des enfants qui ont même âge que nos enfants; on a un peu honte c'est pourquoi nous allons au CS... Il y a beaucoup de médicaments au CS si tu es malade des fois on te donne sans payer. Moi je viens ici car c'est dans mon quartier tous mes enfants sont nées ici.*	*Moi j'ai 4 enfants ils sont tous nés ici si tu arrives au centre de Madina on s'occupe bien de toi et tu as des médicaments tu ne donnes rien. Moi aussi je vais à l'hôpital car là-bas aussi on traite les maladies même si ce n'est pas liées a la grossesse. Les agents sont vraiment bons seulement la vie est difficile il faut les comprendre.*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	NONGOA	*Au CS, à Wende Kenema et à Guéckédou; aussi dans les villages les femmes vont chez les AV pour les accouchements.*	*On choisit les lieux où il n'y a pas de problème; et on ne paye rien; c'est pour gagner aussi notre santé avec notre bébé.*	*Les agents sont bien mais parfois si ils disent que les médicaments sont finis il y en a parmi nous qui se fâchent et décident de ne plus revenir*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	GUECKEDOU	*Au CS a Guéckédou et aussi chez les AV dans les villages éloignés*	*Il y a la distance si le CS est tout prêt les femmes viennent; c'est aussi à cause des médicaments qu'on trouve gratuitement;*	*Nos agents sont très bien. Mais ils ne sont pas motivés parfois à bien nous recevoir.*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	NONGOA	*Au CS a Nongoa et à Guéckédou*	*C'est pour améliorer notre sante; à Nongoa et à Guéckédou il y a des bons médicaments et beaucoup de docteurs et puis les médicaments sont donnés sans être payés.*	*Ils sont biens seulement ils ne peuvent pas faire beaucoup de chose ici donc nous allons à Nongoa et à Guéckédou.*
KINDIA	KINDIA	KINDIA CU	*Au poste de Bokaria, à l'hôpital de Kindia et des fois chez l'AV au village ici*	*Ce sont les conditions économiques et aussi il y a que le chef de poste demande a certaines femmes d'aller a Kindia, là-bas il dit que c'est mieux pour l'accouchement.*	*Le personnel est disponible est accueillant*
KINDIA	KINDIA	MADINA OULA	*Les femmes vont chez madame Fanta Barry, elle loge a cote et aussi certaines se rendent a l'hôpital. Elle connait son métier et est très gentille*	*Dans le centre de santé le chef ne s'occupe pas des femmes enceintes ni de l'accouchement*	*C'est les deux femmes du CS qui s'occupe de nous. Elles sont très bien avec nous.*
KINDIA	DUBREKA	DUBREKA CU	*Au CS et a l'hôpital*	*La proximité des lieux et la disponibilité des médicaments et des agents compétents*	*Les docteurs, les SF dans les CSU et les hôpitaux se comportent bien*

Les résultats des groupes de discussion conduits auprès des Hommes et leaders communautaires

Région :	Préfecture/Commune:	District/Quartier :	Connaissance, des structures où se rendent les femmes pour le suivi de leur grossesse et de leur accouchement	Raison du choix des femmes enceintes, des itinéraires du suivi de leur grossesse et de leur accouchement (Relances : raisons socioculturelles, économiques, familiales, individuelles, géographique, etc.).	Appréciation du comportement des personnels qui s'occupent des femmes dans les centres de santé
KINDIA	KINDIA	BOKARIA	*Au centre de santé et à l'hôpital*	*Ce sont les moyens et la disponibilité des médicaments*	*Il se comporte maintenant bien depuis que nous avons réglé le conflit qui existait entre lui et ses patientes.*
KINDIA	DUBREKA	MAFOUDIA	*Au CS et a l'hôpital car il y'a des bons docteurs depuis 2005*	*C'est la recherche de bons médicaments*	*C'est un bon personnel très disponible*
N'ZEREKORE	NONGOA	NONGOA CENTRE	*Au CS, au PS, chez les AV et chez les prestataires prives en ville*	*C'est la distance, les considérations familiales, les mauvaises routes et la pauvreté des ménages*	*Ils se comportent bien, ils sont disponibles et s'entendent avec les populations.*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	MADINA	*Ici à Madina et parfois à l'hôpital*	*C'est la connaissance avec les agents, et là où c'est moins couteux*	*Les agents ici sont très bien formés et nous sommes très d'accord avec eux.*

Les résultats des groupes de discussion conduits auprès des ASBC

Région	Préfecture/ Commune	Centre de Santé :	Connaissance, des structures où se rendent les femmes pour le suivi de leur grossesse et de leur accouchement	Raison du choix des femmes enceintes, des itinéraires du suivi de leur grossesse et de leur accouchement (Relances : raisons socioculturelles, économiques, familiales, individuelles, géographique, etc.).	Appréciation du comportement des personnels qui s'occupent des femmes dans les centres de santé
KINDIA	DUBREKA	CSU DUBREKA	*Hôpital, Centre et Poste de Santé*	*Pas de produits suffisants dans le centre de sante c'est pourquoi beaucoup de cas sont référés*	*Très cordiales et disponibles*
KINDIA	MADINA OULA	CSR MADINA OULA	*Au Centre de Sante et dans les domiciles Privés*	*La prise en charge gratuite des femmes enceintes dans les CS*	*Satisfaction pour le suivi des femmes enceintes*
KINDIA	KINDIA	PSR BOKARIA	*Au CS et chez les AV*	*La proximité et la disponibilité des médicaments et de la prise en charge*	*Très disponible*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	CMC W.KENEMA	*Au CMC, au CS, à l'Hôpital et chez les Privés*	*La proximité des structures, l'accessibilité et la disponibilité des services de prise en charge*	*Les communautés sont satisfaites des prestations des agents*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	CSR NONGOA	*Au CS, PS et chez les AV*	*A cause de la distance et de la disponibilité des médicaments*	*Il est compétent et disponible*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	PSR TOMANDOU	*Au PS et au CS*	*La disponibilité de certains médicaments gratuitement*	*Il est accueillant et disponible parfois; car il y a des femmes qui se plaignent de retard quand elles arrivent surtout les jours du marche hebdomadaire*
N'ZEREKORE	GUECKEDOU	CSU MADINA	*Au CS au Poste de Sante et a l'Hôpital*	*C'est les relations qu'elles ont dans les structures pour faciliter la consultation*	*Ils sont devenus des gens beaucoup charges malgré cela l'accueil est bon*

On retient dans les résultats de ces différents groupes de discussion que les personnes ayant participé ont cités les lieux possibles pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement de façon exhaustive. En général les structures telles que les CS et les postes de santé sont cités dans les zones rurales et les CS et hôpitaux dans les zones urbaines. Par ailleurs, quelques structures privées, les AV sont également citées.

Selon les déclarations, le choix de l'utilisation de structures est fonction de la distance, de la disponibilité du personnel et des médicaments et de la gratuité des produits.

Le personnel est en général bien apprécié à cause de sa disponibilité, de sa compétente et de son accueil.

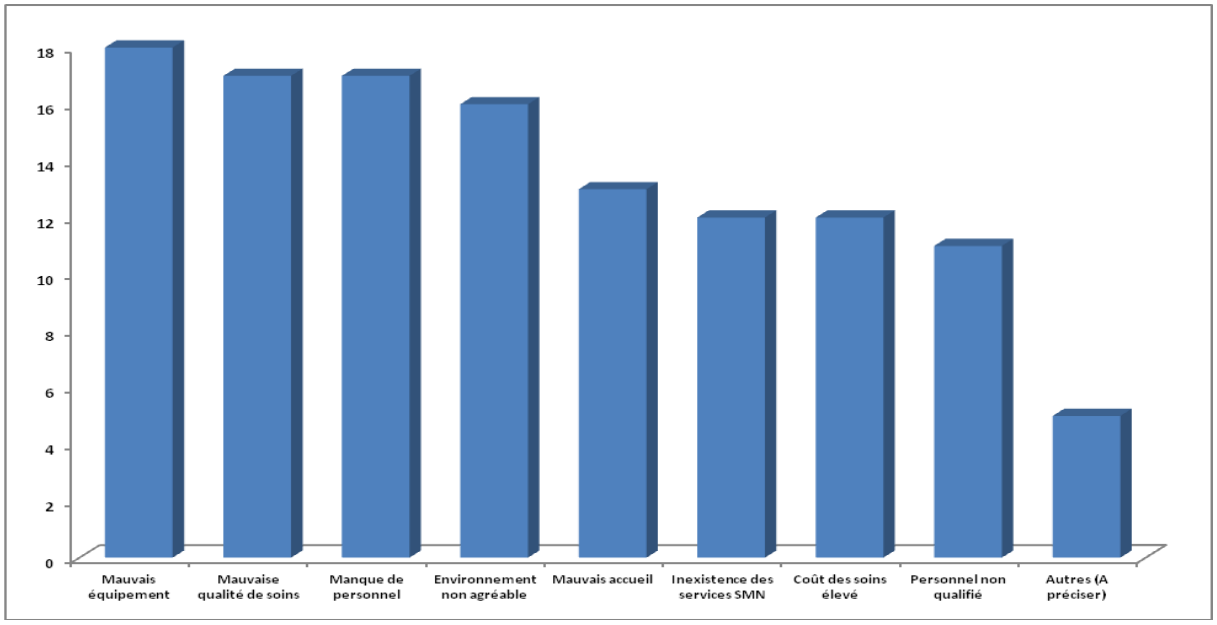
3.2.3.3 Raisons de non utilisation du centre le plus proche

Trente-quatre (34) prestataires ont été interrogés sur cette question. Les raisons de non utilisation de la structure la plus proche mentionnées dans la collecte des données sont résumées dans le tableau ci-après :

Tableau n° 20 Raisons de la non utilisation de la structure la plus proche

Formation Sanitaire :	Nombre de Prestataires interroges	Mauvais équipement	Personnel non qualifié	Mauvaise qualité de soins	Manque de personnel	Inexistence des services SMN	Mauvais accueil	Coût des soins élevé	Environnement non agréable	Autres
HN I.DEEN	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1
HR KINDIA	4	3	1	1	2	1	2	1	1	2
HR N'ZEREKORE	4	1		1	1					
HP DUBREKA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
HP GUEKEDOU	4				1				1	
CMC Wende Kenem	3	1		3	1				3	
CSA KONDEYA	4	4	3	4	4	4	4	4	4	
CSU DUBREKA	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
CSU MADINA	2									1
CSR MADINA OULA	2									
CSR NONGOA	2									
PSR BOKARIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total général	34	18	11	17	17	12	13	12	16	5

La raison la plus évoquée est le manque d'équipement (18) suivi par la mauvaise qualité des soins, le manque de personnel (17) et un environnement désagréable (16).



