



Thèmes de soutenance 2010 - 2016 par le département de TEB

1^{ère} Promotion 2010

Thème 1 : Problématique de la gestion de la maintenance hospitalière à l'Hôpital Régional de Mamou

Thème 2 : Problématique de la maintenance des équipements d'imagerie médicale à l'Hôpital Régional de Mamou

Thème 3 : Problématique de la maintenance des équipements de stérilisation à l'Hôpital Régional de Mamou

Thème 3 : Problématique de la maintenance des équipements de Laboratoire à l'Hôpital Régional de Mamou

2^{ème} Promotion 2010

Thème 1 : Projet d'amélioration du plateau technique de l'Hôpital Régional de Mamou

Thème 2 : Etude de la maintenance des Equipements de Laboratoire de l'Hôpital Régional de Mamou

Thème 3 : La stérilisation à l'Hôpital Régional de Mamou

Thème 4 : La gestion des déchets à l'Hôpital Régional de Mamou.

3^{ème} Promotion 2011

Thème 1 : Elaboration d'un document de spécifications techniques des équipements biomédicaux d'un bloc opératoires ;

Thème 2 : Etude de l'unité dentaire et sa maintenance ;

Thème 3 : La technique et les contrôles de la stérilisation par la vapeur d'eau ;

Thème 4 : Etude techniques des appareils d'anesthésie.

4^{ème} Promotion 2012

Thème 1 : La problématique de la maintenance des appareils d'échographie à l'Hôpital régional de Mamou ;

Thème 2 : Conditions et sécurité de travail en radiologie conventionnelle ;

Thème 3 : Etudes équipements de stérilisation de l'Hôpital Régional de Mamou ;

Thème 4 : La Problématique de la gestion des équipements biomédicaux à l'Hôpital Régional de Mamou.

5^{ème} Promotion 2013

Thème 1 Choix et procédures d'achat du matériel biomédical ;

Thème 2 : Risque et précautions liés au transport et au stockage des fluides médicaux à l'Hôpital Régional de Mamou ;

Thème 3 : Projet de réalisation d'une chambre froide pour la conservation des corps à l'Hôpital Régional de Mamou ;

Thème 4 : Etudes de l'incinérateur de déchets biomédicaux de l'Hôpital régional de Mamou ;

Thème 5 : Problématique de la maintenance des équipements biomédicaux à l'Hôpital Régional de Mamou ;

Thème 6 : Principe et contrôle qualité en hémodialyse à l'Hôpital National de Donka ;

Thème 7 : Etude et contrôle qualité d'un appareil d'électrocardiographie à l'Hôpital National de Donka

Thème 8 : Etude d'un appareil de radiographie mobile d'urgence de marque Siemens à l'Hôpital Anaim de Kamsar.

6^{ème} Promotion 2014

Thème 1 : Etude d'un défibrillateur automatique portable (DAE)

Thème 2 : Principe et maintenance des automates de cytologie urinaire :

Sysmex UF-1000 i

Thème 3 : Etude et maintenance de l'automate DAYTOMA RANDOX ; en Biochimie

Thème 4 : Projet d'amélioration de l'imagerie de l'hôpital Régional de Mamou : Installation d'une Tomodensimètre

Thème 5 : Principe et fonctionnement d'un fauteuil dentaire

Thème 6 : Principe et maintenance d'un compteur CD4 : PIMA

Thème 7 : Etude d'un système de numérisation de la radiologie conventionnelle : Hôpital Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Thème 8 : Conditionnement d'air en milieu hospitalier : Plateau technique HRM

Thème 9 : Etude et contrôle de qualité d'un mammographe : Mammomate 1000 Siemens

7^{ème} Promotion 2015

Thème 1 : Guide métrologique pratique dans l'utilisation des dispositifs médicaux ;

Thème 2 : Etude d'une Echographe portable de marque « SONOSITE » ;

Thème 3 : Etudes d'une centrale à Gaz médicaux ;

Thème 4 : Conditionnement d'air en milieu hospitalier : Plateau technique Hôpital Régional Mamou

8^{ème} Promotion 2016

Thème 1 : « Etude et Maintenance d'un endoscope avec un écran de visualisation d'image »
marque "FUGION".

Thème 2 : « Etude et contrôle qualité d'un EEG » marque " ".

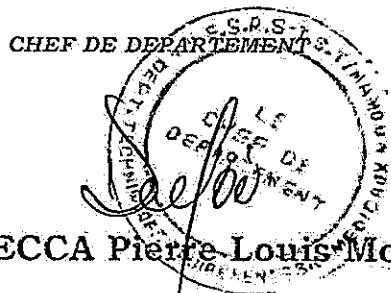
Thème 3 : « Etude et amélioration du système de gestion des déchets biomédicaux de l'Hôpital Régional de Mamou ».

Thème 4 : « Etude et contrôle qualité d'un amplificateur de brillance » de marque "Philip".

Thème 5 : « Etude organisationnelle du bloc opératoire de l'Hôpital Régional de Mamou ».

Thème 6 : « Etude et maintenance du scanner ».

Thème 7 : « Etude et maintenance d'un microscope à balayage électronique » marque " ".



Dr REBECCA Pierre-Louis Morpo

48 73
ARRETE N° /...../ 2000/PM/CAB

**VALIDANT LE DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE MAINTENANCE
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**

LE PREMIER MINISTRE,

sur le rapport du ministre de la Santé Publique,

- Vu** les articles 37 et 39, in fine, de la Loi Fondamentale ;
- Vu** le Décret n° D/99/004/PRG/SGG du 8 mars 1999 portant nomination du Premier ministre ;
- Vu** le Décret n° D/99/007/PRG/SGG du 12 mars 1999 portant nomination des membres du Gouvernement, tel que modifié par le Décret D/00/007/PRG/SGG du 25 janvier 2000 ;
- Vu** le Décret n° D/96/111/PRG/SGG du 29 août 1996 portant attributions des membres du Gouvernement ;
- Vu** le Décret n° D/97/068/PRG/SGG portant organisation du ministère de la Santé Publique ;
- Vu** le document de politique nationale de maintenance dans le secteur de la santé présenté par le ministère de la Santé Publique ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa session ordinaire du 8 Juin 1999

Arrête :


Article 1^{er} : Est validé le document de politique nationale de maintenance dans le secteur de la santé élaboré par le ministère de la Santé Publique.

Article 2 : La politique nationale de maintenance dans le secteur de la santé a pour objet de garantir la qualité des soins dans les formations sanitaires par la mise en place de mécanismes tendant à assurer en permanence l'entretien du matériel médical et du patrimoine immobilier de la Santé à des coûts économiquement supportables par les pouvoirs publics.

Article 3 : le ministre de la Santé Publique et le ministre de l'Economie et des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Arrêté.

Article 4 : le présent Arrêté qui prend effet à compter de sa date de signature sera enregistré et publié au Journal Officiel de la République.

Conakry, le 30 MARS 2000

Lamine SIDIME

Sidime

NOTE DE PRESENTATION

Depuis 1984 le Gouvernement a déployé d'importants efforts dans le secteur de la santé. Ces efforts se sont traduits entre autres par une augmentation sensible du nombre d'établissements publics construits, rénovés et équipés. Pour permettre la conservation de ce patrimoine et celui des hôpitaux en particulier, en 1990 a été mise en œuvre la politique nationale de maintenance hospitalière basée sur une stratégie mobile d'intervention à partir du service national et des antennes régionales de maintenance.

L'évaluation de cette stratégie en 1994 a permis de mettre en évidence les faits dominants suivants :

- le caractère inadapté d'une maintenance centralisée pour répondre aux sollicitations des structures de soins ;
- la non prise en compte des besoins des centres de santé sur lesquels repose pourtant la politique nationale de santé ;
- l'absence de normes de maintenance pour les établissements de soins privés .

Pour combler ces insuffisances et donner un contenu nouveau à la maintenance dans le domaine de la santé, il apparaissait nécessaire d'élaborer une nouvelle politique en la matière.

La nouvelle politique de maintenance a pour objectif général la mise en place de mécanismes permettant d'assurer le fonctionnement adéquat et durable des moyens de travail des services de santé , à des coûts économiquement supportables par les pouvoirs publics et les établissements de soins .

Elle vise comme objectifs spécifiques :

- la mise en place de structures de maintenance opérationnelles suffisamment efficaces pour répondre à la demande des services utilisateurs ;
- la définition de mécanismes permettant d'assurer l'implication de différents acteurs dans le processus de maintenance en vue de développer une culture en la matière ;
- la mise en place de mécanismes permettant d'assurer la prise en charge financière de la maintenance.

Pour l'atteinte de ces objectifs, les axes stratégiques d'intervention définis sont :

- La décentralisation de la maintenance qui repose sur l'obligation de la réalisation de cette activité pour tout établissement de soins et la création de structure appropriée à chaque niveau de prise en charge ;
- L'ouverture de la maintenance du secteur public aux intervenants privés pour suppléer les limites de compétences des structures internes de maintenance.

La mise en œuvre de la nouvelle politique de maintenance permettra :

- de réglementer dorénavant l'importation et l'exploitation des équipements biomédicaux lourds dans les établissements de soins privés et publics pour prévenir les risques humains liés à la défaillance de ce type d'équipement ;
- d'assurer la durabilité des infrastructures et des équipements, ce qui permettra de reculer leur cycle de renouvellement ;
- de réaliser des économies d'investissement qui pourront servir à l'introduction de nouvelles technologies dans les dispositifs nationaux de soins,
- enfin, contribuer à l'amélioration de la qualité des soins qui constitue l'un des objectifs prioritaires de la politique nationale de santé.

Timbi Bal

RÉPUBLIQUE DE LA GUINÉE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

POLITIQUE ET PLAN DIRECTEUR DE MAINTENANCE PRÉVENTIVE

Équipements, bâtiments et logistiques

SYNERGY INTERNATIONAL

Mai 1995

Cette étude a été élaborée par :

Guido Houben

Ahita Pichvai

Le contenu de cette étude n'est pas encore approuvé par le Ministère de la Santé et n'engage que ses auteurs.

TEXTES D'APPLICATION A ELABORER DANS LE DOMAINE DE LA MAINTENANCE

1. Décret portant classification des équipements lourds dans le secteur de la santé
2. Arrêté définissant le mode d'organisation de la maintenance dans les établissements de soins publics.
3. Arrêté définissant les opérations de maintenance dans les établissements de soins publics et privés .
4. Guide de maintenance dans les établissements de soins publics et privés.
5. Décret portant organisation et fonctionnement de la commission nationale de maintenance sanitaire.
6. Décret portant nomination des membres de la commission nationale de maintenance.
7. Décision portant nomination des chefs de services internes de maintenance des hôpitaux

POLITIQUE ET PLAN DIRECTEUR DE MAINTENANCE PRÉVENTIVE

Équipements, bâtiments et logistiques

TABLE DES MATIÈRES

VOLUME 1: RAPPORT

Liste des abréviations	1
Liste des personnes rencontrées	2
A Introduction	
1 Cadre général de l'étude	4
2 Structure de l'Etude et des rapports	4
3 Terminologie	5
4 Approche à la problématique et méthodologie d'analyse	6
B Analyse globale de la demande en maintenance	
1 Les clés d'analyse	8
2 La situation de la dotation initiale	8
2.1 bâtiments	9
2.2 équipements	10
2.3 logistique	11
3 La notion de "besoin" en maintenance	12
4 Les types et natures de réponses apportées	13
C Analyse globale de l'offre en maintenance	
1 Structures et tâches des différents acteurs et leurs relations fonctionnelles	14
1.1 la diversité des acteurs: institutionnels, secteur privé, projets	14
1.2 la multiplicité des acteurs institutionnels	15
1.3 l'absence de décentralisation au niveau des préfectures	15
1.4 l'insuffisance des structures internes de maintenance dans les formations sanitaires	
2 L'efficacité des acteurs	16
2.1 compétences gestionnaires et techniques	16
2.2 moyens de travail	17
2.3 délai de réponse	17
2.4 coût	17

D Analyse des coûts et capacités budgétaires

1	coût d'entretien des infrastructures	19
2	coût d'entretien des équipements et logistiques	21
3	coût consolidé d'entretien et d'amortissement des équipements, bâtiments et logistiques	22
4	capacités financières de prise en charge de la maintenance	23
	4.1 budget du ministère de la santé	23
	4.2 appui de l'UNICEF	24
	4.3 budgets des formations sanitaires de base	24
	4.4 budgets des hôpitaux régionaux et préfectoraux	26

E Propositions préliminaires pour la mise en place d'une politique de maintenance

1	Programmation et Gestion du Patrimoine	30
	1.1 Mise à jour des inventaires	30
	1.2 Gestion de la fonctionnalité	30
	1.3 Gestion de la durabilité	31
	1.4 Programmation budgétaire	31
	1.5 Procédures d'exécution des projets/maintenance	31
	1.6 Appuyer la mise en place des Service de maintenance interne des hôpitaux (SIM)	32
	1.7 Formation	32
	1.8 Actions d'information-sensibilisation	32
2	Plan opérationnel de la maintenance (POM)	33
	2.1 maintenance interne à la formation sanitaire	34
	2.1.1 les formations de base	35
	2.1.2 les hôpitaux	38
	2.2 intervenants externes dans l'entretien-maintenance	43
	2.2.1 les prestataires de services externes: secteur privé	43
	2.2.2 services du Ministère et Etablissements Publics	43

VOLUME 2: ANNEXES

Liste des abréviations par ordre alphabétique

BEPR	Bureau d'Études de Planification et de Recherche
CA	Centre de santé amélioré comportant un bloc opératoire
CF	Centre de santé des zones de faible densité
CHU	Centre Hospitalier universitaire
CS	Centre de santé
CRD	Communauté Rurale de Développement (anciennement appelée sous-préfecture)
CU	Communauté Urbaine (anciennement appelée sous-préfecture)
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DIEM	Division Infrastructures Équipements et Maintenance
FS	Formation sanitaire
FSB	Formation Sanitaire de Base
FG	(GNF) Franc Guinéen
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital Régional
IRS	Inspection Régionale de la Santé
MS	Ministère de Santé
PEV/SSP/ME	Programme Élargi de Vaccination/ Soins de Santé Primaires/ Médicaments Essentiels
PS	Poste de santé
PSE	Prestataire de Services Externes
SIM	Service Interne de Maintenance Hospitalière
SNMH	Service National de Maintenance Hospitalière
SRMH	Service Régional de Maintenance Hospitalière

Liste des personnes et organisations rencontrées

Ce rapport se base sur les réunions et visites qui ont pu être organisées à Conakry et aux différentes préfectures. Nous remercions vivement les personnes ou organismes cités ci-après pour les éléments d'information précieux qu'ils ont pu nous apporter et espérons avoir reflété le résultats des concertations.