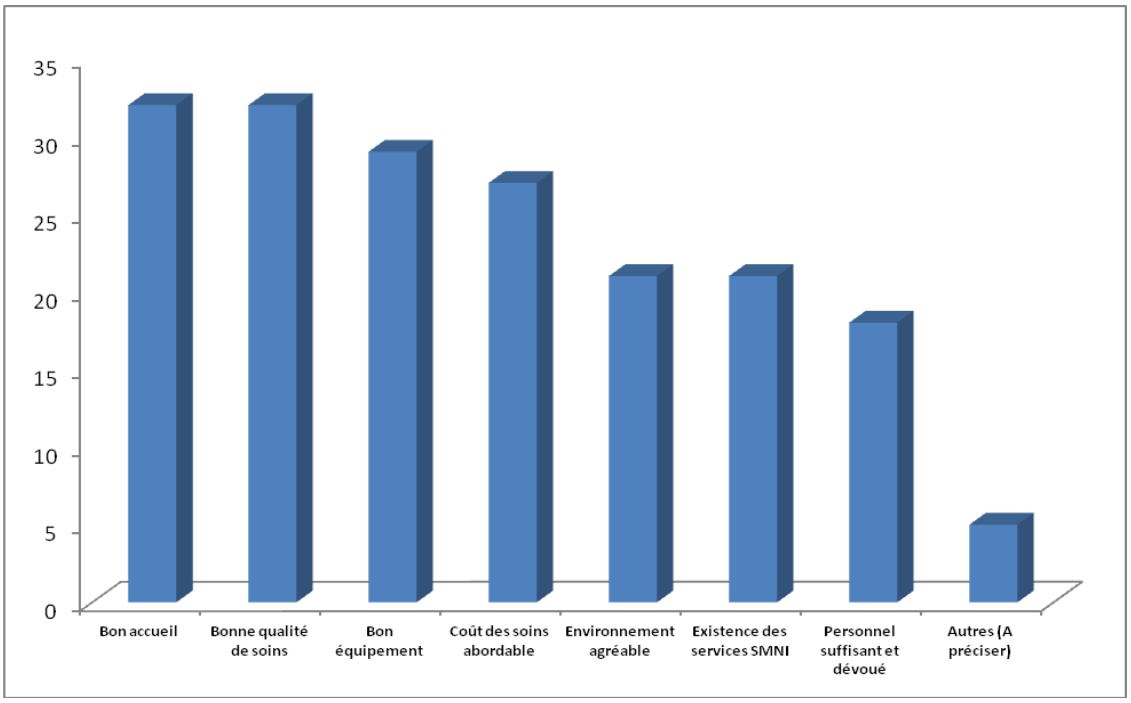
Graphique N° 11 Raisons de non utilisations de la structure la plus proche

3.2.3.4 Raisons du choix du centre utilisé

Trente-quatre (34) bénéficiaires des soins ont répondu à cette question. Les raisons pour lesquelles les accouchées ont choisi chacune des formations sanitaires enquêtées sont mentionnées dans le tableau ci-après :

Formation Sanitaire :	Nombre de Prestataires interroges	Bon accueil	Coût des soins abordable	Bon équipement	Bonne qualité de soins	Personnel suffisant et dévoué	Environnement agréable	Existence des services SMNI	Autres
CMC OUNDE KENEMA	3	3		2	3		1	1	
CS MADINA OULA	1		1		1			1	
CSA KONDEYA	4	4	4	4	4	4	4	1	
CSR NONGOA	2	2	2	1	2			1	
CSU DUBREKA	4	4	4	4	4	4	4	4	1
CSU MADINA	2	2	1	2	2			1	
CSU MADINA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HN I.DEEN	3	3	2	2	3	3	3	3	
HP DUBREKA	1	1	1	1	1	1	1	1	
HP GUEKEDOU	4	4	4	4	4		3	1	
HR KINDIA	4	3	2	3	2	3	2	4	2
HR NZEREKORE	1	1	1	1	1			1	
HR N'ZEREKORE	3	3	3	3	3	1	1		
PSR BOKARIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total général	34	32	27	29	32	18	21	21	5

Sur les 34 personnes interrogées, 32 mentionnent comme raison du choix de la structure le bon accueil et la bonne qualité des soins. Viennent ensuite le bon équipement (29), et le coût abordable des soins (27)



Graphique N° 12 Raisons du choix du centre utilisé

3.2.3.5 Motivation et satisfaction des prestataires

Proportion des prestataires satisfaits de leur formation initiale

Les résultats suivants ont été recueillis auprès des prestataires concernant leur niveau de satisfaction par rapport à la formation initiale reçue

Tableau n° 21 Proportion des prestataires satisfaits de leur formation initiale

Catégorie professionnelle	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait
Gynécologue	-	100%	-
MG	-	83%	17%
SF	42,8%	50%	0,7%
IDE	100%	-	-
ATS	42,8%	71%	-
Matrone	100%	-	-
Autres (Biologiste)	-	-	100%

La majorité du personnel offrant de services de SMN, (75%) entretenue se déclare très satisfaite de leur formation initiale. Le tableau ci-dessus montre que les gynécologues ; les MG et les SF (100% ; 83% et 50%) respectivement en sont satisfaits. Les 17% de MG ; le biologiste et une SF ont déclaré être insatisfaits de leur formation initiale car ils estiment ne pas disposer de toutes les aptitudes pour offrir des soins de qualité nécessaires en SMN. Par contre, la grande majorité ; toutes catégories confondues, est soit très satisfaite ou satisfaite de sa formation initiale. Selon les déclarations des SF et matrones, les raisons de satisfaction sont entre autres : la possibilité de sauver des vies humaines et l'acquisition de connaissances minimales pour prendre en charge les parturientes.

Proportion des prestataires satisfaits de leur environnement de travail

Les résultats suivants ont été mentionnés par les prestataires concernant leur satisfaction par rapport à leur environnement de travail.

Tableau n° 22 Proportion des prestataires satisfaits de leur environnement de travail

Catégorie professionnelle	Organisation du travail		
	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait
GYN	50%	-	50%
MG	48%	50%	2%
SF	14,4%	64,2%	21,4%
IN	-	100%	-
ATS	-	100%	-
Matrone	-	100%	-
Autres(Biologiste)		100%	-

Le tableau ci-dessus montre que les taux de satisfaction du personnel par rapport à leur environnement de travail varient de 14,4% à 50%. Les gynécologues et les MG sont les plus satisfaits de leur environnement de travail (presque la moitié est satisfaite). Ils sont suivis des IDE, des ATS, des

matrones et du biologiste qui sont à 100% satisfaits, puis des SF (64%) et du reste des MG (50%). Par contre ; 50% des gynécologues, 2% des MG et 21,4% des SF se déclarent insatisfaits. Les raisons de satisfaction évoquées sont liées à la solidarité et à l'esprit d'équipe, au feed-back positif de la communauté ; et à la bonne appréciation des superviseurs. Ceux qui déclaraient être insatisfaits rapportaient des raisons liées au manque de transparence dans la gestion des établissements ; et l'absence de plan d'amélioration de conditions de travail.

Proportion des prestataires satisfaits de leur Matériels et équipements

Les résultats suivants rapportent la satisfaction des prestataires par rapport au matériel et à l'équipement de leur formation sanitaire

Tableau n° 23 Proportion des prestataires satisfaits de leur Matériels et équipements

Catégorie professionnelle	Matériels et équipements		
	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait
GYN	50%		50%
MG	-	100%	-
SF	14,2%	86%	14,2%
IN	-	100%	-
ATS	-	75%	25%
Matrone	-	100%	-
Autres(Biologiste)			100%

Il ressort de ce tableau que la majorité des prestataires entretenus déclarent être satisfaits des équipements ; des matériels et des produits médicaux mis à leur disposition. Cependant 50% des gynécologues, 100% du personnel autre de SMN autre (Biologiste) et 25% des ATS évoquent l'insuffisance notoire de matériels, de médicaments et d'équipements.

Proportion des prestataires satisfaits de leur horaire de travail

En ce qui concerne les horaires de travail, les réponses consignées dans le tableau 24 ont été obtenues.

Tableau n° 24 Proportion des prestataires satisfaits de leur horaire de travail

Catégorie professionnelle	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait
Gynécologue	-	50%	50%
Médecin généraliste	40%	20%	40%
Sage-femme	6,2%	93,3%	-
Infirmière	-	100%	-
Agent technique de santé	-	100%	
Matrone	-	50%	50%
Autres (Biologiste)	100%	-	-

Si la grande majorité des prestataires de service déclarent être satisfais des horaires de travail, il n'en est pas de même que pour les gynécologues ; les MG et les matrones. Ces catégories sont unanimes sur la charge de travail jugée énorme et les gardes et permanences qui ne sont pas primées et s'effectuent dans des conditions de travail difficiles sans sources de lumières adéquates.

La motivation des prestataires vis-à-vis du salaire et des autres avantages

Les quatre principaux éléments de motivation concernés dans cette rubrique sont le salaire, les primes, les avantages en nature et les possibilités d'avancement.
Le tableau ci-dessous résume les résultats issus de l'entretien des prestataires par rapport à ces éléments.