Des changements dans le cadre organique du Ministère ayant eu lieu pendant la durée de l'étude, certains noms ne correspondent plus aux fonctions occupées actuellement; qu'il nous en soit excusé.

Ministère de la Santé: Niveau Central

- Monsieur le Ministre, Dr. Kandjoura DRAME
- Monsieur le Secrétaire Général, Dr. Ousmane BANGOURA
- Directeur National de la Santé Publique, Pr. Mandy Kader KONDE (déc. 1994)
- Dr. Yéroboye CAMARA, Conseiller du Ministre
- Directeur National des Pharmacies et Laboratoires, Dr Mory FOFANA (déc. 1994)
- Directeur National du PEV, Dr. Hadi DIALLO
- Superviseur National du PEV/SSP/ME, Dr. Madjou SOW
- Directeur du Bureau des Etudes, de la Planification et de la Recherche (BEPR): Dr. Thierno Souleyman DIALLO
- Division des Infrastructures, Équipements et Maintenance (DIEM), Ir. Abdoulaye DIALLO (Chef de Division), Ir. Timby BAH (Chef de section de maintenance), Ir. Aboubacar SOUMAH (Chef de Section Équipement), Ir. Moussa TOURE (Chef de section Bâtiments)
- DNES - Division des Soins, Mme Housseynatou BAH
- Service National de la Maintenance Hospitalière, Ir. Sékou Amadou CAMARA (Directeur)
- Cellule de la Logistique du PEV, M. Mohamed KEITA (Responsable de la Cellule)
- Chargé de statistiques (BEPR), Ir. Amadou CAMARA

Ministère de la Santé: Niveaux Décentralisés

- Inspecteur Régional de la Santé de Kindia, Dr Richard DRAMOU
- Directeur Préfectoral de la Santé de Faranah, Dr. Ibrahima SOW
- Directeur Préfectoral de la Santé de Koubia

Chefs et Agents techniques des Ateliers de Maintenance

- SRMH de Labé, Ir. Bobo DIALLO
- SRMH de Kindia, Mr. SOUMAH
- SRMH de N'Zrékoré, Ir. Mamadou BAH
- SRMH de Kankan, A. Ir. Kandas CONDE
- Atelier de Maintenance de Kissidougou, Ir. Bobo DIENG
- Atelier de Maintenance Biomédicale (SNMH) à Conakry, Ir. Souleymane BAH
- Atelier de Maintenance du CHU Ignace Deen, A. Ir. Kabiné CHERIF

Hôpitaux et formations sanitaires de base

- Directeur p.i. du CHU d'Ignace Deen
- Service de Maintenance du CHU d'Ignace Deen
- Directeur de l'Hôpital Régional de Labé, Dr. CAMARA
- Directeur de l'Hôpital Régional de Kindia, Dr. Kondé Oulén OULARE

- Directeur de l'Hôpital Préfectoral de Mamou, Dr. Sékou CONDE (actuel Directeur des établissement des Soins de Santé)
- Directeur de l'Hôpital Préfectoral de Koubia
- Directeur de l'Hôpital Préfectoral de Faranah, Dr. Pascal Djibril CAMARA
- Hôpital Préfectoral de Kissidougou
- Directeur de l'Hôpital privé de Fria, Dr. MARA
- Centre de Santé de Sanou -Labé
- Centre de Santé de Tanéné, Mr. Saliou Baillo DIALLO, Chef de Centre
- Centre de Santé de Sandéniah
- Centre de Santé de Dixin, Dr. Tafsir Daouda DIALLO, Chef du Centre
- Centre de Santé d Gbesia Port, Dr Nyelen Sow, Chef du Centre

Coordination des Projets et Organismes de Coopération

- PDSS (AID): Dr Mamadi Condé (coordinateur)
- Projet PRISCO (BAD): Madame la coordinatrice, Dr. Johanna AUSTIN
- Projet Santé Lomé IV (CEE): Madame la coordinatrice, Dr. Léonie KOULIBALY
- Union Européenne: Dr. Jean Pierre Lamarque, assistant technique Projets Santé
- UNICEF: Dr. Facinet YATTARA : Chargé du Programme Santé à l'UNICEF.
- UNICEF: M. A. BENHAKI, Logisticien UNICEF
- UNICEF: M. Harold Randall, Chargé du Programme Education - Assainissement
- Médecins Sans Frontières - France: M. C. MAHOUDEAU, coordinateur
- Hôpitaux Sans Frontières : Assistant technique à l'Hôpital de Mamou
- Médecins du Monde : Assistants techniques à l'Hôpital de Kindia
- GTZ: Assistants techniques PSR (Projet Santé Rurale) à l'Hôpital et à l'atelier de Maintenance de Kissidougou
- Coordinateur de l'AFVP à Forécariah
- Coordinateur de CESTAS à Boké

A INTRODUCTION

1 cadre général de l'étude

Le plan directeur de maintenance préventive a comme objectif d'évaluer la situation de la maintenance du patrimoine du Ministère de la santé et d'élaborer une stratégie et un programme concret pour une maintenance effective, appropriée et abordable. Par patrimoine, il faut entendre:

- équipements des formations sanitaires de tous les niveaux de la pyramide;
- bâtiments des formations sanitaires et ceux des niveaux central et décentralisés du ministère;
- logistiques (moyens de communication : transport et informatique).

Les recommandations du plan et de la politique de la maintenance préventive concerneront les axes d'intervention, les acteurs, les instruments et les modalités de prise en charge financière des coûts relatifs à la maintenance du patrimoine.

2 Structure de l'étude et des rapports

Cette étude a été menée du Décembre 1994 à avril 1995 par les Consultants de Synergy International:

- Guido Houben: Spécialiste Équipements et Systèmes Informatiques;
- Ahita Pichvai: Architecte, spécialiste en Programmation des Infrastructures de Santé;
- Antonio Ramos de Matos: Docteur en Médecine et Ingénieur Bio-médical;
- Chris Posma: Ingénieur, spécialiste en gestion d'entreprises et audit technique.

Deux rapports intermédiaires ont été élaborés au cours de l'étude (voir rapports janvier 1995 et février 1995). Le présent rapport final est structuré en deux volumes:

- volume 1 Politique et Plan Directeur de Maintenance préventive
- volume 2 Annexes

Le lecteur intéressé est invité à consulter le volume annexe qui détaille toute la base du travail.

Dans le cadre de l'élaboration du plan directeur de maintenance, Synergy International a élaboré également deux outils opérationnels:

- Un système informatique de base de données pour les gestion des équipements hospitaliers. Ce système a été installé à la DIEM et a déjà été mis en fonction. (*structure, modèles de fiches et rapports: voir chapitre F dans le volume des annexes*)

Ce système informatique est composé de:

- un module de codification des formations sanitaires;
- un module de codification et de normalisation des équipements;
- un module d'inventaire des équipements hospitaliers;
- un module de suivi des interventions de la maintenance;
- un modèle de préparation d'appels d'offres;

Ces différents modules génèrent des fiches et rapports types, qui serviront d'outils de gestion pour les services de maintenance et pour la DIEM.

- Un guide d'entretien pour les infrastructures des formations sanitaires de base.

3 Terminologie

3.1 Équipements

Le terme équipement recouvre, dans la présente étude:

- les équipements hospitaliers spécialisés;
- les équipements et matériels médicaux;
- le mobilier médical (table d'accouchement et d'examen, ...);
- les équipements nécessaires à la production d'électricité (groupe électrogène, panneaux solaires), de l'eau courante (pompe électrique);
- le froid : les chaînes de froid et les équipements de climatisation;
- le mobilier non médical (bureaux, étagères, ...).

3.2 Bâtiments

- le site d'implantation, pavements, clôture, végétation;
- les bâtiments proprement dits des formations sanitaires et leurs composantes en: gros oeuvre, finitions, menuiserie, charpenterie, couverture;
- les installations techniques : électricité (filerie, gaines, prises, interrupteurs, points lumineux, tableaux généraux et divisionnaires), et la plomberie (canalisations, robinetterie, appareils);
- les infrastructures annexes : latrines, puits, fosses.

3.3 Logistiques

Les moyens logistiques étudiés sont de deux types:

- les moyens de transport (véhicules et motos);
- les moyens informatiques.

3.4 Maintenance / entretien

En Guinée, le terme "Maintenance" est généralement utilisé à la place du terme "entretien". La maintenance préventive signifie, dans l'entendement du MS, l'entretien planifié (préventif et correctif) et la maintenance curative signifie les réparations/dépannage.

Tout en gardant dans cette étude, la terminologie utilisée en Guinée, nous utiliserons plus volontiers le terme d'"entretien" et les deux catégories ou types d'intervention: planifié, réparations

Le tableau 1, ci-après, donne un aperçu détaillé des types et niveaux d'entretien pour les équipements.

Vu le coût élevé et les difficultés techniques, nous proposons d'assimiler le "niveau 5" à un investissement ou à une nouvelle dotation. Il ne sera donc pas pris en compte dans l'estimation du coût de l'entretien courant mais dans l'amortissement.

	niv	interventions	exécutant	lieu	pièces	documents
entretien planifié	1	réglages simples remplacement (sans démontage) ex. fusibles lampes témoin relais	utilisateur	sur place	consommables	
	2	interventions courantes remplacement de pièces de rechange ex. tubes radio boulons	technicien moyen	sur place	courantes	manuel d'utilisation
réparations	3	petites réparation mécaniques ajustages remplacement de pièces défectueuses	technicien formé	sur place	spéciales	guide technique
	4	réparations importantes mécaniques soudures composants électroniques calibrages	technicien supérieur	sur place + atelier	spéciales	guide technique catalogue pièces
	5	rénovation / reconstruction	fabricant	usine	toutes	

4 Approche à la problématique et méthodologie d'analyse

4.1 Analyse de l'offre et de la demande en maintenance

Nous considérons la maintenance en tant qu'un service nécessaire au bon fonctionnement du Ministère et des formations sanitaires.

Le montage d'un système de maintenance dépend non seulement des facteurs liés à l'offre de ce service (organismes et personnes chargés de la maintenance) mais aussi et surtout de ceux déterminant la demande (les formations sanitaires).

Cette étude s'attache à analyser la nature, la fréquence et l'importance de l'offre et de la demande en maintenance et les (in)adéquations entre les deux.

4.2 Autonomie de gestion de formations sanitaires

En Guinée, le principe de l'autonomie de gestion des formations sanitaires est une notion admise. Elle est pratiquement appliquée dans les formations sanitaires de base fonctionnant sur base des recommandations de l'Initiative de Bamako (recouvrement des coûts des soins de santé de base). L'autonomie des formations hospitalières fait partie de la récente réforme hospitalière et même si sa mise en application rencontre encore quelques difficultés, son principe est en tout cas acquis. Les Hôpitaux Régionaux sont actuellement passés sous le statut d'Établissements Publics.

Dans ce contexte, il n'est donc pas déplacé de considérer les formations sanitaires comme structures assimilées à des entreprises et gérées comme tel. La particularité de ces entreprises est de remplir un service public et une mission sociale (soins de santé), ce qui implique certaines subventions ciblées de l'État.

4.3 Maintenance comme attitude "interne" à la formation sanitaire (maintenance comme élément de gestion)

L'acception de la maintenance en tant qu'un service indispensable au bon fonctionnement d'une entreprise (en l'occurrence les formations sanitaires) implique le fait que la maintenance n'est pas une politique parachutée de l'extérieur, mais une attitude quotidienne, intégrée dans chacun des gestes des utilisateurs et du personnel de l'entreprise. La maintenance est une attitude "interne" et intimement liée à la gestion des Formations sanitaires. Une gestion prévisionnelle rend possible une maintenance préventive.