Tableau n° 25 Motivation des prestataires vis à vis du salaire et des autres avantages

Eléments de motivation	Niveau de motivation						Total
	Très satisfait	Plutôt satisfait	Indifférent	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Non concerné	
Salaire reçu	0	0	3	14	8	4	29
Primes reçues	0	0	5	13	11	2	31
Avantages en nature	0	2	5	10	11	2	30
Possibilités d'avancement	0	1	6	12	7	4	30

Le tableau 25 qui récapitule les avis des prestataires interrogés sur leur niveau de motivation vis-à-vis des quatre composantes citées plus haut montre que :

- 25 des 29 prestataires interrogés étaient salariés. Parmi eux, 22 (soit 88%) ne sont pas satisfaits de leurs salaires dont 8 (soit 32%) sont très insatisfaits;

- Par rapport aux primes payées aux prestataires interrogés, 24 sur les 29 concernés, soit 82.75% ne sont pas satisfaits parmi lesquels, 11 (environ 38%) sont très insatisfaits. Si l'on considère que les 5 prestataires qui sont indifférents quant aux primes payées ne sont pas satisfaits on peut conclure que 100% des prestataires interrogés ne sont pas satisfaits des primes qui leur sont accordées ;

- Concernant les avantages en nature, seuls 2 des 28 prestataires concernés (soit 7%) déclarent être plutôt satisfaits alors que 21 (soit 75%) ne sont pas satisfaits des avantages en nature qu'ils reçoivent et 5 sont plutôt indifférents ;

- Concernant les possibilités d'avancement, 26 des 30 prestataires interrogés étaient des fonctionnaires mais 1 seul d'entre eux (3.8%) était plutôt satisfait des possibilités d'avancement alors que 19 (soit 73%) ne sont pas satisfaits dont 7 (27%) sont très insatisfaits. Six (6) des 24 prestataires étaient indifférents quant aux possibilités d'avancement.

Selon les déclarations de certains prestataires surtout ceux exerçant au niveau périphérique ne disposent ni de salaire, ni de primes de motivation depuis plusieurs années. Malgré leur temps de travail pleinement consacré aux activités SMN, les prestataires rencontrés aux CSR et CSU du niveau périphérique n'ont également pas de contrat local avec les communautés bénéficiaires de soins. Cette situation de faite ne favorise pas l'effectivité de la gratuité des soins SMN et de la césarienne comme prôné par le Gouvernement Guinéen. Par ailleurs, une dénomination de statut théorique d'employé (Bénévole) émerge dans certaines formations sanitaires visitées dans le cadre de l'étude.

Il s'agit du CMC de Kondéya où un MG assure les services de chirurgie générale et de SMN et du PSR de Bokaria où l'ancien CPS en retraite y exerce depuis plus de 3 ans).

En somme, tout comme la disponibilité et l'accessibilité, le niveau d'acceptabilité est influencé par des forces et des limites. Ces facteurs sont présentés dans le tableau suivant en même temps que les recommandations pour améliorer l'acceptabilité :

Forces	• La connaissance des services SMN par les populations bénéficiaires et la reconnaissance de leurs bénéfices ; • La décentralisation du paquet minimum d'activités SMN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; • L'existence des outils de gestion et de suivi des SMN (carnet CPN, Partogramme, registre, fiche de référence et de contre référence…) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
Limites	• Faible couverture des SMN par rapport aux besoins de la population ; • Insuffisance de formation initiale et continue du personnel SMN ; • Absence du personnel SMN au poste de travail dans les structures publiques ; • L'absence de régulation des structures privées ; • La non réglementation de la CPoN ; • L'absence de conditions de travail adéquates qui permettent au personnel de SMN de fournir des soins appropriés.
Recommandations	• Mettre en place d'un cadre institutionnel propice à une gouvernance efficace des RHS • Aligner la formation initiale et continue du personnel sur les besoins numérique et qualitatif de SMN ; • Mettre en place un système de gestion du personnel SMN axés sur la performance ; • Améliorer les conditions de travail (matériel, équipement, accès à l'eau et l'électricité, salaires et primes)

L'environnement actuel de travail du personnel lié à la pratique SF compromet la qualité des services SMN.

3.2.4 Les services de SMN offerts/reçus

En Guinée depuis janvier 2011, les CPN, les accouchements et les césarienne sont gratuits. Cependant, il n'y a pas de recul suffisant pour le moment pour apprécier l'influence de cette gratuité sur l'utilisation des services.

3.2.4.1 Consultation prénatale (CPN)

Les structures qui mettent en œuvre cette activité sont les centres de santé. Il en existe actuellement 413 repartis en CSR (303) et CS urbains (110). Les structures de référence ne font pas officiellement de CPN.

En Guinée, bien que la norme retenue soit d'au moins 4 CPN dont une au 9ème mois d'une grossesse, les rapports de monitorage montrent que l'évaluation ne se fait que sur 3 CPN dont une au 9ème mois, d'où la nécessité de se conformer aux normes nationales. À ce titre on note globalement une bonne utilisation : environ 80% pour la CPN3 selon l'enquête MICS 2008 et 85,2% selon l'EDS IV-MICS de 2012.

Cependant, au vu des données du tableau N°26 , il apparaît opportun d'apprécier le contenu de la CPN afin de voir la prise en compte effective des paramètres essentiels du suivi de la grossesse tels que préconisés par l'OMS, il s'agit de la prise du poids, de la mesure de la taille, de la mesure de la tension artérielle, de la supplémentation en FAF pour la prévention et/ou du traitement de l'anémie, et la prévention du paludisme, à travers le TPI. Ces différents paramètres doivent être complétés par les analyses de laboratoire indispensables que sont l'examen d'urine et l'examen de sang.

Le tableau N°26 ci-dessous, tiré des rapports de l'EDS 2005 et de l'EDS 2012 montre le niveau de prise en compte de ces principaux paramètres.

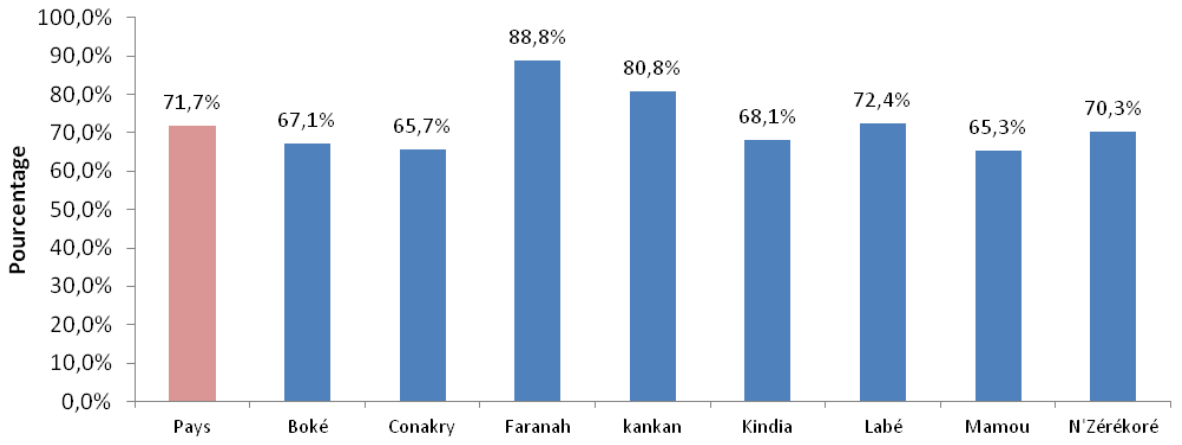
Tableau n° 26 Composants des soins prénatals et leur utilisation

Source :	Prise du poids	Prise de la taille	Prise TA	Examen urine	Examen sang	Supplément FAF	Antipaludéens
EDS 2005	87%	84%	86%	60%	43%	75%	70%
EDS 2012			83,8%	68%	55%		18%

On note ainsi que malgré une bonne utilisation des CPN, seuls trois paramètres sont pris en compte de manière quasi systématique, il s'agit de la mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle. On note également que les paramètres les plus faiblement pris en compte sont ceux nécessitant une analyse de laboratoire. Cela s'explique par le fait que la plupart des CSR (303) qui représentent plus de 70% de l'ensemble des centres de santé du pays ne disposent pas d'équipements de laboratoire. Les CPN ont été principalement effectuées par les SF ou les IDE (69 %) et, dans une proportion beaucoup plus faible elles ont été fournies par des médecins (13 %). Enfin, il faut noter que seulement 27 % des femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse[18].

[18] Rapport EDS 2005

Il faut également signaler que certains éléments du contenu de la CPN ne sont plus conformes aux normes SR retenues en Guinée, d'où la nécessité d'adapter les outils SNIS et de monitorage à ces normes pour permettre d'évaluer leur niveau de prise en compte dans la fourniture des prestations. Le graphique n° 13 montre les proportions de couverture en CPN par région selon l'annuaire statistique en 2011.



Source Annuaire statistique 2011 MSHP

Graphique N° 13 Taux de couverture en CPN3 par région

Ainsi, on peut retenir que malgré une bonne utilisation des CPN en Guinée, il reste beaucoup à faire pour assurer à cette activité la qualité adéquate d'où la nécessité d'accorder dorénavant une attention particulière aux éléments de qualité retenus en Guinée dans les normes et procédures de SR retenues .

Pendant la collecte des données de l'étude cas, on a noté au niveau des structures enquêtées que la dispensation de la CPN est assurée par le personnel disponible au niveau de la structure : au niveau de l'HN bien que non réglementée elle est assurée par les SF ou les médecins. Au CSR de Madina Oula, la CPN est assurée par la matrone alors qu'au CSU de Madina et de Dubreka et du CMC de Kondoya elle est assurée par les SF. Au niveau du PS de Bokaria, la CPN est assurée par l'IDE. Les autres personnels disponibles au niveau des structures donnent un appui au cours de l'activité ou assurent la suppléance en cas d'absence du titulaire. Ceci est illustré par le tableau 27 ci-après.

Tableau n° 27 Répartition de l'activité CPN entre le personnel

N°	CPN1	Matrone	Infirmière	SF	ATS	MG	GYN
1	HN I. DEEN			**pas réglementée**		**pas réglementée**	**pas réglementée**
2	CSA KONDEYA			**chargée**		**absence SF**	
3	CSR MADINA OULA	**chargée CPN**	**Superviseur**				
4	CSU DUBREKA			**chargée**	**suppl.**	**absence SF**	
5	CSU MADINA			**chargée**	**suppl.**		
6	PSR BOKARIA		Charge				

3.2.4.2 Planification familiale

Elle est pratiquée dans tous les CS et hôpitaux du pays. Des expériences d'offre de ces services à travers des agents communautaires sont actuellement en cours dans le pays.
La prévalence contraceptive était de 5,6% pour les méthodes modernes et 9% pour toutes méthodes confondues selon l'EDS 2005. Ces proportions ont respectivement baissés à 4,6 et 5,6 selon l'EDS-MICS 2012.
Le tableau 28 issu de l'EDS 4 donne l'évolution de l'utilisation de la contraception entre 1992 et 2012.

Tableau n° 28 Tendance de l'utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode actuellement utilisée, selon différentes sources, Guinée 2012				
	EDSG-I 1992	EDSG-II 1999	EDSG-III 2005	EDS-MICS 2012
Une méthode	**1,7**	**6,2**	**9,1**	**5,6**
Une méthode moderne	**1,0**	**4,2**	**5,7**	**4,6**
Pilule	0,5	2,1	1,6	1,2
DIU	na	0,2	0,1	0,2
Injectables	na	1,0	1,0	1,3
Implants	na	na	na	0,1
Condom masculin	0,1	0,6	1,1	0,5
MAMA	na	na	1,7	1,3
Autre méthode moderne	0,4	0,3	0,2	0,1
Une méthode traditionnelle	**0,7**	**1,8**	**3,4**	**1,0**
Rythme	0,7	na	na	0,3
Retrait	na	0,2	0,0	0,3
Autre méthode traditionnelle	0,7	1,6	3,4	0,4
N'utilise pas actuellement	**98.3**	**93.8**	**90,9**	**94,4**
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	**5 092**	**5 561**	**6 292**	**6 726**

Une évaluation récente du plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction (SPSR 2008-2012)[19] a révélé une faible disponibilité des produits de SR incluant ceux de la planification familiale aussi bien au niveau des structures d'approvisionnement que des structures de soins.

La répartition des proportions d'utilisation de la PF par région selon l'EDS 2012 est indiquée dans le tableau suivant :

[19] Rapport d'évaluation du plan SPSR 2008-2012

Tableau n° 29 Taux d'utilisation de la PF par région

Régions	Toute méthode	Méthode moderne
Boké	4,8	3,9
Conakry	9,3	7,6
Faranah	4,5	4,1
Kankan	1,7	1,6
Kindia	3,8	3,8
Labé	10,2	5,5
Mamou	0,7	0,7
N'Zérékoré	8,1	7,5
Urbain	8,7	7,4
Rural	4,3	3,5

3.2.4.3 PTME

L'intégration de la PTME dans les structures de santé n'a pas encore été réalisée à l'échelle du pays. Parmi les 413 CS qui offrent les services de CPN, seuls 89 (22%) ont intégré les services de PTME.
Le tableau n° 31 donne les principaux indicateurs de la PTME pour l'année 2011

Tableau n° 30 Principaux indicateurs de la PTME

Indicateurs	Nombre de structures ou de bénéficiaires	% de structure de ou bénéficiaires
1. Nombre de sites offrant les services de PTME	89	21,7%
2. Femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH attendu	489105	100,0%
3. Femmes enceintes effectivement conseillées et testées pour le VIH	79946	16,3%
4. Femmes enceintes dépistées VIH+	2 162	2,7%
5. Femmes enceintes VIH+ recevant un traitement prophylactique ARV	1 921	88,9%
6. Enfants nés de mères VIH+ suivis	3 084	NA
7. Enfants nés de mères VIH+, évalués (PCR ou test 18 mois)	511	16,6%
8. Enfants nés de mères VIH+, testés Négatifs (Dream et MSF)	494	16,0%

Source: Annuaire statistiques sanitaire, 2011, MSHP NA = Non applicable

3.2.4.4 Accouchement

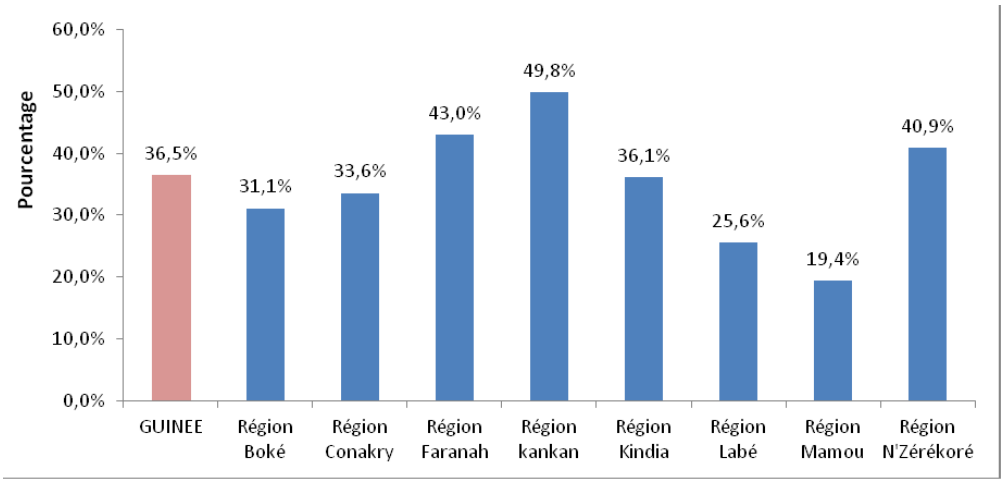
L'accouchement fait partie des interventions prioritaires du paquet de services offerts dans les CS, les CSA et les hôpitaux. Les accouchements normaux et les SONUB se déroulent au niveau des CS.

L'enquête d'évaluation des SONU en Guinée en 2012[20] a montré qu'il n'existe aucune formation sanitaire SONU de base qui ait fourni les 7 fonctions signalétiques au cours des 3 derniers mois. De

[20] Rapport d'évaluation des SONU en Guinée, 2012

plus, parmi les 421 formations sanitaires SONU de base potentielle en Guinée, il n'existe pas de formation sanitaire SONU de base publique ou privée qui soit fonctionnelle.

Malgré une bonne utilisation de la CPN et une couverture acceptable, l'utilisation des services de santé pour les accouchements reste toujours très faible même si on a constaté une légère tendance à la hausse, passant de 38,5% en 2005 (EDS III) à 46,1% en 2008 (MICS 2008), 46,6% en 2012 (EDS IV-MICS). Par contre, les données de l'annuaire statistique 2011 montrent que la proportion d'accouchements assistés est de 36,5% reparti comme suit par région (voir Graphique N°14).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2011

Graphique n° 14 Proportion d'accouchements assistés par région en 2011.

Les accouchements assistés dans les structures enquêtées sont assurés par différentes catégories de personnel. Le tableau N° 32 présente l'état de la situation :

Tableau n° 31 Personnel chargé des accouchements par type de formation sanitaire

Formations	Matrone	IDE	SF	ATS	MG	GYN	Autre
HN I. DEEN	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE		CONDUIT ACCOUCHEMENT	SOINS PER ET POST-NATALS	CONDUIT ACCOUCHEMENT	CONDUIT ACCOUCHEMENT	
HR KINDIA (*)	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE		CONDUIT ACCOUCHEMENT		CONDUIT ACCOUCHEMENT		
HR NZEREKORE	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE	CONDUIT ACCOUCHEMENT	CONDUIT ACCOUCHEMENT	SOINS PER ET POST-NATALS	CONDUIT ACCOUCHEMENT	CONDUIT ACCOUCHEMENT	
HP DUBREKA (**)	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE		CONDUIT ACCOUCHEMENT		CONDUIT ACCOUCHEMENT		CONDUIT ACCOUCHEMENT
HP GUECKEDOU	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE	SOINS PER ET POST-NATALS	CONDUIT ACCOUCHEMENT	SOINS PER ET POST-NATALS	CONDUIT ACCOUCHEMENT		SOINS PER ET POST-NATALS
CMC WENDE KENEMA	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE		CONDUIT ACCOUCHEMENT				
CSA KONDEYA	NETTOYAGE APRES CHAQUE ACTE		CONDUIT ACCOUCHEMENT				
CSR MADINA OULA	CONDUIT ACCOUCHEMENT	CONDUIT ACCOUCHEMENT					
CSU DUBREKA			CONDUIT ACCOUCHEMENT	SOINS PER ET POST-NATALS	CONDUIT ACCOUCHEMENT		SOINS PER ET POST-NATALS
CSU MADINA			CONDUIT ACCOUCHEMENT	CONDUIT ACCOUCHEMENT			
CSR NONGOA				CONDUIT ACCOUCHEMENT			
PSR BOKARIA (***)	CONDUIT ACCOUCHEMENT	CONDUIT ACCOUCHEMENT					
PSR TOMANDOU	CONDUIT ACCOUCHEMENT			CONDUIT ACCOUCHEMENT			

NB : (*) étudiants fin de cycle de formation fac de Médecine (synthèse clinique, dernière année)