Un programme important de Sensibilisation et de Formation portant sur l'ensemble du personnel des Formations Sanitaires devra être mis sur pied.

4.4 Mise en place des programmes "pérennes" de maintenance

En Guinée, les acteurs de la maintenance sont multiples et leurs moyens de fonctionnement dépendent en partie des "Projets" cofinancés par la coopération bilatérale et internationale.

La pérennité de tout système de maintenance implique le fait que le système puisse vivre au-delà de la durée des financements et appuis techniques donnés par les intervenants étrangers. Il importe d'encadrer et canaliser les financements et appuis extérieurs dans des programmes clairement établis dans les structures du MIS, comprenant un volet maintenance portant sur toute la durée de vie des infrastructures et équipements mis en place.

4.5 Importance de la décentralisation

Le secteur public de la santé compte 723 formations sanitaires de base implantées sur l'étendue du territoire national, 33 hôpitaux préfectoraux et régionaux, 33 DPS, 4 IRS, 2 CHU et une dizaine de bâtiments ministériels ou services rattachés centraux à Conakry. Autant dire que la nécessité de la décentralisation de la maintenance de ce patrimoine n'est plus à démontrer.

4.6 Pluralité des systèmes de maintenance

Réparer la toiture d'un centre de santé n'est pas un problème semblable à l'entretien préventif d'un appareil de radiologie. La taille des CHU de Conakry est sans commune mesure avec le plus grand hôpital régional. Les problèmes de maintenance que nous traitons sont de natures très diverses et nécessitent des systèmes (au pluriel) de maintenance.

Par rapport à la taille, au budget, à la nature des équipements, au lieu d'implantation, ... de diverses formations sanitaires, il y a lieu d'envisager une panoplie appropriée de réponses (services internes aux formations sanitaires, appel aux services externes publics ou privés, centraux ou décentralisés, modalités de prise en charge autonome ou subventionnée, ...).

B ANALYSE GLOBALE DE LA DEMANDE EN MAINTENANCE

1 Clés d'analyse

La demande en maintenance doit normalement provenir d'un besoin ressenti par les utilisateurs d'un patrimoine. Les utilisateurs du secteur public de la santé sont les formations sanitaires et les niveaux administratifs. Leur patrimoine est constitué d'équipements, de bâtiments et de logistique, ce que nous appellerons la dotation initiale. Ces utilisateurs cherchent divers types de réponses au besoin d'entretenir leur patrimoine suivant leurs possibilités organisationnelles et budgétaires. Ainsi, les clés principales de l'analyse de la demande que nous distinguons sont:

- La dotation initiale: la situation actuelle des bâtiments et équipements,
- La notion de "besoin" en maintenance,
- Les types et natures des réponses apportées,
- Le recouvrement des coûts de la maintenance.

La situation des équipements et bâtiments est expliquée dans le point B.2 ci-après. L'ensemble des informations sur ce patrimoine provient de la carte sanitaire de la Guinée (1992) et/ou des extrapolations qui se basent sur les données de la carte sanitaire.

Le coût de la maintenance et les capacités budgétaires conditionnent également la demande. Pour éviter des redites, l'ensemble des facteurs se reportant aux coûts et budgets de maintenance est décrit dans le chapitre D.

2 La situation de la dotation initiale

Suivant l'enquête carte sanitaire, la Guinée compte:

- 2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)
- 4 hôpitaux régionaux (HR) *
- 29 hôpitaux préfectoraux (HP) *
- 376 Centres de Santé (CS), dont 269 ont été intégrés au programme de PEV/SSP/ME (CS-PEV) à la date de l'enquête carte sanitaire (Début 1993). **
- 347 Postes de Santé répertoriés (PS) dont 114 sans activités.

A ces formations sanitaires, il faut ajouter les niveaux administratifs du Ministère: les 4 IRS, les 33 DPS, les bâtiments du MS à Conakry et les programmes verticaux.

L'ensemble de ces éléments constitue le Patrimoine du secteur public de la santé dont la gestion incombe soit au niveau central, soit - et de plus en plus - aux niveaux décentralisés : Régions, Préfectures et collectivités locales.

Les bâtiments, équipements et moyens logistiques de ces divers niveaux, quelle que soit leur source de financement, sont à considérer comme "LA DOTATION INITIALE" à gérer et à entretenir par le niveau concerné.

(*) *L'instauration des nouvelles Régions Administratives porte le nombre de HR à 7 (en supplément: Boké, Mamou, Faranah) ; et ramène le nombre de HP à 26.*

(**) *Au mois d'avril 1995 le nombre de CS -PEV) a dépassé les 300.*

2.1 Situation des bâtiments

La carte sanitaire de la Guinée établit en détail la situation des bâtiments des formations sanitaires (HR, HP, CS et PS), ainsi que les axes d'intervention en la matière. Nous reprenons, dans cette étude, l'essentiel des données qui intéressent la maintenance et invitons le lecteur à consulter la carte sanitaire pour les données plus exhaustives (voir aussi annexe B1).

T2 Tableau récapitulatif de l'inventaire des bâtiments du secteur public de la santé

Niveau	nombre entité	nombre bâtiments	surface en m ²	Etat des bâtiments				
				% en état acceptable	% réparation moyenne	% grosse réparation	% à remplacer	non renseigné
CS/PS	723	816	137 650	49%	26%	12%	13%	0%
HP/HR	33	263	59 984	41%	23%	11%	9%	16%
CHU I. Deen	1	19	10 300	100%	0%	0%	0%	
CHU Donka	1	20	14 450	100%				100%
Administration	42	51	20 000	50%	25%	25%	0%	100%
TOTAL	800	1 169	242 384	47%	25%	16%	7%	

Source d'information:

CS/PS et HP/HR : carte sanitaire 1992

Administration et CHU Donka: En absence d'inventaire, les chiffres donnés sont des estimations spéculatives

Le patrimoine bâti du secteur public de la santé est caractérisé par:

- La diversité des typologies: Les bâtiments en dur représentent 72% des formations sanitaires de base (75% pour les hôpitaux). 15% de ce patrimoine est constitué des bâtiments en semi-dur et 13% est en banco non-améliorable.
- Le retard dans l'entretien: Seulement 49% des bâtiments de CS ou PS sont état acceptable (70% des bâtiments principaux pour les hôpitaux). 34% des bâtiments des CS et PS nécessitent des travaux importants de réparation/réhabilitation et 13% des bâtiments sont à remplacer.
- Concentration des investissements sur la réalisation des bâtiments, en négligeant la nécessité d'autres infrastructures essentielles pour le fonctionnement d'un centre de santé (latrines, eau, électricité, fosse septique, ...).
- Très grande variété de plans et d'organigrammes (dispositions de locaux) pas toujours très fonctionnels ou rationnels (l'absence de cadre normatif jusqu'en 1992).
- Sur-dimensionnement des bâtiments (surfaces jusqu'à 3 fois plus grandes que les normes de la carte sanitaire), ce qui occasionnera un coût d'entretien supplémentaire considérable.
- Multiplicité des acteurs intervenant dans la construction des formations sanitaires (État, collectivités locales, populations, ONG, Projets). Pour les formations sanitaires de base, les acteurs majoritaires étant les populations avec l'appui des préfectures et des CRD ou avec le cofinancement des organisations de coopération.
- Médiocrité des critères de durabilité appliqués aussi bien à la construction neuve qu'aux travaux de réhabilitation ou d'installations techniques.

L'enquête sur le terrain a démontré que le patrimoine bâti récemment construit ou réhabilité (sur financement de la coopération) ne correspond pas toujours aux normes de durabilité idéales: Le choix des matériaux, les techniques de mise en oeuvre, la non-maîtrise des détails techniques importants grèvent déjà l'espérance de vie des bâtiments. Il est évident que ces éléments techniquement mal maîtrisés sont de nature à augmenter le coût d'entretien.

Comme conséquence des détails techniques mal maîtrisés, dès la mise en fonction des Formations Sanitaires, le gestionnaire devra faire face à des frais non prévus, mais importants.

- Choix technologiques inadéquats en matière d'installations techniques en relation avec le bâtiment: Exemple d'installation de climatiseurs qui sont plus souvent défectueux que fonctionnels (manque de budget pour les réparations) au lieu d'étudier de bonnes possibilités de ventilation naturelle.

Une corrélation directe existe entre les installations techniques des bâtiments et les types d'équipements: à titre d'exemple:

- plusieurs appareils médicaux nécessitent de l'eau courante (unité O.R.L., unité de dentisterie), mais l'approvisionnement, le pompage et le stockage d'eau n'étant pas bien étudiés, l'eau courante n'est pas toujours disponible; les appareils sont donc hors service.

En l'absence d'un cadre normatif (normes quantitatives, fonctionnelles, techniques, normes de durabilité) pour les infrastructures et pour les équipements, et par manque de concertation avec les intervenants étrangers dans le cas des ONGs, les investissements effectués sont lourds de conséquences en termes de coût d'entretien-maintenance. Il doit y avoir une véritable stratégie de programmation/gestion du patrimoine faisant partie intégrante de la politique de la maintenance préventive.

2.2 Situation des équipements

Les données de la carte sanitaire de la Guinée démontrant la situation des équipements dans les FSB et les hôpitaux peuvent être consultés en annexe B2.

Sur l'ensemble de la République, la disponibilité et l'état des équipements des formations sanitaires laisse à désirer.

Les formations sanitaires de base disposent en moyenne de 50% des équipements minima nécessaires pour le bon fonctionnement des services de santé (notamment dans les services d'accouchement et de labo). Seuls les CS-PEV disposent des équipements pour la pharmacie (chaîne de froid, fiche de stock et étagères de rangement) ainsi que d'un moyen de transport (une moto). Les petits matériels surtout les consommables sont souvent manquants. Les équipements sont en général très mal entretenus. En cas de panne, casse ou dégradation, ils ne sont pas réparés ou remplacés. L'état des équipements, même dans les CS et PS PEV, n'est pas idéal (voir annexe B2)

Les équipements des hôpitaux, qui n'ont pas fait l'objet d'appuis techniques et financiers, sont dans une situation similaire (insuffisants, mal entretenus). Suivant les données de la carte sanitaire(voir annexe B2), les hôpitaux disposaient de quelques 50% des équipements minimum requis du plateau technique correspondant à leur niveau. Divers projets ont contribué à améliorer cette situation, depuis la date de l'inventaire de la carte sanitaire.

Pour l'ensemble des formations sanitaires, cette situation des équipements est liée à trois facteurs principaux:

- décalage entre les programmes de construction/rénovation des bâtiments et la fourniture effective des équipements;
- absence d'un cadre normatif pour les plateaux techniques (mise à part les CS-PEV) et de spécifications techniques des équipements (variation élevée de provenance, marque et technologies);
- absence d'un budget et d'une politique de maintenance des équipements et mobiliers, tant au niveau des formations sanitaires, qu'aux niveaux régional et national. Dans le budget de fonctionnement des formations sanitaires, le budget pour la maintenance est quasi inexistant.

Uniquement pour les Formations de base, dans le cadre du PEV, il existe un cadre normatif clair et pertinent pour les équipements, ainsi que des procédures pour l'entretien de ces équipements.

L'enquête sur le terrain démontre des lacunes dans la dotation récente des hôpitaux et CS (sur les fonds de la coopération). Dans certains projets, on peut noter:

- absence de matériel nécessaire à la sécurité des équipements (stabilisateur de tension);
- sous-évaluation des besoins ou surévaluation (groupe électrogène trop faible fourni au CHU, groupe électrogène (superflu) fourni au CS par la BID, ...);
- technicité trop élevée des équipements posant des problèmes d'entretien (pièces détachées ou connaissances techniques manquant en Guinée);
- fourniture des mobiliers et équipements peu durables (meuble en Triplex, ...);
- absence de fourniture de pièces détachées adéquates livrées avec les équipements (choix des pièces laissé au fournisseur, ou livraison non prévue dans les clauses du marché d'équipement);
- absence de normalisation et de compétence dans la définition des appareils adéquats.

Nécessité d'un système normatif, limitant les acquisitions aux équipements strictement nécessaires, imposant l'acquisition d'équipements appropriés par des descriptifs techniques pertinents.

Parmi les équipements fournis, un certain nombre tombent rapidement en panne ou n'ont jamais fonctionné (par exemple: échographie au CHU Ignace Deen; Banque de Sang, Compteur de Globules à Labé). Les appareils non appropriés sont passés à travers les filets du dépouillement des offres, d'autres à travers les filets des réceptions. Une vigilance extrême s'impose vis à vis des fournisseurs et vis à vis des procédures. Si un problème se pose avant la réception définitive, toutes les dispositions doivent être prises à temps. Dans le cas de l'échographie du CHU d'Ignace Deen, le délai étant passé, il sera difficile d'obtenir gain de cause.

Dans le cadre de certains appels d'offres pour les équipements, un contrat de maintenance a été imposé au fournisseur. Cette situation n'est avantageuse que pour le fournisseur qui pourra rattraper ses défauts à bon prix, mais l'utilisateur sera rarement bien servi.

Améliorer la maîtrise en matière d'analyse des offres, de réception des fournitures et de procédures en cas de litiges

2.3 Situation de la logistique

2.3.1 Parc Automobile

Le parc automobile est composé des véhicules financés par le PEV, des ambulances des hôpitaux et des voitures de Projets mis à la disposition des niveaux centraux. Les véhicules du PEV/SSP/ME sont répartis comme suit:

- Niveau central : 16
- Niveaux décentralisés (IRS et DPS): 38 dont 9 en Basse Guinée, 11 en Moyenne Guinée, 9 en Haute Guinée et 9 en Guinée forestière.

Les véhicules du Ministère de la Santé sont entretenus par le SEPA à Conakry ou par sous-traitance au secteur privé. Pour les voitures du PEV/SSP/ME, les pièces détachées sont fournies par le Programme.

Le rapport de la Cellule logistique du PEV établit en détail la nature, la répartition, l'état et le coût d'entretien de ces véhicules (voir volume 2, annexe B3). D'après les études approfondies de la Cellule logistique, le coût d'entretien d'un véhicule 4x4 est estimé à 2.000.000 FG/an (voir volume 2, annexe D7). Toujours d'après la Cellule Logistique:

le coût élevé de fonctionnement est dû à :

- **L'utilisation du carburant de mauvaise qualité**
- **La négligence du contrôle et de l'entretien**
- **La surcharge des véhicules et la vitesse excessive**

La responsabilisation des utilisateurs est donc essentielle.

2.3.2 Matériel informatique

Pour les besoins de l'étude, Synergy International a établi un inventaire du Matériel informatique du Ministère de la Santé (voir annexe B4). Seul certains services centraux du Ministère disposent de moyens informatiques. L'informatisation des niveaux décentralisés est envisagée (prévu dans le cadre du PSN), mais pas encore réalisée. L'analyse de la situation démontre:

- la diversité des types et marques du matériel due à la diversité des sources de financement;
- l'absence d'échange en réseau ou hors réseau;
- l'absence d'entretien (en cas de panne, les ordinateurs restent hors usage pendant un laps de temps très important, parfois indéfiniment);
- le manque d'uniformisation et de convivialité des logiciels mis en place par des consultants individuels;
- l'absence d'un gestionnaire des systèmes intervenant dans le choix, le plan d'acquisition et d'entretien du matériel, la protection du matériel et des logiciels.

Il faudra désigner un responsable gestionnaire de systèmes informatiques parmi le personnel du Ministère qui sera l'unique référence pour l'acquisition, l'installation et l'entretien du matériel, des logiciels et des réseaux. Cette personne doit avoir déjà reçu une formation conséquente en informatique, et doit recevoir une formation complémentaire en hardware et software.

En cas de décentralisation, cette personne sera chargée de la formation des utilisateurs.

A l'avenir il faudra opter pour les solutions allant dans le sens de la plus grande convivialité afin que les utilisateurs puissent se consacrer entièrement à leur activité, sans perdre de temps avec l'apprentissage de l'informatique.

3 La notion de "besoin" en maintenance

Comme nous l'avons dit en introduction de ce chapitre, la demande en maintenance doit normalement provenir d'un besoin ressenti par les utilisateurs (les formations sanitaires). Tel n'est pas toujours le cas. Les visites du terrain démontrent deux problématiques:

- La maintenance, même dans les échelles les plus fondamentales (nettoyage, hygiène) n'est pas ressentie comme un besoin par toutes les formations sanitaires, ni par tous les personnels.

- Le niveau de la maintenance pratiquée n'est pas en relation avec le service nécessaire.

Pour illustrer ces propos, on peut citer le cas de services dentaires des hôpitaux, où il n'est pas jugé nécessaire d'entretenir les locaux et le matériel, de réparer les robinetteries ou les appareils défectueux, de gérer les consommables. Les Services Dentaires de ce type sont dysfonctionnels à 80%. Les seules opérations qui s'y déroulent sont du type d'arrachage des dents qui auraient aussi bien pu avoir lieu dans un CS. Le niveau de la maintenance n'est pas en adéquation avec le niveau du service qui doit être presté par un hôpital. Un service dentaire fonctionnel est pourtant un apport budgétaire important pour les hôpitaux. Le cercle vicieux s'installe quand on ne répare pas le matériel sous prétexte de manque de ressources. Or ce manque est dû au fait que le Service ne rend aucun service aux utilisateurs.

En multipliant des exemples de dysfonctionnement de ce type, les responsables du Ministère de la Santé ont énoncé l'idée de **la nécessité d'asseoir une culture de maintenance**.

Renforcer la notion du besoin en maintenance et du niveau adéquat de maintenance passe par plusieurs types d'actions conjointes:

- Renforcer, auprès des gestionnaires des formations sanitaires, l'idée que la maintenance est un service primordial pour le fonctionnement des établissements de soins. La maintenance fait partie intégrante du système de la gestion des établissements de soins. Elle est interne à l'établissement.
- Sensibiliser et former le personnel pour une maintenance effective.
- Motiver et responsabiliser le personnel par un système de prime conditionnelle (prime proportionnelle au degré de bon fonctionnement de chaque service) et par l'intégration du personnel dans une gestion concertée et transparente des ressources.

4 Les types et natures des réponses apportées

L'examen de la situation des formations sanitaires de tous les niveaux (des PS aux CHU) permet de dégager les constantes dans la nature et type de réponses les plus souvent envisagées:

- Palliatifs aux effets plutôt qu'aux causes (Exemple: en cas de panne de la pompe d'eau, approvisionnement des services par des seaux d'eau pendant des mois, même une année avant de réparer la pompe).
- Dépannage et gestion de crise plutôt qu'entretien planifié. L'absence des capacités gestionnaires et techniques à l'intérieur même des formations sanitaires est une des causes principales de cette situation.
- Appel à des prestataires de service très diversifiés suivant les opportunités, les urgences, les budgets disponibles, ... Les formations sanitaires font appel aussi bien aux services privés que publics. Dans un système de gestion de crise, celui qui apporte la solution la plus rapide et la moins chère sera choisi (bien entendu il ne s'agit pas nécessairement de la meilleure solution).

Il faut renforcer les capacités d'analyse/ diagnostic/solution/gestion des problèmes de fonctionnement des équipements et infrastructures dans les formations sanitaires
Il faut garder la possibilité de choix entre différents prestataires de service d'entretien (souplesse du système, concurrence entre les prestataires)

C ANALYSE DE L'OFFRE

Par l'offre, nous entendons tous les acteurs qui interviennent directement ou indirectement dans la maintenance des équipements, bâtiments et logistiques.

Lors des missions de préparation du Plan et de la Politique de la maintenance préventive, les consultants ont effectué une enquête détaillée auprès de la plupart des acteurs impliqués dans la maintenance. La fiche d'enquête de chacun des acteurs figure en volume 2 annexe C2.

Ce chapitre donne un aperçu général de l'offre en matière de maintenance.

Les clés de cette analyse sont:

- 1 Structures et tâches des différents acteurs et leurs relations fonctionnelles
- 2 L'efficacité des acteurs en termes de:
 - compétences gestionnaires et techniques;
 - moyens de travail (outillages, infrastructures, pièces de rechange, ...);
 - délai de réponse;
 - coût.

1 Structures et tâches des différents acteurs et leurs relations fonctionnelles

Le tableau T3 de la page suivante est un organigramme répertoriant l'ensemble des secteurs et acteurs impliqués dans la maintenance en Guinée. On peut constater:

1.1 La diversité des acteurs: institutionnels, Projets, secteur privé

Les acteurs institutionnels (Ministère de la Santé et SEPA) et les Projets travaillent en parallèle. La plupart des Projets mettent en place leurs propres stratégies et structures de maintenance (exemple: Atelier de Kissidougou mis en place par le GTZ, les maintenances d'hôpitaux formés et payés par les ONG, ...). Le parallélisme va au delà du problème de la maintenance proprement dite; il concerne l'établissement des normes d'équipement, la commande et l'acquisition des équipements, ... Cette situation aboutit à:

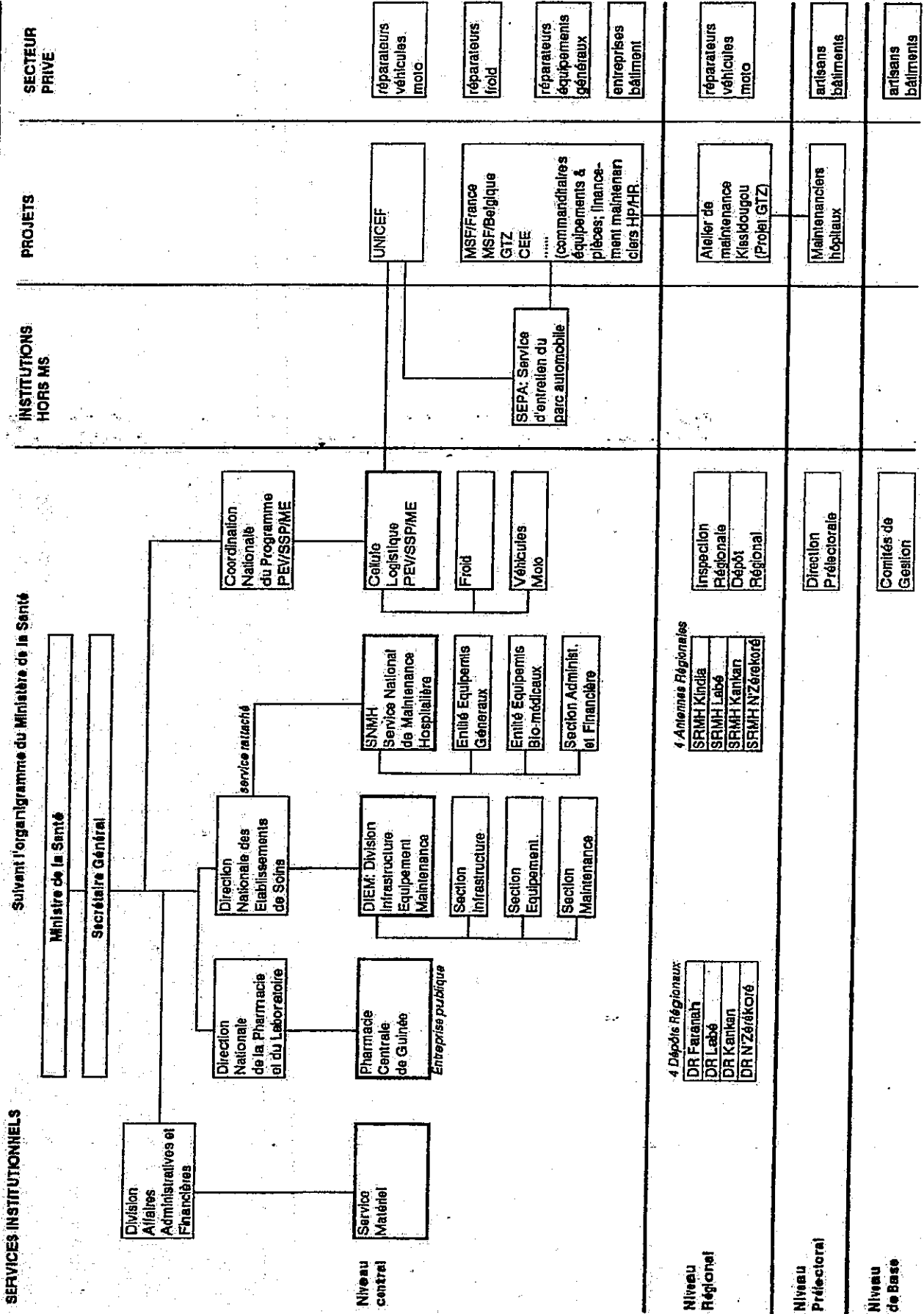
- la diversité des types, niveaux et origines des équipements;
- la non-injection des expériences intéressantes des ONG dans le secteur public;
- la complexité des situations vu la méthode, l'appui financier, les procédures établies par chaque ONG ou Projet dans sa zone de coopération.

Pour établir le Plan et la Politique de la Maintenance Préventive, nous avons essayé de rencontrer l'ensemble des acteurs, afin de refléter et valoriser les expériences du terrain les mieux réussies.

Le processus de concertation entre le Ministère de la Santé et les divers Projets doit être constant et continu en matière de la maintenance. Les résultats du présent travail doivent être communiqués à l'ensemble des acteurs qui ont activement participé à son élaboration y compris les Projets et les ONG.

Le secteur privé offre des compétence et des structures d'intervention dans tous les domaines de la maintenance, mis à part les appareils bio-médicaux, l'électromécanique (groupe électrogène) et les pompes électriques (voir volume 2, annexe C1).