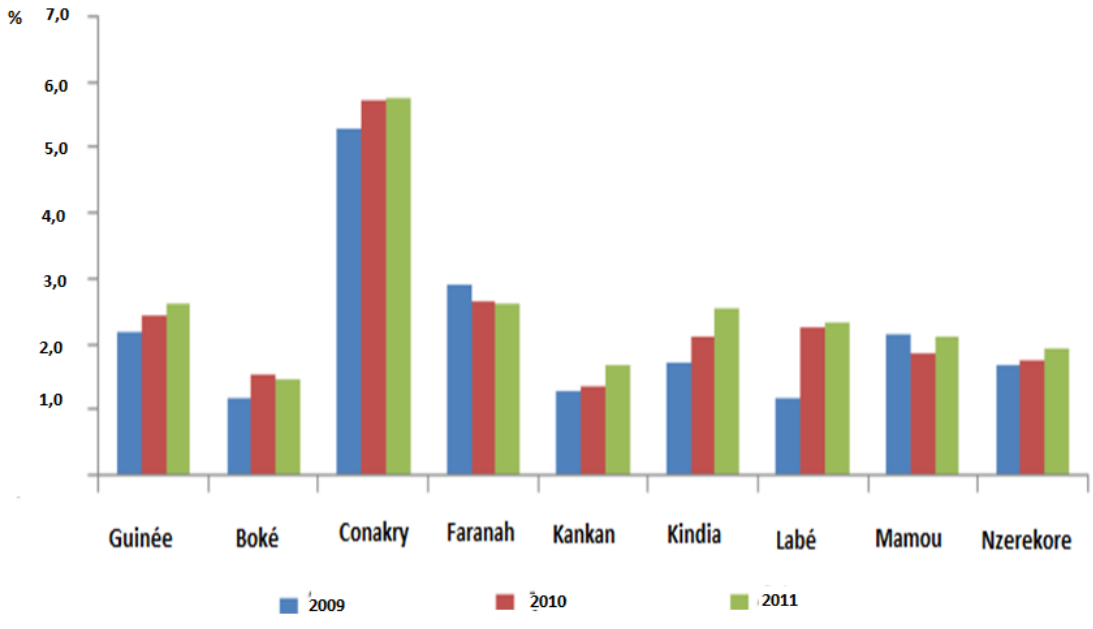
(**) Étudiants fin de cycle de formation fac de Médecine (synthèse clinique, dernière année)
(***) Matrone KIT d'accouchement, mais politique arrête

3.2.4.5 La Césarienne

La césarienne avec les autres fonctions SONUC sont réalisées au niveau des CSA et des hôpitaux. Parmi les 81 formations sanitaires SONUC potentielles, quinze (15) formations sanitaires avaient fourni les 7 fonctions de base et les 2 fonctions complémentaires faisant d'elles des formations SONUC effectives et fonctionnelles[21].

Au total 15 formations sanitaires SONU sont disponibles en Guinée soit un ratio de 1 formation SONU pour 745 415 habitants ou 0,67 formations SONU pour 500 000 habitants. Le niveau minimum acceptable est de cinq structures sanitaires SONU pour 500 000, dont au moins un fournit des SONU complets.

Non seulement ce ratio minimum est loin d'être atteint (0,67/500000 vs 5/500000) mais en plus, il n'existe pas de formations sanitaires SONU de base fonctionnelle. La faible utilisation des fonctions signalétiques 6 (pratiquer un accouchement par voie basse assisté par ventouse ou forceps) et 7 (pratiquer une réanimation néonatale), la 6ème étant celle qui est particulièrement absente explique l'absence de formation sanitaire SONUB.
Malgré des efforts accomplis ces dernières années pour assurer une meilleure prise en charge des complications obstétricales, le taux de césarienne reste encore très bas passant de 2,2% en 2009 à 2,6% en 2011 alors que la norme retenue est de 5%. Le Graphique 15 montre l'évolution des césariennes par région.



Source :

Graphique N° 15 Evolution des césariennes au cours des trois dernières années (2009-2011) par région22 Les personnels suivants dans les structures enquêtées sont chargés des SONUC

21 Rapport évaluation des SONU en Guinée, 2012

22 Source : MSHP, Annuaires statistiques 2009, 2010 et 2011

Tableau n° 32 Personnels SONUC dans les structures enquêtées

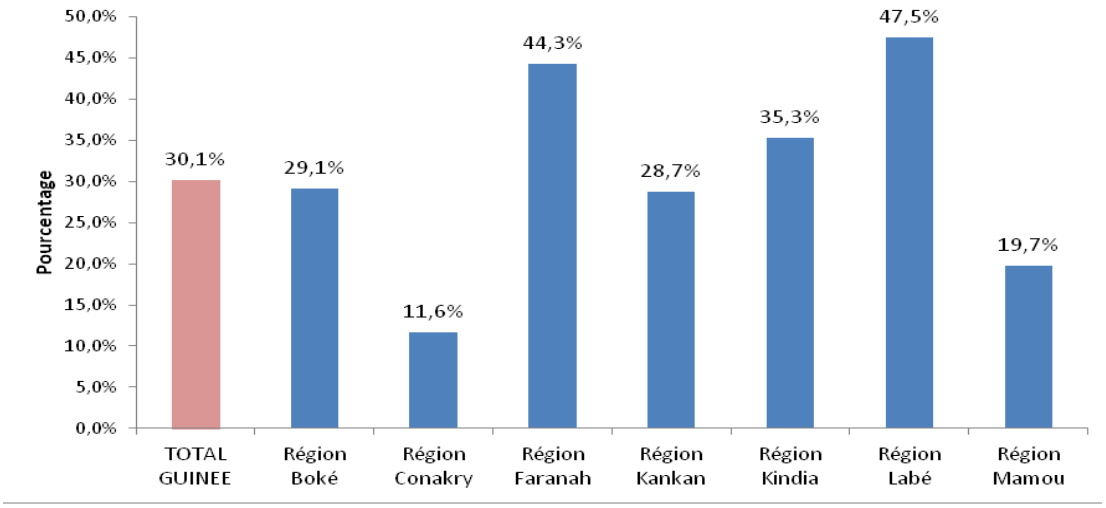
SONUC	Matrone	IDE	SF	ATS	MG	GYN
HN I. DEEN	Nettoyage		assistance	assistance		
HR KINDIA	Nettoyage					
HR NZEREKORE	Nettoyage					
HP DUBREKA	Nettoyage					
HP GUECKEDOU	Nettoyage					
CMC WENDE KENEMA	Nettoyage		Accueil et réanimation			
CSA KONDEYA	Nettoyage					

Les SONUC sont réalisés par les MG dans les HP, CMC et l'HR de Kindia. Les gynécologues administrent ce type de soins dans l'HN I Deen et dans l'HR de Nzérékoré. Les SF, les ATS et autres types de personnel occupent les fonctions d'assistant pour l'activité.

3.2.4.6 Le post natal (mère)

Mère

Bien que les services soient disponibles et accessibles, leur utilisation par les mères est très faible. En effet, en 2011 seuls 30,1% des femmes ayant accouché ont été reçues en CPoN (annuaire des statistiques sanitaires 2011). Cette faible utilisation pourrait être due en grande partie au faible taux d'accouchements assistés mais aussi au faible intérêt du personnel pour cette activité et à la méconnaissance de l'intérêt de ces consultations par les nouvelles accouchées et leur famille. Le Graphique 16 ci-dessous montre les proportions des CPoN réalisées dans les 42 jours après l'accouchement par région.



Source : MSHP, Annuaire statistique 2011

Graphique n° 16 Proportions des consultations postnatales réalisées dans les 42 jours après l'accouchement par région.

Post natal (enfant)

Les soins thermiques immédiats (pour garder le bébé au chaud), l'initiation de l'allaitement précoce (dans la première heure) et les soins hygiéniques au cordon ombilical et à la peau peuvent être offerts dans toutes les structures de santé pratiquant les accouchements simples ou compliqués (CS, PS, maternités des hôpitaux). Cependant leur application est très faible car fortement dépendante de la disponibilité du personnel qui, dans l'ensemble, reste toujours le problème majeur actuel, surtout dans les CSR.

L'unique structure disposant des équipements et du matériel pour une prise en charge adéquate du nouveau-né en Guinée se trouve à Conakry, il s'agit de l'INSE.

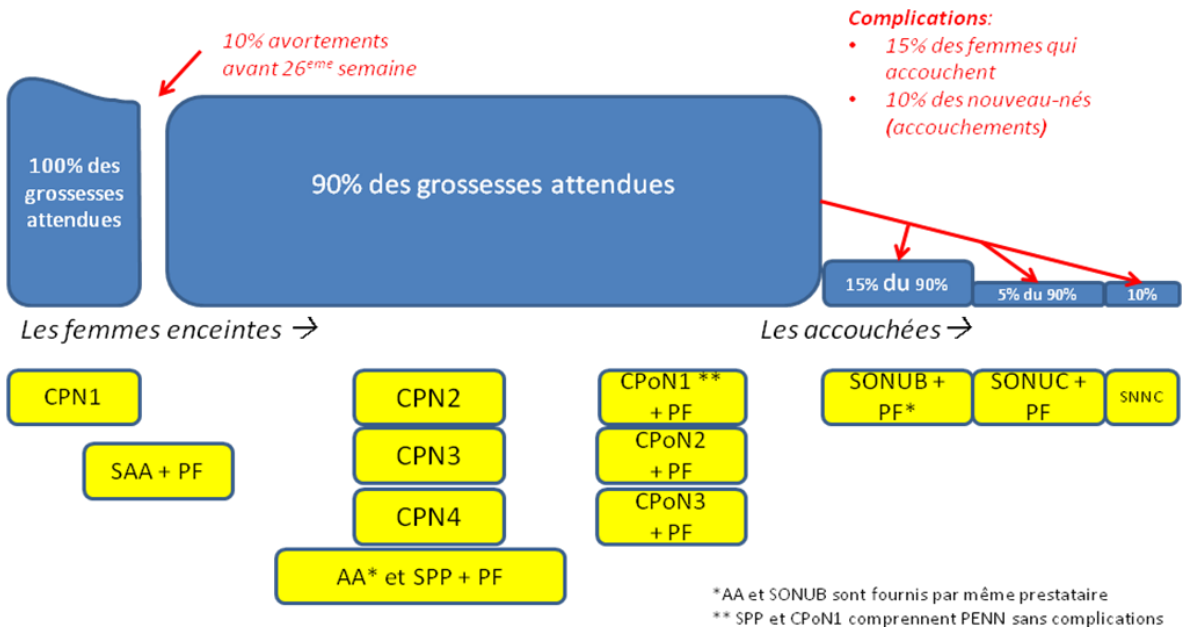
De l'Analyse de la consultation post natale (CPoN)

Dans la plupart des cas de CPoN enregistrés, l'activité a été réalisée par la même personne qui a assuré l'accouchement de la personne concernée. Cette prestation se fait exclusivement à l'occasion (suite de couche compliquée chez la mère et ou nouveau-né malade).