T3 Organigramme des secteurs et acteurs impliqués dans la maintenance



Service	activités
DAF - service matériel	entretien / maintenance des véhicules, équipements et mobiliers de l'administration centrale
DIEM	réglementation pour la normalisation des infrastructures et équipements à tous les niveaux; dotation initiale: préparation et suivi des constructions et réhabilitations des infrastructures; gestion des procédures d'acquisition d'équipements
Service National de Maintenance Hospitalière	maintenance des équipements médicaux spécialisés dans les HP, HR, CHU; quelques interventions sur chaîne de froid
Cellule logistique du programme PEV-SSP-ME	entretien / maintenance des véhicules du programme et des IRS et DPS
Dépôts Pharmaceutiques	fourniture / entretien / maintenance
Dépôt Régional à la Direction Régionale	fourniture de médicaments aux HP et HR, et ultérieurement CS et PS
SEPA	ultérieurement: fourniture de frigos, stérilisateur, petit matériel médical pour les CS, PS dépot de frigos, stérilisateur et pièces pour les réparations de ces équipements dans les CS et PS; technicien pour effectuer ces réparations. entretien du parc automobile de l'UNCEF et autres projets

Le présent travail propose la sous-traitance d'une série des travaux de maintenance aux prestataires des services privés compétents. La fiabilité et la compétence des acteurs privés doivent être évaluées dans chaque domaine et pour l'ensemble de la République. La Cellule Logistique du PEV/SSP/ME a fait une excellente évaluation de l'offre privée pour la réparation des voitures et motos. Ce genre d'étude doit être encouragée et ses résultats largement diffusés.

L'offre de service du secteur privé doit être mieux prise en compte et les prestataires de services fiables doivent être identifiés.

1.2 La multiplicité des acteurs institutionnels

Ceux-ci sont essentiellement au nombre de quatre:

- Le Service Matériel de la DAAF (Division des Affaires Administratives et Financières): Responsable de la gestion de contrats de sous-traitance pour la maintenance des bâtiments, équipements et logistiques du niveau central du Ministère de la Santé.
- La DIEM (Division Infrastructure, Équipement, Maintenance): Responsable de programmation, conception, réglementation, gestion et commande des équipements, bâtiments et les travaux de réparation y afférents.
- Le SNMH (Service National de Maintenance Hospitalière). Ce Service central avec ses 4 ateliers régionaux (SRMH) est responsable de la maintenance préventive et curative des équipements généraux et médicaux des hôpitaux publics (HP, HR, CHU). Le Service National est en plus doté de moyens pour la réparation des installations techniques des bâtiments et des véhicules des hôpitaux.
- La Cellule Logistique du PEV/SSP/ME: Responsable d'appui logistique au Programme, comprenant la fourniture de pièces détachées et combustibles et l'appui technique pour la maintenance des véhicules, motos et chaînes du froid des IRS, DPS et CS-PEV.

Un cinquième intervenant a une structure réduite pour la maintenance de ses propres véhicules et équipements. Il s'agit de:

- La Pharmacie Nationale et ses 4 dépôts pharmaceutiques régionaux.

Au niveau central, la définition des responsabilités est claire, mais pourrait être améliorée. Il y a une certaine collaboration entre les services à l'occasion des Projets ou des réunions générales. Cette collaboration occasionnelle devrait être mieux structurée.

Au niveau régional, on constate une perte d'économie de moyens due à la verticalisation de la maintenance hospitalière et de la logistique du PEV/SSP/ME. Bien qu'au niveau institutionnel, l'intégration de ces deux services n'ait pas été encore envisagée, les collaborations de fait existent en pratique sur le terrain.

Pour harmoniser les actions du secteur public, il est nécessaire que la DIEM joue pleinement son rôle de responsable de programmation/gestion/conception des bâtiments et équipements de tous les niveaux. Ce rôle est distinct des organismes opérationnels qui sont chargés de la programmation des interventions et de la maintenance technique sur le terrain.

L'efficacité des acteurs institutionnels est analysée au point 2.

1.3 L'absence de décentralisation au niveau des préfectures

Dans l'organisation du système sanitaire de la Guinée, les préfectures sont les véritables niveaux opérationnels correspondant au district sanitaire. Les Directions Préfectorales de la Santé (DPS) sont responsables de la coordination horizontale, du suivi/monitorage de l'ensemble des programmes verticaux et des formations sanitaires. La décentralisation des services publics de la

maintenance se limite au niveau des régions et ne touche pas les DPS. Le PEV/SSP/ME prend en charge la réparation/remplacement des véhicules et des chaînes de froid des DPS. La réparation des bâtiments et la fourniture des équipements et mobiliers aux DPS dépend de l'opportunité des projets.

Nous sommes persuadés qu'à long terme, la dotation des DPS en structures décentralisées de gestion de la maintenance (et gestion du patrimoine en général) est nécessaire. Mais à court et moyen termes, il faut d'abord privilégier l'intégration de la maintenance à l'intérieur des formations sanitaires et limiter la décentralisation des niveaux opérationnels de la maintenance aux nouvelles régions.

1.4 L'insuffisance de structures internes de maintenance dans les hôpitaux et dans les formations sanitaires de base

Seuls quelques hôpitaux bénéficiant de l'assistance des ONG comme les Médecins Sans Frontières, les Médecins du Monde et Hôpitaux Sans Frontières comptent un "maintenancier" parmi leur personnel contractuel. Dans la plupart des cas il s'agit de techniciens du bâtiment, qui ont un profil trop bas par rapport aux tâches de gestion qui correspondent à ce poste. Ils ont été souvent formés aux techniques du bâtiment pendant le chantier de réhabilitation des hôpitaux. Ils ont généralement bénéficié d'un appui pour les techniques concernant les installations techniques et l'entretien des équipements hospitaliers.

Les chefs de CS ont reçu une formation pour la maintenance de leur moto et frigo.

Ces éléments forment le noyau de base pour la prise en charge interne du problème de la maintenance par les formations sanitaires.

Le Plan de la Maintenance préventive se base sur les acquis et expériences existantes d'internalisation de la maintenance, les encourage et tend à les rationaliser.

2 L'efficacité des acteurs

Cette analyse concerne davantage les acteurs publics de la maintenance.

2.1 Compétences gestionnaires et techniques

Ces compétences sont très inégales au niveau des différents services centraux et régionaux responsables de la maintenance. D'une manière générale, on peut constater que des stages de formation spécialisée dans le domaine biomédical ou électromécanique ont sensiblement amélioré le niveau technique et opérationnel du personnel. La formation complémentaire en gestion étant plus rarement dispensée, l'organisation des services opérationnels de la maintenance hospitalière n'est pas toujours adéquate. Il y a également un problème de motivation du personnel qui grève l'efficacité du système.

Pour les chefs de services opérationnels de la maintenance hospitalière, des formations en gestion d'entreprises s'imposent. Vu la grande panoplie des compétences techniques nécessaires, les programmes de formation continue sur le terrain seront nécessaires. Ces formations doivent faire l'objet d'un contrat de formation/travail afin que le personnel formé continue à travailler au Ministère de la Santé pendant une longue période.

2.2 Moyens de travail (outillages, infrastructures, pièces de rechange)

Le problème des moyens de travail, notamment les pièces de rechange constitue un des blocages majeurs du système de maintenance. Les dotations initiales en infrastructures et outillages sont faites par les Projets en absence de normes harmonisées. Faute de budget adéquat alloué à la maintenance, l'outillage n'est pas renouvelé en cas de perte, panne irréparable ou casse.

Les services de la Maintenance Hospitalière ne disposent pas de stock de pièces de rechange les plus utilisées. Suivant une initiative récente, lors de la fourniture des équipements, le fournisseur est obligé de fournir pour chaque équipement une série de pièces de rechange. Le choix de ces pièces étant laissé au fournisseur, souvent les pièces se révèlent inutiles et le problème reste sans solution. La gestion du stock des pièces laisse aussi à désirer.

Une fois la dotation initiale épuisée, faute d'outillages, de pièces de rechange et des moyens de transports, les services de maintenance n'arrivent plus à remplir leur mission.

La DIEM doit définir le type et le nombre de pièces détachées à livrer avec chaque type d'équipement. Pour les appareils bio-médicaux, où il n'y a pas d'offre privée de pièces en Guinée, un système pérenne d'acquisition de pièces à l'étranger doit être envisagé.

2.3 Délai de réponse

Le délai de réponse des services nationaux et régionaux de maintenance à la demande des formations sanitaires est tributaire des paramètres précédemment développés mais aussi des facteurs externes:

- Difficultés de télécommunication en Guinée: Pour signaler une panne, pour commander une pièce détachée... , la plupart du temps, il faut se déplacer au lieu de téléphoner.
- Difficultés de communications routières: Beaucoup de localités, quelquefois même les chefs lieu de préfecture sont enclavés. L'état des routes est responsable de la dégradation rapide des voitures et le blocage total de toute communication rapide.
- Insuffisance des réseaux bancaires: Vu l'absence d'agences bancaires dans la plupart des localités, toute transaction nécessitant une preuve bancaire engendre le déplacement des personnes. La logistique du PEV/SSP/ME qui a mis en place un système fiable et anti-détournement de fourniture de pièces détachées contre paiement bancaire, souffre de la carence du réseau bancaire.

2.4 Coût

Vu l'insuffisance du Budget National alloué à la maintenance, vu la nécessité absolue de renouveler les outils, les moyens de communication, les pièces détachées, le système de recouvrement de coût des prestations s'imposait. Aussi bien le SNMH que les ateliers mis en place par la Coopération (Atelier de Kissidougou) appliquent, depuis 1993-94, le système de recouvrement des coûts. Ils ont adopté chacun une échelle plus ou moins affinée de tarification suivant le type d'appareil et de degré de difficulté de l'intervention. Le coût de pièces détachées est souvent comptabilisé séparément. Dans le cas du SNMH, ce coût est directement facturé à l'hôpital. L'atelier de Kissidougou, bénéficiant de l'appui de GTZ pour l'importation et la fourniture des pièces applique d'autres modalités (tickets modérateurs pour les hôpitaux assistés, ...).

Ce système se heurte à deux difficultés:

- Les bénéficiaires des prestations (hôpitaux, centres de santé) n'honorent pas toujours les factures émises, évoquant leurs propres difficultés financières.
- Pour les coûts égaux ou même supérieurs, les hôpitaux préfèrent faire appel au secteur privé qui intervient plus rapidement. Donc la clientèle des services publics diminue.

Face à ces difficultés, l'atelier de Kissidougou a mis en oeuvre une série de mesures qui lui permettent de fonctionner et d'assurer sa continuité dans la perspective de désengagement de la GTZ:

- étendre ses prestations payantes au secteur privé: réparation des climatiseur, appareils ménagers, ... ;
- étendre ses services sociaux (payants mais avec tickets modérateurs) aux centres de santé de sa zone d'influence;
- augmenter la qualité de ses services pour rester concurrentiel;
- équilibrer son budget de fonctionnement en activant le recouvrement des factures non-payés.

Si le secteur public adopte une tarification des services de maintenance, il faudrait qu'il augmente la qualité, l'efficacité et la rapidité de ses services.

D ANALYSE DES COÛTS ET DES CAPACITÉS BUDGÉTAIRES

Ce chapitre est consacré à:

- L'évaluation du coût d'entretien des bâtiments, équipements et logistiques du secteur public de la Santé
- L'évaluation des capacités budgétaires du Ministère de la Santé et des formations sanitaires

1 Coût d'entretien des infrastructures

Pour rappel, le patrimoine bâti du secteur public de la santé s'élève à quelques 242.000 m² (137.000 m² en formations sanitaires de base, 60.000 m² pour les hôpitaux, 35.000 m² pour les CHU et une estimation de 20.000 m² pour les bâtiments administratifs). Suivant les catégories et localités diverses, ces bâtiments ont des typologies et états différents.

Le coût de construction neuve en 1995 est estimé à 275.000 GNF/m² pour les formations sanitaires de base (filiales des petites et moyennes entreprises locales), 300.000 GNF/m² pour les bâtiments administratifs et 300 à 350.000 GNF/m² pour les hôpitaux (filiales des moyennes et grandes entreprises). Ces coûts comprennent les installations en électricité, plomberie, climatisations, ... des divers types de formations sanitaires.

Le coût annuel d'entretien courant des bâtiments, après remise en état, peut être évalué à une fourchette de 1,4 à 3% de la valeur de construction neuve (voir aussi annexes D1 et D2 dans le volume 2).

T.4 Estimation du coût unitaire d'entretien annuel des bâtiments
Surfaces normatives

Niveau	Surfaces en m ²			Coûts unitaires/m ²			Coût annuel entretien	Observations
	min. actuel	max. actuel	norme carte s.	coût construct	% entretien	coût entretien		
PS	25	250	90	275 000	1,4%	3 850	346 500	sans électricité
CF	-	-	140	275 000	1,4%	3 850	539 000	sans électricité
CS rural	60	450	180	275 000	1,4%	3 850	693 000	id
CS urbain	60	450	180	275 000	1,6%	4 400	792 000	avec élect
CS Conakry	240	2 000	240	300 000	2,0%	6 000	1 440 000	id
CA	-	-	290	300 000	2,0%	6 000	1 740 000	id
HP 20 lits	300	1 900	960	300 000	2,0%	6 000	5 760 000	comme CA
HP 40 lits	1 200	1 500	1 184	300 000	2,5%	7 500	8 880 000	avec climatizat.
HP 60 lits	1 300	3 000	1 408	350 000	2,5%	8 750	12 320 000	id
HR 85 lits	2 700	5 000	1 935	350 000	2,5%	8 750	16 931 250	id
CHU		14 450		350 000	3,0%	10 500	151 725 000	id

Suivant le tableau récapitulatif T5, le coût annuel d'entretien des bâtiments s'élève à un total de 1,335 milliards GNF en valeur constante de 1995 (le taux d'inflation moyen est de 12% par an en Guinée). Rappelons que ce coût annuel concerne l'entretien courant des bâtiments neufs ou réhabilités et pourrait être budgétisé à partir du moment où l'ensemble du parc immobilier est entièrement et correctement remis en état.

GNF.

Or, le retard dans les réparations et remises en état du patrimoine s'élève à 12 milliards de

T 5 Tableau récapitulatif du coût d'entretien annuel après remise en état de l'ensemble du patrimoine

Niveau	nombre entité	nombre bâtiments	surface en m2	Coûts unitaires/m2			Coût annuel entretien	Coût remise en état
				coût constr.	% entretien	coût entretien		
CS/PS	723	816	137 650	275 000	1,4%	3 850	529 952 500	7 755 930 000
HP/HR	33	263	59 984	300 000	2,5%	7 500	449 880 000	2 860 073 612
CHU I. Deen	1	19	10 300	350 000	3,0%	10 500	108 146 750	0
CHU Donka	1	20	14 450	350 000	3,0%	10 500	151 725 000	0
Administration	42	51	20 000	300 000	1,6%	4 800	96 000 000	1 500 000 000
TOTAL	800	1 169	242 384	291 667	2%	5 383	1 335 704 250	12 116 003 612

Coûts en GNF

Source d'information:

CS/PS et HP/HR : carte sanitaire 1992

Administration: En absence d'inventaire, les chiffres donnés sont des estimations spéculatives

Pour réduire le coût d'entretien des bâtiments, il faut :

- réduire les normes de surface suivant les propositions de la carte sanitaire;
- promouvoir l'entretien préventif (voir guide d'entretien préventif des FSB);
- établir les normes de durabilité des constructions neuves, des réhabilitations et des installations;
- veiller à la stricte application des normes quelle que soit la filière de production

La planification et la définition des priorités est aussi une autre source d'économie.

Suivant la carte sanitaire 1992, les formations sanitaires prioritaires sont les formations sanitaires de base qui répondent aux critères de localisation (équité d'accès aux soins de santé) et d'efficacité (Privilégier les CS opérationnels aux PS qui sont des structures de soins peu efficaces). Le coût d'entretien des formations sanitaires prioritaires se définit comme suit:

T 6 Tableau récapitulatif du coût d'entretien annuel après remise en état des bâtiments des formations sanitaires prioritaires (carte sanitaire 1992)

Niveau	nombre entité	nombre bâtiments	surface en m2	Coûts unitaires/m2			Coût annuel entretien	Coût remise en état
				coût constr.	% entretien	coût entretien		
CS/PS	598		74 388	275 000	1,4%	3 850	286 393 800	5 417 440 000
HP/HR	33	263	59 984	300 000	2,5%	7 500	449 880 000	2 860 073 612
CHU I. Deen	1	19	10 300	350 000	3,0%	10 500	108 146 750	0
CHU Donka	1	20	14 450	350 000	3,0%	10 500	151 725 000	0
Administration	42	51	20 000	300 000	1,6%	4 800	96 000 000	1 500 000 000
TOTAL	675	353	179 122	291 667	2%	5 383	1 092 145 550	9 777 513 612

Coûts en GNF

Source d'information:

CS/PS et HP/HR : carte sanitaire 1992

Administration et CHU Donka: En absence d'inventaire, les chiffres donnés sont des estimations spéculatives

2 Coût d'entretien des équipements et logistiques

Le calcul des coûts estimatifs annuels d'entretien des équipements des hôpitaux et des formations sanitaires de base (y compris leurs moyens de transport) figure en annexes D3, D4 et D5. Le tableau suivant résume le coût moyen d'entretien annuel par niveau:

Estimation du coût unitaire d'entretien annuel des équipements ordres de grandeur

Niveau	coût de l'équipement		coût annuel	
	normatif	existant	entretien	%
PS	6 000 000		480 000	8%
CF	8 600 000		688 000	8%
CS	8 600 000		688 000	8%
CS Conakry	56 550 000		4 524 000	8%
CSA	56 550 000		4 524 000	8%
HP 40 lits	185 600 000		14 848 000	8%
HP plus de 40 lits	254 100 000		20 328 000	8%
HR	322 600 000		25 808 000	8%
CHU Donka		3 000 000 000	240 000 000	8%
CHU Ignace Deen		1 300 000 000	104 000 000	8%

Sur base de ces coûts moyens, le coût annuel total des équipements et des moyens de transport peut s'évaluer comme suit:

T.8 Tableau récapitulatif du coût d'entretien annuel et d'amortissement des équipements et véhicules des formations sanitaires fonctionnelles

Niveau	nombre entités fonctionn	Coûts unitaires/niveau en FG				Coût annuel entretien en 000 FG	Coût annuel amortissement en 000 FG
		coût équipement	% entretien	coût annuel entretien	coût annuel amortissement		
PS	233	6 000 000	8,0%	480 000	840 000	111 840	195 720
CS	336	8 600 000	8,0%	688 000	1 290 000	231 168	433 440
CSA-CS Conakry	40	56 550 000	8,0%	4 524 000	8 482 500	180 960	339 300
HP	29	219 800 000	8,0%	17 584 000	30 772 000	509 936	892 388
HR	4	322 600 000	8,0%	25 808 000	45 164 000	103 232	180 656
CHU I. Deen	1	1 300 000 000	8,0%	104 000 000	182 000 000	104 000	182 000
CHU Donka	1	3 000 000 000	8,0%	240 000 000	420 000 000	240 000	420 000
Administ. voiture	54			2 000 000	4 500 000	108 000	243 000
Chaîne de froid	34					63 851	
TOTAL	732			6 688 000		1 652 987	2 886 504

amortissement: valeur neuve des équipements amortie en 7 ans (14 à 15% par an), valeur voiture/moto amortie en 4 ans
Données d'équipements de l'Administration non-disponibles. Les calculs portent seulement sur les véhicules et la chaîne de froid du PEV/SSP/ME. Source: Cella logistique du PEV/SSP/ME
entretien véhicules = 2.000.000 FG p an

Ces estimations se basent sur les listes normatives d'équipement de la carte sanitaire pour les hôpitaux, celles du PEV/SSP/ME pour les CS et celles du PSN pour les CA/CSU Conakry.

Suivant ces estimations, le coût d'entretien annuel d'un CS est de l'ordre de 700.000 FG/an. Un certain nombre de FSB s'inscrivant dans des projets de financement des infrastructures ont également bénéficié d'équipements supplémentaires (par rapport aux listes normatives), dont la charge ne pourra pas être supportée par le budget du FSB. (projet PRISCO, PDSS, BID)

En absence de normes, les hôpitaux récemment équipés ont été dotés d'une quantité importante d'équipements supplémentaires; il va sans dire que cette démarche provoque des surcoûts d'entretien, que les hôpitaux devront surmonter. les Hôpitaux (HP HR) seront confrontés à un coût d'entretien annuel, variant entre 21 et 60 millions de FG, selon que leurs équipements s'approchent ou s'écartent des normes proposées par la carte sanitaire.

De plus, il faut rappeler que la qualité et l'adéquation des infrastructures et équipements fournis auront une grande influence sur le coût d'entretien (voir chapitre B point 2)

Il faut résister à la tentation de fournir des équipements supplémentaires, dont les charges ne pourront pas être supportées par les budgets des FSB

La durée de vie de la plupart des appareils médicaux spécialisés étant de 7 ans, il faut également prévoir l'amortissement des équipements et un plan de renouvellement.

(voir détails de durée de vie dans les tableaux annexes D4, D5)

La notion d'amortissement, (ou de nouvelle dotation) ne doit pas être sous-estimée et doit, au même titre que l'entretien, faire l'objet d'un plan d'investissement et d'une programmation détaillée.

3 Coût consolidé d'entretien et d'amortissement des équipements, bâtiments et logistiques

Ces coûts se composent de deux rubriques: Coût d'entretien annuel (fonctionnement) et coût de remise en état des bâtiments et de renouvellement des équipements (investissement). Sur base des estimations expliquées dans les points 1 et 2 précédants, le tableau suivant donne un aperçu global des coûts consolidés:

T 9 Tableau récapitulatif du coût consolidé de la maintenance des bâtiments, équipements et logistiques

Niveau	nombre entités	BATIMENTS		EQUIPEMENTS/VEH		TOTAL	
		Coût annuel entretien en 000 FG	Coût remise en état en 000 FG	Coût annuel entretien en 000 FG	Coût annuel amortissement en 000 FG	Coût annuel ENTRETIEN en 000 FG	Coût annuel INVESTISSEMENT en 000 FG
PS/CS	723	529 953	7 755 930	523 968	968 460	1 053 921	2 076 450
HP/HR	33	449 880	2 860 074	613 168	1 073 044	1 063 048	1 481 626
CHU I. Doan	1	108 147	0	104 000	182 000	212 147	182 000
CHU Donka	1	151 725	0	240 000	420 000	391 725	420 000
Administration		96 000	1 500 000	171 851	243 000	267 851	457 286
TOTAL		1 335 705	12 116 004	1 652 987	2 886 504	2 988 692	4 617 362

Coûts en 000 FG en valeur constante de 1995.

remise en état bâtiments: estimation du retard actuel dans la réhabilitation, source carte sanitaire 1992

amortissement équipement : valeur neuve amortie en 7 ans (renouvellement des équipements après 7 ans).

renouvellement des véhicules/motos après 4 ans

investissement total= amortissement des équipements et véhicules+ coût de remise en état des bâtiments réparti sur 7 ans

L'entretien courant assure le fonctionnement continu des équipements et bâtiments. Il doit être intégré aux budgets de fonctionnement du Ministère et des formations sanitaires.

Sachant que la durée de vie, entretien et maintenance réguliers étant assurés, des infrastructures est de 15 ans pour des réhabilitations lourdes et de 20 ans pour les constructions neuves, il faut prévoir un plan d'intervention aux échéances prévisibles pour programmer de nouvelles opérations de rénovation.

Un plan d'investissement doit être prévu pour la rénovation des infrastructures 15 ans après la réhabilitation ou 20 ans après la construction neuve

Un plan d'investissement doit être prévu pour le renouvellement des équipements importants en fonction de leur durée de vie (7 à 15 ans)

4 Capacités financières de prise en charge de la maintenance

4.1 Budget du Ministère de la Santé

Le budget du Ministère de la Santé alloué aux dépenses totales en maintenance représente 75.000 millions de FG soit 0,6% du budget total de fonctionnement du Ministère.

T10 Budget du Ministère de la Santé : Dépenses de fonctionnement
Maintenance

	1 992		1 993		1 994	
	%	000 GNF	%	000 GNF	%	000 GNF
Budget Total du fonctionnement	100%	12 554 300	100%	13 144 000	100%	11 873 000
Dépenses Totales de personnel	88,3%	11 089 500	88,1%	11 577 500	96,5%	11 458 000
Dépenses totales en maintenance	0,8%	105 000	1,4%	183 000	0,6%	75 000
<i>entretien matériel et mobilier bureau</i>	0,0%	4 000	0,0%	4 000	0,0%	2 000
<i>entretien matériel technique</i>	0,2%	25 000	0,3%	40 000	0,2%	25 000
<i>entretien véhicules</i>	0,1%	16 000	0,2%	24 000	0,1%	8 000
<i>entretien/restauration bâtiments</i>	0,5%	60 000	0,9%	115 000	0,3%	40 000
Subventions aux hôpitaux (1)						1 882 000

Chiffres en 000 de GNF

(1) Hors budget de fonctionnement du Ministère de la Santé.

D'après le tableau d'analyse budgétaire ci-avant, on constate:

- l'insuffisance du budget de la maintenance dans l'absolu (75.000 millions contre 1.335.700 millions rien qu'en dépenses d'entretien annuel des bâtiments, soit à peine 6% des besoins);
- la faible part des dépenses au titre de la maintenance;
- la diminution du budget de maintenance depuis 1992.

Il est clair que le Budget National ne pourra pas supporter ni le coût de la remise en état, ni les amortissements, ni le coût de l'entretien courant de l'entièreté du patrimoine du Ministère de la Santé.

Le coût de la maintenance doit être réparti entre plusieurs acteurs:

- budget du Ministère de la Santé (sur le Budget National de développement), réparti entre le niveau central et les niveaux décentralisés du Ministère;
- la coopération;
- les formations sanitaires;
- les collectivités locales et les associations de la population.

4.2 Appui de l'UNICEF

Le sous-secteur des soins de santé de base bénéficie d'un apport important de l'UNICEF au programme PEV/SSP/ME. En 1992 et 1993, les subventions aux dépenses au titre de maintenance ont été aussi importantes que celles au titre de médicaments essentiels. Pour l'UNICEF et le PEV/SSP/ME, la maintenance des équipements nécessaires au fonctionnement et au monitoring est primordiale. Le volet PEV nécessite un important appui logistique qui absorbe la plupart du budget de maintenance. L'UNICEF envisage également le remplacement du mobilier médical ou de petits matériels médicaux des formations sanitaires structurellement déficitaires et qui ont plus de six ans d'existence.