La faible couverture de la CPON n'est pas seulement liée à des facteurs techniques et organisationnels. Elle est également le fait de facteurs d'ordre culturels. Dans plusieurs groupes ethniques guinéens, les femmes accouchées ne sortent pas de la maison familiale même dans la cour avant une semaine c'est-à-dire le jour du baptême. Cette situation de fait ne favorise pas la promotion de ce paquet d'activités des services SMN

Le paquet de services en SMN pour couvrir les besoins de la population est présenté dans le schéma suivant[23] .

Figure n°4 Besoins de la population: le paquet de services SMN



[23] Rapport atelier de projection et de stratégie sur les RHSMN

3.2.5 EFFICACITE DES SERVICES SMN

Dans la présente étude, l'efficacité des services a été appréciée a travers l'observation des prestataires en situation pratique de CPN, d'accouchement et de CPoN et par l'évaluation de l'unité obstétricale.

Observation des prestataires SMN en situation pratique.

L'étude de cas a apprécié la qualité technique et non technique des services SMN dispensés, à savoir les CPN, l'accouchement et les consultations postnatales CPoN.

La qualité globale ou qualité totale est définie comme étant la somme de la qualité technique et la qualité non technique des soins qu'offrent les agents de santé pendant l'acte de prestation.

La qualité technique se définit comme étant l'ensemble du savoir et du savoir-faire du prestataire qui est appréciée à travers la justesse, la compétence et la confidentialité dont il fait preuve dans l'administration de ses soins.

La qualité non technique quant à elle, est appréciée à travers trois aspects la communication que le prestataire entreprend avec la cliente avant, pendant et après la prestation, de la courtoisie dont il fait preuve envers la cliente ainsi que la qualité du remplissage des outils de gestion.

Pour apprécier la qualité on s'est servi des scores attribués aux différents critères évalués pendant l'observation. À cet effet, un score de 1 à 3 a été attribué à chaque critère (la justesse, la compétence d'exécution et la confidentialité).

Pour la justesse : le score 1 correspond à Jamais (actes posés ne sont jamais justes), 2 correspond à Parfois (actes posés sont parfois justes) et 3 à Toujours (actes posés sont toujours justes);

Pour la compétence : le score 1 équivaut égal à Faible (faible compétence), 2 à Moyen (moyenne compétence) et 3 à Fort (compétence élevée).;

En ce qui concerne la confidentialité : le score 1 correspond au Manque (absence de confidentialité), 2 « Parfois » (fait preuve parfois de confidentialité) et 3 est égal à « Totale » (fait totalement preuve de confidentialité).

Le pourcentage de qualité a été calculé à l'aide de la formule suivante :

Pourcentage de qualité = Score obtenu/score attendu*100

Le niveau de la qualité technique est apprécié selon trois niveaux :

- le niveau élevé correspond au score de qualité technique supérieure à 95% (excellent),
- le niveau moyen correspond à une qualité technique comprise entre 75 et 95% (satisfaisant)
- le niveau faible correspond au niveau de qualité technique le plus bas soit : inférieur à 75 %.

Analyse de la CPN

L'observation de la CPN a porté sur 5 gynécologues de l'HN I. Deen, 6 SF relevant du CMC de Kondéya et des CSU de Dubréka et Madina, 2 ATS des centres de santé ruraux de Nongoa et Kondéya, un IDE de Bokaria et une AV de Madina Oula. L'analyse des observations a porté sur deux niveaux :

- Le premier niveau a concerné l'application des normes et procédures en CPN par tous les prestataires observés. Il s'agissait d'évaluer la somme des actes posés par les prestataires tels que définis dans l'outil utilisé à cet effet.

- Le second niveau a permis d'apprécier la qualité technique des actes posés à travers la justesse, la compétence d'exécution et la confidentialité. La qualité non technique a été aussi appréciée à travers la courtoisie des prestataires vis-à-vis des clientes, la convivialité ainsi que l'empathie dont ils faisaient preuve.

Le tableau n° 33 récapitule les résultats de l'analyse des observations des prestataires en CPN.

Les scores pour la qualité technique et la qualité non technique ont été présentés séparément. Par ailleurs le regroupement des prestataires selon la structure et la catégorie professionnelle nous a permis de formuler certaines hypothèses quant au lien possible entre la qualité de la prestation offerte et la structure, l'environnement et les conditions de travail (notamment les formations continues et les supervisions, de même que le type de motivation dont bénéficie ou non ce personnel).

Tableau n° 33 : Qualité technique CPN

Form. sanitaire	Profil du prestataire	Réalisation	Score qualité technique			Score qualité technique	Score qualité non technique
			Justesse	Compétence d'exécution	confidentialité		
HN ID	Gynécologue	100%	100%	100%	100%	-	75%
	Gynécologue	72%	69,69%	69,69%	24,20%	-	62,50%
	Gynécologue	80%	73,33%	73,33%	73,33%	-	-
	Gynécologue (DES)	60%	66,60%	50%	50%	-	-
	Gynécologue	80%	73,33%	73,33%	46,60%	-	-
	Total Gyn	**90,38%**	**69,50%**	**76,90%**	**61,19%**	**77,41%**	**68,75%**
CSU Dubreka	SF	79,69%	57,31%	29,82%	33,33%	-	-
	SF	61,90%	60,30%	57,10%	19,04%	-	
	SF	89,10%	88%	84,40%	88%	-	85,70%
	SF	88,50%	88,70%	88,70%	88,70%	-	85,70%
CSU Mad	SF	60,86%	50,00%	30,50%	26%	-	62,50%
	SF	55,80%	40,10%	43,10%	30,30%	-	-
	TOTAL	**85,1%**	**87,30%**	**64,26%**	**60,71%**	**65,48%**	**80%**
CSR Madina oula	Accoucheuse	58,70%	38,60%	37,50%	42,80%	-	62,50%
CSA Kondeya	**IDE**	**45,90%**	**25,67%**	**24,32%**	**36,93%**	-	**87,50%**
	ATS	26,90%	25%	25%	17,30%	-	-
CSR Nongoa	ATS	73,07%	75%	73,07%	73,07%	-	-
	TOTAL	**50%**	**49,03%**	**36,50%**	**45,10%**	**47,60%**	85,70%

On note globalement que les prestations de services en CPN dans les structures visitées ne sont pas de bonne qualité.

- ✓ Pour la qualité technique, une seule catégorie professionnelle (les médecins gynécologues), avec 77% a eu un niveau de qualité satisfaisant. Pour les autres catégories de prestataires observées, les SF, obtiennent un niveau de qualité de 65% se classent loin devant les ATS et les IDE qui n'ont obtenu qu'un niveau de 47,6% ;

- ✓ Pour la qualité non technique, on observe plutôt la tendance inverse, où les niveaux de qualité les plus élevés (85,7% et 80%) ont été observés chez les ATS, les AV et les IDE alors que les gynécologues ont obtenu le niveau de qualité le plus faible (68,75%).

Le niveau de qualité technique relativement élevé chez les médecins gynécologues pourrait s'expliquer par la qualité de la formation initiale et continue reçue par cette catégorie de personnel. En effet, les gynécologues qui ont été observés sont pour la plupart titulaires du DES et bénéficient très souvent de formations complémentaires spécifiques, notamment dans le domaine de la pratique des soins SF. Quant au faible score de qualité technique obtenu par les ATS et les IDE, il pourrait s'expliquer par le fait que ces prestataires sont les moins indiqués pour réaliser les CPN, dans la mesure où au cours de leur formation initiale, le crédit horaire accordé aux soins sage-femme est nettement insuffisant, comparativement à celui accordé dans la formation initiale.

Par ailleurs, la plupart des formations complémentaires reçues par ces agents ont été planifiées non pas à partir des besoins identifiés suite à des supervisions, mais plutôt par le niveau central.

Ainsi, il est important de noter que, pour obtenir des prestations de qualité, les CPN devraient être effectuées par les agents ayant reçu une formation initiale et continue de qualité en SMN, ce qui est loin d'être acquis dans les conditions actuelles du pays où le déficit d'agents qualifiés est très marqué, surtout en zone rurale.

EVALUATION DES PRESTATAIRES POUR LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT.

La pratique de l'accouchement a été évaluée chez 11 prestataires parmi lesquels on compte 7 SF, 2 ATS, 1 IDE et 1 MG. Les paramètres d'évaluation étaient consignés dans la grille d'observation du per natal regroupés sous les rubriques «qualité technique » et « qualité non technique ».

Chacune des composantes de la qualité technique a été appréciée avec un score basé sur les résultats de l'observation du prestataire au cours de l'acte d'accouchement. Les scores totaux présentant la qualité technique et pour la qualité non technique ont été obtenus à partir de la médiane des scores des différentes composantes de ces deux rubriques. Le score global pondéré de la qualité obtenu par le prestataire a été calculé en considérant que la qualité technique et la qualité non technique représentent respectivement 75% et 25% de la qualité globale de la prestation.

Les résultats ainsi obtenus pour la qualité des soins administrés pendant l'accouchement sont présentés dans le tableau 34 ci-dessous :

Tableau n° 34 Qualité technique en Per natal

Rubriques/Prestataires	SF	SF	ATS	AS	SF	MG	SF	SF	SF	ATS	SF
Présence d'une équipe prête (au moins deux personnes) pour les soins de la mère et du nouveau-né	11%	33%	11%	0%	0%	33%	67%	33%	100%	0%	11%
Lavage des mains au savon à l'eau courante	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11%	11%
Port des gants avec manchette et tablier	11%	33%	5%	0%	5%	33%	67%	0%	65%	0%	11%
Protection du sang et des autres liquides organiques	11%	11%	0%	11%	11%	33%	67%	0%	100%	0%	22%
Élimination instruments piquants et tranchants façon sûre.	33%	33%	0%	33%	33%	22%	100%	11%	11%	12%	12%
Évaluation rapide de femme en travail, prise en charge immédiate si accouchement imminent ou Problème détecté	11%	33%	33%	33%	33%	67%	11%	33%	22%	33%	33%
État poche des eaux	33%	33%	0%	33%	0%	33%	33%	0%	33%	33%	7%
Vérification antécédents médicaux chirurgicaux et gynéco-obstétricaux	33%	33%	0%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Score global Qualité technique	19%	26%	6%	8%	14%	28%	43%	10%	41%	11%	13%
Score Qualité non technique	22%	23%	33%	22%	22%	67%	33%	22%	11%	22%	34%
Score global pondéré Qualité	19,75	25,25	12,75	11,5	16	37,75	40,5	13	33,5	13,75	18,25

Le niveau de qualité global pondéré chez les prestataires observés pendant l'accouchement varie de 13.75% à 40.5%, Ceci témoigne de la faible qualité d'exécution de l'acte d'accouchement chez ces prestataires.

L'acte ayant recueilli les niveaux de qualité les plus faibles quel que soit la catégorie professionnelle est le lavage des mains au savon (0% chez 8 des 11 prestataires observés). Cela indique que l'acte n'est pas systématiquement posé peut-être à cause du manque d'eau courante dans les formations sanitaires visitées.

Par ailleurs, l'insuffisance d'une équipe prête pour les soins en SMN s'explique par la faible disponibilité et accessibilité du personnel lié à la pratique SF dans les formations sanitaires visitées.

EVALUATION DES PRESTATAIRES POUR LE POST NATAL

Le post natal a été observé dans trois hôpitaux, un CMC et un CSR. Les profils des prestataires observés sont les suivants : trois médecins, deux SF, un ATS et deux IDE les résultats obtenus sont consignés dans le tableau suivant.

Tableau n° 35 qualité Technique en Post natal

Type de FS	Profil du prestataire	Préparation de la CPoN	Examen de la cliente et son bébé	Traitement et conseil	Score Qualité technique
HR Kindia	SF	66,66%	54,5%	33,3%	72,2%
HR N'Zérékoré	SF	87,8%	55,5%	55,5%	54,6%
HP Dubréka	MG	85,7%	44,4%	50%	63,5%
	MG	66,6%	91,6%	33,3%	75,9%
	ATS	66,6%	91,66%	25%	49,4%
CMC Kondéya	MG	66,6%	55 ,5%	24%	83,3%
CSR MadinaOula	IDE (AS)	66,6%	69,4%	75,5%	55,6%
	IDE (AS)	*25,6%*	55 ,5%	*55%*	*42,7%*

La qualité technique en post natal a été appréciée sur la base de la consultation, de l'évaluation des paramètres de la mère et du bébé et de la conduite tenue par le prestataire. Globalement, la qualité des services CPoN dans les structures de santé visitées en post natal est faible. En effet, aucun des prestataires observés n'a atteint le niveau d'excellence (niveau de qualité supérieur ou égal à 95%). Seuls deux (2) MG faisant office de gynécologues ont obtenu des scores satisfaisants : de 83,3% et 75,9% ; les sages-femmes ont obtenus un score relativement bas variant entre 72,2% et 54,6%. Les niveaux de qualité les plus faibles ont été observés auprès d'un ATS et des IDE avec des niveaux de qualité respectifs de 49,4% et 42,7%.

3.2.5.2 EVALUATION DE L'ORGANISATION DE L'UNITE OBSTETRICALE

L'évaluation de l'organisation de l'unité obstétricale a été faite dans un (1) HN, deux (2) HR, deux (2) HP, deux (2) CMC, deux (2) CSU, deux (2) CSR, et deux (2) PS. Les éléments suivants ont été observés :

1. **Porte d'accueil :** l'évaluation de la porte d'accueil des formations sanitaires s'est intéressée aux dispositifs mis en place pour le transport des malades reçus en urgence ainsi que le personnel exécutant cette activité. Il a été constaté qu'à l'HN I. Deen et au CMC de Wendé Kenema, cet équipement existe et est fonctionnel. Dans les autres formations sanitaires visitées, bien que les brancardiers existent dans la plupart de ces dernières, l'équipement de transport des malades, lui, n'existe pas.

2. **Zone d'évaluation des urgences :** Dans les structures enquêtées, nous avons constaté que les malades sont directement reçus, soit au bureau du médecin, soit au bureau de la SF ou en salle d'accouchement. La salle d'attente avec des sièges pour accompagnants est inexistante sauf à l'HN I. Deen. Dans certains hôpitaux (HR de Nzérékoré, HP de Guéckédou, HP de Dubréka, CSU de Dubréka) il existe seulement des abris pour les visiteurs.

3. Les **médicaments d'urgences** existent dans la quasi-totalité des pharmacies des structures conformément aux listes A et B.

4. **Salle de travail /accouchement :** elle existe dans toutes les structures visitées. Dans tous les hôpitaux visités, il a été constaté que le nombre de tables d'accouchement par salle varie entre 2à 4 . Par contre tous les CMC et CS ne disposent que d'une table d'accouchement par salle**.**
   Les équipements et matériels SMN sont insuffisants et vétustes, la plupart de ceux qui sont fonctionnels et de qualité appartiennent personnellement aux utilisateurs.

   Des *tabliers et les gants* avec manchette manquent, *la ventouse et le forceps* n'existent pas dans la presque totalité des salles d'accouchement, les appareils à aspiration des mucosités pour nouveaux nés existent presque partout. *Les médicaments d'urgences* existent en salle d'accouchement et le contrôle est fait quotidiennement par la sage-femme maitresse ou un gestionnaire de kits.

5. **Vestiaire et salle de nettoyage chirurgical :** Ces locaux existent toujours à proximité des blocs opératoires équipés de placard, de bottes opératoires et tabliers en mauvais états. L'eau courante et les robinets actionnés au genou manquent dans toutes les formations sanitaires visitées excepté l'HN I. Deen. Les brosses, les bonnets et bavettes existent dans toutes les structures visitées. L'eau est conservée dans des bassines ou des bidons.
   Dans beaucoup de blocs, l'horloge murale n'existe pas ou quand elle existe elle ne marche pas.

   La gestion des médicaments est faite par l'anesthésiste qui assure leur disponibilité dans le bloc et contrôle leur utilisation.

6. **Le bloc opératoire :** les agents des blocs opératoires sont en général accessibles et leurs numéros de téléphone sont affichés au bureau du surveillant.
   Il existe des boites d'équipement de césariennes stériles mais le plus souvent leur nombre est insuffisant dans les structures de Wendé Kenema, Kondéya et l'hôpital de Guéckédou. Dans toutes les formations visitées les médicaments sont servis sous forme de Kits de césarienne et d'accouchement.
   Dans beaucoup de structures, les scialytiques existent et sont souvent en panne. L'absence de source d'énergie permanente fait que les scialytiques même en bon état ne sont pas fonctionnels. Les chirurgies obstétricales se font donc à ***ciel ouvert*** et/ou à l'aide des lampes torches.
   Les matériels comme le *tensiomètre, le stéthoscope et le thermomètre* n'existent pas. Par contre, les récipients sont disponibles dans tous les blocs pour le recueil des objets tranchants et pointus et sont régulièrement vidés.
   Aucun des blocs opératoires visités, en dehors de l'HN I. Deen, ne dispose de bouteille à oxygène. L'hygiène des lieux est assurée par un personnel régulier appartenant au service et le nettoyage se fait après chaque acte opératoire.

7. **L'unité de soins obstétricaux** : Certaines maternités disposent de salles d'observations ou l'accouchée normale reste deux à six heures avant de rentrer à la maison.

8. **Laboratoire/banque de sang** : les laboratoires des hôpitaux visités disposent d'une Banque de Sang. Ils sont ravitaillés grâce à un système de recouvrement de coût en réactifs et de poches de sang. Les laboratoires des CMC transfusent sans banque de sang de proximité bien qu'ils disposent de capacités biologiques de sécurité transfusionnelle (RH, matériels et équipements).

9. **La salle de stérilisation** : aucun des hôpitaux visités ne dispose d'un autoclave en bon état. Par endroit (Guéckédou et N'Nzérékoré) la stérilisation se fait au réchaud à pétrole et au charbon de bois . À l'HR de Kindia, les instruments sont décontaminés à l'hypochlorite à 0,5%, lavés à l'eau, trempés pendant 20mn dans la solution de décontamination à haut niveau et réutilisés pour d'autres actes.
   Le papier indicateur de la stérilisation manque dans toutes les structures visitées.
   Les procédures d'utilisation des autoclaves sont absentes, et les agents qui en ont la charge n'ont pas été formés et ne sont pas motivés à la tâche.

Pour ce qui est de la qualité des services SMN, on note dans le tableau suivant les points relatifs aux forces et aux limites qui déterminent le niveau de qualité des soins SMN. Des recommandations qui permettront d'améliorer la situation ont également été formulées.