T11 Subvention de l'UNICEF au programme PEV/SSP/ME (1)
Maintenance

	1 992		1 993		1 994	
	%	000 GNF	%	000 GNF	%	000 GNF
Dépenses Totales du programme	100%	2 591 262	100%	2 367 359	100%	1 855 421
Dépenses Totales en médicaments	16,5%	426 423	14,6%	346 214	21,3%	395 440
Dépenses totales en maintenance	16,8%	434 260	14,1%	334 355	4,3%	79 579
<i>réhabilitation/entretien base logist.</i>	1,9%	49 725	0,5%	12 245	1,2%	22 358
<i>remplacement véhicules</i>	8,8%	227 770	8,4%	197 869	0,0%	0
<i>entretien véhicules/motos</i>	2,0%	51 454	2,4%	56 682	1,1%	21 195
<i>entretien(pièces) chaine froid</i>	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0
<i>assist. technique maintenance</i>	4,1%	105 311	2,9%	67 559	1,9%	36 026

Chiffres en US \$ = 1000 GNF

(1) Hors budget de fonctionnement du Ministère de la Santé

4.3 Budgets des formations Sanitaires de base

A l'analyse financière des Centres de Santé autonomes et plutôt performants (voir ex. CS de Tanéné en annexe D8), il ressort que les CS autonomes et structurellement non-déficitaires pourraient dégager une marge de $\pm 1.500.000$ FG sur leur budget annuels pour l'entretien et le renouvellement de leurs équipements et bâtiments.

Le coût d'entretien annuel peut être calculé comme suit:

- ± 700.000 FG pour l'entretien de l'équipement standard y compris la moto et les mobiliers non-médicaux (voir annexe D3)
- ± 700.000 FG pour l'entretien courant des infrastructures (voir T4)
soit au total: $\pm 1.400.000$ FG de budget d'entretien courant.

En conclusion, un CS disposant d'une infrastructure répondant aux normes de surface de $180m^2$ et disposant de l'équipement standard, et rien de plus, devra disposer d'un budget annuel proche de $\pm 1.500.000$ FG par an pour l'entretien des équipements et bâtiments et l'achat de petits matériels et instruments.

Les formations sanitaires autonomes et non structurellement déficitaires peuvent supporter le coût d'entretien courant de leurs équipements et bâtiments sur leur propre budget à condition de bénéficier d'une dotation initiale durable et limitée au stricte nécessaire.

Une exception doit être faite pour les FSB structurellement déficitaires qui doivent être subventionnées au niveau du budget d'entretien courant (1.500.000 FG/an)

Le coût d'amortissement peut être calculé comme suit:

- $\pm 1.350.000$ FG pour le renouvellement des équipements standards principaux à échéance de leur durée de vie (voir annexe D3)
- $\pm 1.550.000$ FG pour l'amortissement des bâtiments (valeur neuve $\pm 45.000.000$ à amortir sur 20 ans moins l'entretien courant)

Le coût d'amortissement d'infrastructure et d'équipement que les CS devraient couvrir représentent donc globalement $\pm 2,9$ millions de FG par an, or en tout état de cause on ne peut espérer que l'ensemble des CS puissent couvrir ce montant.

Sachant que le coût d'entretien dépasse déjà les capacités budgétaires des Formations Sanitaires, il est considéré qu'au bout de la durée de vie des Infrastructures et de équipements, un renouvellement devra être prévu (nouvelle dotation initiale)..

Pour les infrastructures, le coût des réparations et réhabilitations lourdes doivent s'inscrire dans les budgets d'investissement cofinancés par la coopération internationale. Ce type d'intervention est en cours pour les hôpitaux et les bâtiments administratifs. La réparation des formations sanitaires de base, qui a moins retenu jusqu'à présent l'attention des bailleurs de fonds, doit être renforcée.

Pour les équipements, le renouvellement des équipements lourds (à définir par PEV/SSP/ME) doit s'inscrire également dans les budgets d'investissement cofinancés par la coopération internationale.

Actuellement la Cellule logistique du programme PEV/SSP/ME rend encore des services importants aux FSB non-autonomes (mais également les autres) dans le domaine de la fourniture et de l'entretien des équipements et également pour la formation des personnels à l'entretien. D'une manière ou d'une autre, ce soutien sera encore nécessaire pour les FSB non autonomes, et certainement pour les FSB structurellement déficitaires.

4.4 Budgets des Hôpitaux régionaux et préfectoraux

L'administration ne disposant pas d'un suivi financier clair des hôpitaux, il semble très difficile de maîtriser les capacités financières des hôpitaux. Il n'existe pas d'outils de gestion unifiés permettant d'évaluer les finances des hôpitaux à l'aide d'une approche identique.

De plus, l'évaluation budgétaire est rendue difficile par la présence de subventions et dons pas toujours comptabilisées. Tant que des projets sont en appuis, les hôpitaux bénéficient directement ou indirectement de subventions appréciables. Parmi les subventions indirectes, il convient de noter la présence même du personnel de l'ONG, qui sous forme d'interventions diverses non chiffrées donne un appui à l'Hôpital (aide à la gestion, transports de pièces avec son véhicule, dons de produits et instruments divers, prise en charge de certaines tâches qui incombent au personnel de l'hôpital, photocopies etc. ...). Cet aspect est difficile à chiffrer, mais son impact peut être évalué à plusieurs 10aines de millions de FG, dont le support disparaîtra dès le retrait du personnel de l'ONG.

On peut se faire une idée des budgets en regardant les quelques données qui ont pu être récoltées soit dans les hôpitaux, soit dans des rapports annuels (voir l'analyse budgétaire des hôpitaux dans l'annexe D10)

Il en découle, que malgré l'imprécision des données, les capacités de recouvrement par l'hôpital, eu égard des coûts à supporter, sont largement insuffisants.

Le coût d'entretien annuel peut être calculé comme suit:

- 14 à 25 millions FG pour l'entretien de l'équipement standard y compris l'ambulance et les mobiliers non-médicaux (voir T7 et annexe D4, D5)
- 6 à 17 millions FG pour l'entretien courant des infrastructures (voir T4)

soit au total: 20 (pour un hôpital de 20 à 40 lits) à 42 millions FG (pour un HR de 90 lits) de budget d'entretien courant.

Le coût d'amortissement peut être calculé comme suit:

- de 30 à 45 millions FG pour le renouvellement des équipements standards principaux à échéance de leur durée de vie, (voir T8)
 - de 15 à 35 millions FG pour l'amortissement des bâtiments (valeur neuve \pm 45.000.000 à amortir sur 20 ans moins l'entretien courant)
- soit au total: 45 (pour un HP de 20 à 40 lits) à 80 millions FG (pour un HR de 90 lits).

Dans l'état actuel des choses, aucun hôpital ne peut supporter l'entièreté du coût de l'entretien courant. La nouvelle dotation en équipement et en bâtiments doit être de toute façon prise en charge sur le budget d'investissement du Ministère de la Santé cofinancé par la coopération internationale.

La subvention actuelle du Ministère aux hôpitaux n'entre pratiquement pas en ligne de compte pour l'entretien.

En conclusion, le MS doit développer une stratégie pour rechercher les financements nécessaires pour soutenir le budget d'entretien de tous ces établissements à vocation sociale qui, à cause des prix des tarifications en cours, ne pourront jamais recouvrer leurs coûts d'entretien. Les Projets et ONG assistant directement les hôpitaux pourraient intervenir dans la prise en charge du coût d'entretien (pourvu qu'ils prévoient la pérennisation).

Le schéma du Plan Directeur de Maintenance tiendra compte de ces aspects en proposant une subvention substantielle, soumise à des conditionnalités sévères, telles que:

- amélioration de la gestion de l'hôpital ;
- installation d'une culture de propreté et d'entretien dans l'ensemble des services;
- interventions réelles d'entretien / réparation pour les infrastructures et les équipements;
- mise en place d'un Service de Maintenance fonctionnel, selon les directives du plan directeur, et prise en charge financière du personnel et du fonctionnement de ce service par l'hôpital.

Rappelons en fin que la gestion étant au centre de l'ensemble du système, car c'est le moteur qui pourra faire démarrer les autres, est le point faible dans les hôpitaux Guinéens.

Les difficultés et vicissitudes de la gestion s'amplifient et prolifèrent en fonction de la taille des établissements. Il en est ainsi des CHU, dont les problèmes ne sont pas seulement quantitativement mais également qualitativement plus grands.

E POLITIQUE ET PLAN DIRECTEUR DE MAINTENANCE PRÉVENTIVE

Les propositions de la Politique et du Plan Directeur de Maintenance Préventive (PPDMP) sont de 2 ordres:

- 1 Celles concernant la Programmation et la Gestion du Patrimoine comme cadre de référence conceptuel et normatif pour l'ensemble du système de maintenance (conception / programmation / coordination / évaluation / suivi);
- 2 Celles concernant les acteurs, les procédures et la prise en charge de la maintenance opérationnelle. Ces propositions sont reprises dans ce que nous appellerons le Plan Opérationnel de la Maintenance (POM).

La Gestion du Patrimoine est clairement du ressort du secteur public, c'est à dire du Ministère de la Santé. La maintenance opérationnelle peut s'effectuer par des acteurs diversifiés, complémentaires ou concurrents aussi bien du secteur public que du secteur privé, interne ou externe aux formations sanitaires.

Cette division des tâches est de nature à clarifier les responsabilités et de gérer efficacement l'ensemble du système. Par contre, absence de collaboration intime et constante entre les niveaux conceptuels et les niveaux opérationnels aboutira rapidement au parallélisme de deux secteurs déconnectés et inefficaces.

Au niveau de la structuration globale des acteurs de maintenance, illustrée par l'organigramme de la page suivante, les modifications du système actuel reflète cette double préoccupation de clarification des responsabilités et de collaboration entre les acteurs. Deux concepts fondamentaux s'y joignent: le renforcement des niveaux décentralisés et l'établissement des Services Internes de Maintenance (SIM) à l'intérieur des formations sanitaires.

Il est proposé de recentrer les activités de chaque intervenant et de ne garder qu'un seul service responsable pour la coordination, le suivi et l'évaluation de toutes les actions dans le domaine de l'entretien maintenance; il s'agit de la DIEM.

La tendance fondamentale du plan directeur de maintenance est de décentraliser, d'autonomiser et de privatiser les acteurs de l'exécution.

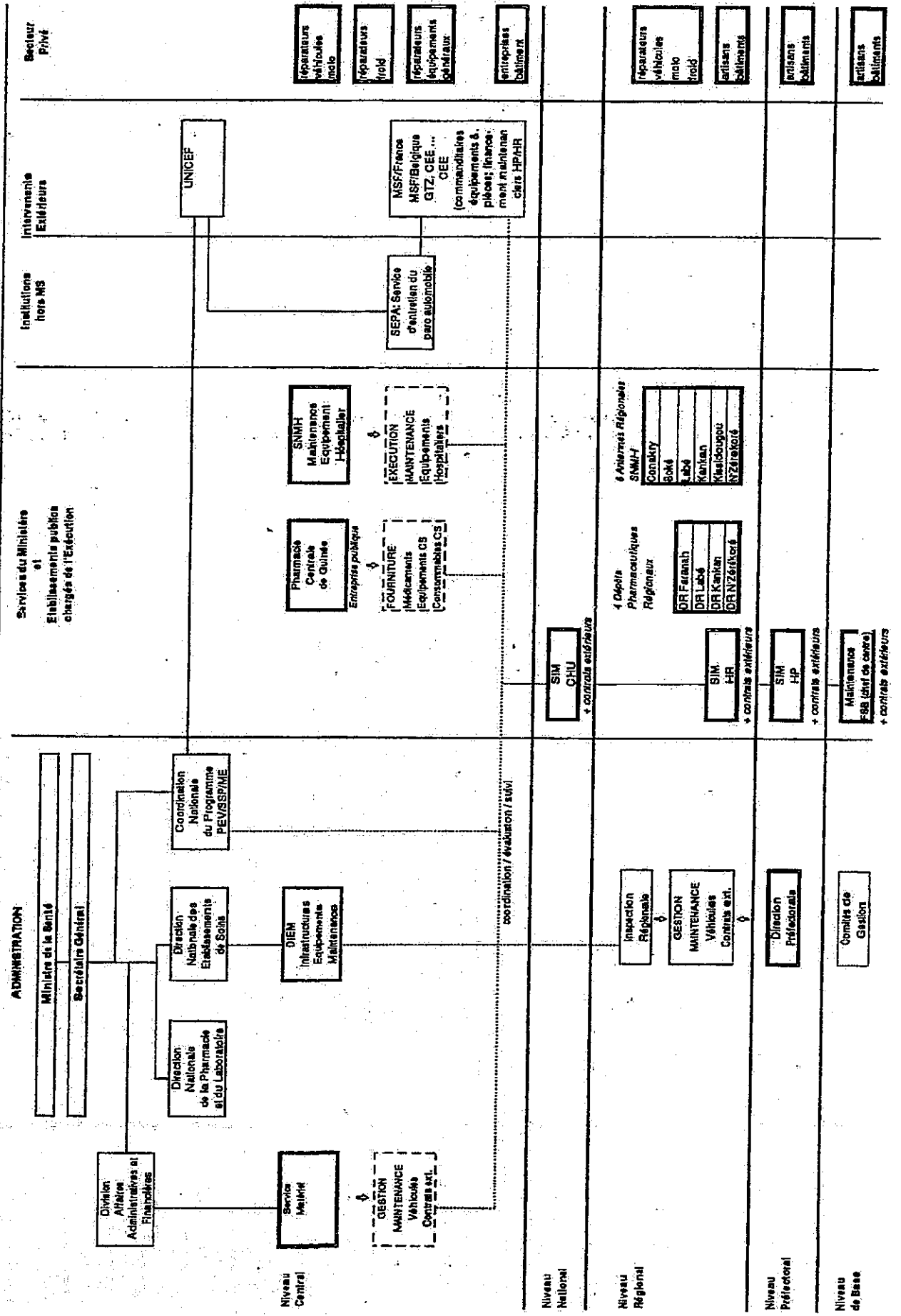
Les acteurs de l'exécution (Maintenance Opérationnelle) sont:

- la Pharmacie centrale de Guinée et ses Dépôts régionaux
- le SNMH et ses antennes régionales
- les formations sanitaires et leurs Services Internes de Maintenance (SIM)
- les entreprises du secteur privé

Par ailleurs il est proposé:

- d'intégrer progressivement l'activité de coordination-suivi de la cellule logistique du programme PEV à la DIEM;
- de transférer progressivement les activités de fourniture/réparation d'équipements de la cellule logistique PEV.