Forces	- La qualité technique des prestations offertes par les Gynécologues est en adéquation avec les formations initiale et continue reçues
Limites	- Le manque de rigueur dans la sélection des candidats au niveau des institutions en charge de la formation initiale du personnel SF - La non-institutionnalisation de la formation continue et l'absence d'un système de gestion des formations continues - Le manque d'équipement et de matériels (médicaments, poches de sang, etc.) permettant d'offrir des soins SMN de qualité - L'insuffisance et la vétusté des infrastructures - La non application des normes et procédures - Le manque des procédures d'utilisation de certains équipements
Recommandations	- Améliorer la disponibilité des SF en reconvertissant les ATS en deux années de formation. - Transformer certaines écoles de formation d'ATS en écoles de formation de SF et IDE - Améliorer l'accessibilité du personnel SF qualifié en décentralisant le recrutement des prestataires

	- Améliorer l'approvisionnement des structures de santé en matériels, équipements et médicaments nécessaires aux soins SMN - Mettre en place un système fonctionnel de gestion des équipements et médicaments - Mettre en place un système de supervision interne fonctionnel - Assurer la rénovation et la maintenance des infrastructures

QUATRIEME PARTIE : DIFFICULTES OU GOULOTS D'ETRANGLEMENTS

Pendant le déroulement de l'étude de cas, les constats suivants ont été faits selon les aspects évalués. Ces aspects, qui peuvent représenter des barrières, devront être considérés lors de l'élaboration des prochaines politiques qui auront pour objectif d'améliorer la situation de la mortalité maternelle et néonatale :

4.1 DISPONIBILITÉ

- Écart important entre les besoins et l'offre pour les SF et les IDE,
- Écart moins important pour les pédiatres,
- À long terme apparaitra un écart entre les besoins et l'offre pour les MG et les gynécologues.

4.2 ACCESSIBILITÉ

- Écart important entre les zones rurales et urbaines, pour te les catégories de personnel lié à la pratique SF,
- Surplus de personnel lié à la pratique SF dans les zones urbaines pour toutes les catégories sauf celle des SF
- Certaines zones (Kankan et Nzérékoré) sont les plus démunies et méritent donc une attention particulière
-

4.3 ACCEPTABILITÉ

- Absence du personnel dans les formations sanitaires
- Non satisfaction de la clientèle pour deux raisons :
    - Personnel peu accueillant
    - Décalage entre les services et les traditions

4.4 QUALITÉ

- Personnel pas apte de fournir des services
- Manque d'équipement et de matériel

CINQUIEME PARTIE : LES STRATÉGIES PROPOSÉES.

Les stratégies consignées dans les prochaines lignes ont été retenues pour chacun des aspects étudiés :

5.1 DISPONIBILITÉ

1. Revoir les modalités du concours pour le lancer sur une base annuelle
   À partir de 2015, recruter 111 IDE et 51 SF par an. Donc dès 2015, recrutement additionnel de 51 SF et 111 IDE et ce annuellement jusqu'en 2017.
2. Assurer le déploiement des recrues de 2015 - 2017 à Kankan et N'Zérékoré
3. Transformer les ESSC de Nzérékoré et KANKAN en ENS pour former des SF et des IDE à moyen terme
4. Reconvertir l'effectif des ATS en SF et IDE aux anciens ESSC de Kankan et Nzérékoré.
5. Former 11 MG et 75 Chefs de Centre de Sante de Kankan et de N'Zérekoré sur les compétences en NN (2014-2017)

5.2 ACCESSIBILITÉ

6. Intégrer dans le statut des fonctionnaires des collectivités la possibilité de rotation du personnel entre les régions de recrutement seulement après au moins 3 ans de service en milieu rural,
7. Décentraliser le paiement du personnel de santé et sécuriser le paiement de leurs salaires au niveau des communes rurales et urbaines,
8. Assurer au personnel exerçant dans les zones rurales un logement de fonction et un appui à la scolarisation de leurs enfants.

5.3 ACCEPTABILITÉ/ QUALITÉ

9. Assurer la formation continue des 174 SF et 152 IDE impliqués dans les SONUC et SONUB dans les régions de Kankan et Nzérékoré
10. Fournir les matériels et équipements (SONUB/SONUC) à 11 hôpitaux et 152 CS de Kankan et N'Zérekoré
11. Fournir une supervision formative sur une base régulière
12. Mettre en place du système de motivation des SF/IDE basé sur la présence/ absence au travail et le feedback ainsi que la satisfaction de la communauté.

SIXIEME PARTIE : Synthèse

Au regard des témoignages et des déclarations en rapport aux services de SMN enregistrées auprès des ministères, des PTF, des prestataires de service, des bénéficiaires, d'étudiants, de responsables d'institutions de formation et des autorités locales, l'on est en mesure d'affirmer que l'étude de cas menée dans la capitale, les préfectures et sous-préfectures cibles, a permis d'apprécier le type de personnel impliqué dans lesdits services de SMN, sa répartition selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire, sa capacité à offrir les prestations de service et à satisfaire les besoins des populations en SMN. Cette étude a également permis d'observer l'environnement dans lequel, ce personnel travaille et aussi l'interdépendance qui existe entre les services SMN fournis et les formations initiale et continue des prestataires impliqués dans ces services.

Les résultats issus de l'étude de cas ont confirmé que les problèmes relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né sont liés à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et l'efficacité des services en SMN. Ceci implique qu'il est nécessaire d'appliquer dans un bref délai les textes de lois et de mettre en place un système de gestion des RHS, soutenu par un renforcement de capacité aussi bien des institutions de formation que des formations sanitaires.

Les services en SMN bien organisés et réalisés selon les normes et principes directeurs permettront en combinaison avec d'autres stratégies précédemment identifiées (ex : éducation, amélioration du niveau socio-économique, etc.) de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans nos communautés fortement accablées par l'analphabétisme et la pauvreté.

Pour faciliter l'atteinte des OMD IV et V en Guinée, les décideurs politiques à caractère multidimensionnel, multisectoriel de haut niveau de décision et les PTF concernés sont interpellés pour la mise en place d'une plateforme dynamique et fonctionnelle de type déconcentré et décentralisée en vue d'évaluer et d'améliorer les interventions en matière de pratique SF au bénéfice de la mère et du nouveau-né.

On retient de cette étude qu'il ne pourrait avoir de visibilité fonctionnelle, efficace et systémique des services en SMN sans un personnel qualifié, suffisant, équipé, motivé et engagé aussi bien dans les zones rurales que urbaines du pays.

BIBLIOGRAPHIE

- Rapport d'analyse de la situation des personnels liés à la pratique sage femme, MSHP, 2012
- Déclaration de Politique sous sectoriel de formation continue des agents du secteur public de la santé et de développement des ressources humaines, MSHP, 1994
- Programme national de repositionnement de la PF en Guinée, MSHP, Octobre 2013
- Enquêtes démographiques et de santé, INS, Ministère de Plan, (1992, 1999, 2005, 2012)
- Annuaires des statistiques sanitaires 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, BSD-MSHP
- Curriculum de formation harmonisé en Médecine générale dans l'espace CEDEAO, Mars 2013
- Curriculum de formation harmonisé des IDE et SF des pays francophones de la CDEAO, Avril 2009
- Curriculum de formation harmonisé en Gynéco-obstétrique dans l'espace CEDEAO, Mars 2013
- Curriculum de formation des agents de SBC, PCIME, MSHP, Mars 2003
- Rapport de l'évaluation de la lutte contre les TDCI en Guinée, MSHP, Octobre 2003
- Modules de formation en SOE et SONU, BSD, MSHP, 2010
- Module de formation en lutte contre les MGF, GTZ, 2011
- Etude sur la planification et l'utilisation des ressources humaines pour les 10 prochaines années dans les services de santé de première ligne, novembre 2008, MSHP, 2008
- Code du travail, Ministère fonction publique et emploi, Janvier 1988
- Plan de sécurisation des produits de la SR, MSHP, Mai 2008
- Plan national de développement sanitaire (PNDS), MSHP, 2000
- Projet d'appui au PNDS (APNDS), MSHP, 2000
- Loi sur la SR, MSHP, 2000
- Constitution, CNT, 2010
- Chaine des dépenses (2011, 2010, 2009, 2008, 2007)
- Annuaires de gestion des hôpitaux (2011, 2010, 2009, 2008, 2007), MSHP
- Copies bis du monitorage (2011, 2010, 2009, 2008, 2007), MSHP, 2011
- Décret D 2011 PRG/SGG Portant Attributions et Organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique GUI – PNMSR – PLAN STRATEGIQUE 27 12 2001
- Secrétariat Gl Gouvernement, 2011
- Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT) 2010, MSHP
- Rapport sur la situation du personnel du Ministère de la Santé Publique de Guinée, 2000, MSHP
- Rapport annuel du Ministère de la Sante et de L'Hygiène Publique, 2010
- EDS IV, Ministère de Plan, 2012
- Evaluation des besoins SONU/Guinée, MSHP, Janvier 2013
- Recueil des textes juridiques régissant la gestion des RHS et des organes de régulation dans le secteur de la santé, MSHP, Janvier 2010
- Analyse situationnelle exhaustive des ressources humaines en santé en Guinée, MSHP, Juillet 2011

- Politique pharmaceutique nationale, MSHP, Décembre 2007
- Rapport final sur le traitement des données du recensement des travailleurs de la santé des régions de la Guinée, MSHP, Septembre 2009
- Analyse de l'offre en ressources humaines pour la santé, MSHP, 2011
- Evaluation des Institutions de formation des ressources humaines en santé en RG, MSHP, Décembre 2009
- Formation sur les audits des décès MNN, MSHP, Décembre 2008
- SONU Guide du formateur, MSHP, 2011
- SONU Manuel de référence pour les prestataires de soins de santé, MSHP, 2010
- Protocole de Prévention et de Prise en charge intégré des victimes de viols et violences sexuelles, MSHP, Avril 2009
- Revue externe du programme élargi de vaccination de la Guinée, MSHP, Décembre 2011

ANNEXES