T12 Organigramme des secteurs et acteurs impliqués dans la maintenance : propositions



Service	activités
DAF - service matériel	<ul style="list-style-type: none"> entretien / maintenance des véhicules, équipements et mobiliers de l'administration centrale
DIEH - Division Infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> gestion des infrastructures, équipements, téléphones réflexion pour la normalisation des infrastructures et équipements à tous les niveaux; évaluation initiale; préparation et suivi des constructions et réhabilitations des infrastructures; politique de maintenance et suivi de la situation des matériels; interface avec les différents partenaires, tant publics que privés réparations des équipements médicaux spécialisés dans les HP, HR, CHU et CA fourniture de médicaments aux HP et HR, et uniformement CS et PS
Service National de Maintenance Hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> entretien, fourniture de linge, stérilisation, petit matériel médical pour les CS, PS
Dépôt Pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> entretien des véhicules des FS, DPS
IRS - Inspection Régionale	<ul style="list-style-type: none"> entretien du parc automobile de l'UNCEF et autres projets
DPS - Direction Précozale	<ul style="list-style-type: none"> services impliqués dans l'exécution de la maintenance
SEPA	<ul style="list-style-type: none"> exécution des programmes de fourniture ou de maintenance
[]	<ul style="list-style-type: none"> services impliqués dans l'évaluation / suivi / gestion de la maintenance
[]	<ul style="list-style-type: none"> directions, divisions ou services impliqués dans le processus de maintenance
[]	<ul style="list-style-type: none"> suivi / évaluation
[]	<ul style="list-style-type: none"> titulaire

- vers le secteur privé pour les motos et les carburants;
- vers les Dépôts Pharmaceutiques pour les frigos, stérilisateurs et autres équipements médicaux;
- de préparer le terrain pour la décentralisation de la gestion des contrats d'entretien des véhicules des IRS et DPS. A cet effet ces derniers pourront bénéficier de l'appui des SIMs.

Audit technico-financier

L'ensemble du système de maintenance doit être soumis à un audit technico-financier annuel, portant sur les procédures, les techniques, les résultats obtenus, les finances au niveau:

- des Services Internes de maintenance des hôpitaux;
- du SNMH;
- de la Pharmacie Centrale;
- de la DIEM.

1 Programmation et Gestion du Patrimoine

La programmation/gestion du patrimoine vise à développer, améliorer, sauvegarder et rentabiliser le patrimoine par une gestion rationnelle des ressources. Elle a une relation étroite avec la programmation sectorielle (la carte sanitaire) et les acteurs de production des infrastructures et des équipements. Sans le volet gestion/programmation du patrimoine, il ne peut y avoir de maîtrise de l'aspect maintenance: Il n'y aura pas de normes de référence guidant les opérateurs économiques dans leurs choix de la qualité, quantité, niveau, et priorités d'intervention. La dotation initiale souffrira de diverses anomalies rendant les opérations de maintenance coûteuses voire impossibles.

Le rôle de conception / programmation / coordination / évaluation / suivi revient à la DIEM. Pour faire face à ces tâches très lourdes, la DIEM doit être renforcée tant en personnel qu'en moyens.

La stratégie de gestion du patrimoine doit mobiliser des compétences aussi larges que possibles. La collaboration soutenue avec les niveaux opérationnels est la condition indispensable d'une stratégie qui prend racine dans les réalités concrètes.

La DIEM travaillera en concertation avec la Coordination Nationale du programme PEV/SSP/ME pour tous les aspects qui concernent les FSB et avec le BEPR pour la planification sectorielle et les programmes de formation.

La DIEM veille à coordonner et harmoniser tous les aspects d'entretien-maintenance, entre les divers acteurs de l'exécution (SNMH, Pharmacie centrale, ONGs, Service Matériel de la DAF, bailleurs de fonds, les administrations décentralisées (DPS, IRS), les formations sanitaires.

La DIEM formera le responsable de la programmation des DPS et IRS à la programmation et gestion du patrimoine, afin de permettre la décentralisation progressive de ses tâches.

En collaboration avec les acteurs précités, la DIEM élaborera et actualisera les outils suivants:

RECOMMANDATIONS • OUTILS À ÉLABORER • ÉTUDES À RÉALISER:

I.1 Mise à jour des inventaires:

- inventaire technique des bâtiments, infrastructures et équipements inclus dans la Carte Sanitaire 1992 (réactualisation);
- inventaire technique des équipements des formations sanitaires (Base de données des Équipements, mise en place à l'occasion du Plan Directeur de la Maintenance 1995);
- Intégrer l'inventaire de logistique du PEV (véhicules, chaînes de froids des DPS, IRS et niveau central du Programme;
- mettre au point les outils de gestion du patrimoine standardisés, à intégrer au monitoring des FSB;

I.2 Gestion de la fonctionnalité:

- élaborer des normes fonctionnelles pour les bâtiments et leurs installations techniques (voir TDR Guide de construction en annexe F);
- élaborer des plans types pour les bâtiments en respectant les normes de surface définies par la carte sanitaire;
- définir les normes quantitatives et qualitatives pour les équipements de tous les niveaux de formation sanitaire.

1.3 Gestion de la durabilité

Bâtiments:

- élaborer les normes techniques de construction et de réparation des bâtiments (voir TDR Guide de construction et de réhabilitation en annexe F);
- diffuser le guide d'entretien des bâtiments, élaboré à l'occasion du Plan Directeur de la Maintenance, à tous les acteurs (FSB, SIM, ONGs, Projets, DPS, IRS);
- élaborer des plans d'exécution et de bons détails techniques pour les plans types retenus;
- élaborer les devis estimatifs pour chaque type de bâtiment;
- Choisir les matériaux qui présentent le meilleur rapport entre coût et durabilité par catégorie de filière de production;
- Élaborer un programme d'inspection et d'entretien régulier que la DIEM effectuera semestriellement.

Équipements

- élaborer un guide de maintenance préventive des équipements des hôpitaux (voir TDR du guide en annexe F4);
- Rassembler tous les éléments de formations des chefs des CS en matière d'entretien des équipements (documents élaborés par le PEV/SSP/ME, par UNICEF, par Atelier de Kissidougou, ...) dans un seul document à diffuser à tous les acteurs;
- Élaborer les spécifications techniques pertinentes pour les équipements à appliquer à toutes les acquisitions à venir et les intégrer dans la Base de Données des Équipements;
- Mettre au point une liste des pièces de rechange les plus usitées (composants universels utilisés pour la plupart des entretiens et réparations); joindre cette liste aux procédures d'acquisition à venir;
- Élaborer les spécifications techniques pour la protection des équipements

1.4 Programmation budgétaire

- Établir le programme annuel de l'ensemble des constructions neuves projetées par divers acteurs, vérifier leur concordance avec la carte sanitaire, vérifier et conseiller les coûts, choix techniques, et budgétiser ces interventions.
- Demander aux DPS et IRS d'établir les programmes des réhabilitations envisagées, vérifier avec les orientations de la carte sanitaire, conseiller et établir un programme des travaux de réhabilitation sur 3 ans.
- élaborer une programmation des remplacements des équipements à échéance de leur durée de vie; (à l'aide du nouveau système informatique de gestion des équipements hospitaliers, mis en place à la DIEM dans le cadre de l'élaboration de la politique de maintenance).
- faire une évaluation détaillée des subventions d'entretien nécessaires pour chaque formation sanitaire; (en affinant l'étude des capacités financières et des besoins en budget d'entretien de chaque formation sanitaire; pour ce faire, il faudrait intégrer ces éléments au système de la carte sanitaire).
- Actualiser les budgets annuels d'entretien en fonction de nouvelles interventions (carte sanitaire, inventaire équipement).
- Communiquer les besoins budgétaires au Ministère pour rassembler les moyens financiers nécessaires pour les subventions en mobilisant les bailleurs de fonds.

1.5 Procédures d'exécution des projets/maintenance

- Mettre à jour l'identification des acteurs et filières de production/maintenance de bâtiments, équipements et logistiques en Guinée.
- élaborer des procédures de commandes, de réception, d'installation, des garanties sur les bases normatives précitées.

- Dans tous les financements à venir, veiller à ce que les budgets d'entretien, la maintenance, l'achat des pièces et le fonctionnement des services de maintenance soient inclus.
- Mettre à la disposition de tous les intervenants dans la maintenance opérationnelle, des outils de gestion unifiés (fiches de stock, demandes d'intervention, suivi, évaluation → voir les fiches générées par la Base de Données des équipements). Les différents modules de la Base de Données génèrent des fiches et rapports types, qui serviront d'outils de gestion pour les services de maintenance.

Lors de la décentralisation des outils informatiques, le système informatique des gestion des équipements pourra également être décentralisé. En attendant, les services de maintenance utiliseront les modèles et les codes du système pour communiquer avec les système central à la DIEM.

1.6 Appuyer la mise en place des Services de maintenance interne des hôpitaux (SIM)

- définir la liste des équipements nécessaires et adéquats;
- diffuser les outils de gestion standardisés: fiches, tableaux etc. ... ;
- diffuser les modèles de contrats pour les sous-traitances, et recommandations pour la gestion des interventions externes;
- élaborer un guide des procédures de la maintenance;
- mettre au point une liste de pièces universelles pour le fonds de roulement des SIM;
- mise au point des procédures de suivi-contrôle des SIM par la DIEM.

1.7 Formation

Afin de rendre la politique de maintenance opérationnelle, il importe de veiller au bon niveau de formation de chacun des intervenants. A cet effet des programmes de formation ciblée devront être élaborés en collaboration avec le BEPR:

- En collaboration avec le PEV/SSP/ME, mettre en place un programme de formation complémentaire des chefs de tous les FSB:
 - en gestion-procédures de l'entretien
 - en entretien des infrastructures
- Mettre au point un (ou plusieurs) module(s) de formation en maintenance qui pourra être intégré dans le programme d'enseignement des écoles de santé (à tous les niveaux: Médecins, AS, ATS, etc, ...)
- Élaborer un programme de formation complémentaire des chefs de service de SIM, comprenant l'identification des formateurs, l'identification du contenu de la formation et la mise au point des modalités pratiques de l'exécution de programme;
- Élaborer un programme de formation d'un gestionnaire de systèmes informatiques;
- Élaborer un programme de formation en informatique des utilisateurs décentralisés.

1.8 Actions d'information-sensibilisation

Asseoir une culture de maintenance/propreté, réduire les surfaces, viser la durabilité, donner la priorité à l'entretien et la réhabilitation, revoir les niveaux des installations techniques ..., ces éléments sont des concepts qu'il faudra divulguer auprès de l'ensemble des acteurs de développement des infrastructures et équipements. Ils peuvent engendrer des réticences auprès des populations, mais aussi auprès des acteurs habitués à appliquer des normes importées.

La DIEM doit entreprendre une large action de sensibilisation et information non seulement pour divulguer l'information, mais aussi pour obtenir un consensus général. Pour ce faire, elle doit collaborer intimement avec le PEV/SSP/ME, les DPS et IRS, les ONG ou d'autres partenaires des Projets.

Il conviendra de développer des outils et des campagnes de sensibilisation pour promouvoir la culture de la propreté et de l'entretien.

2 PLAN OPÉRATIONNEL DE LA MAINTENANCE

Au même titre que l'hygiène et la propreté, l'entretien doit faire partie des préoccupations quotidiennes des personnels des établissements de santé.

Afin d'optimiser les activités d'entretien-maintenance, il convient d'instaurer le mode de gestion de l'entretien le plus approprié au type de formation sanitaire, et de le soutenir par des outils de gestion et des descriptifs de tâches clairs.

Il est également nécessaire d'assurer les budgets pour l'entretien-maintenance, sans quoi les meilleurs programmes ne pourront pas être réalisés.

Enfin il faut s'assurer que pour chaque domaine technique d'entretien-maintenance, l'offre de services soit assurée, soit par la maintenance interne, soit par des interventions externes.

Ci-après figure la proposition d'un Plan Opérationnel de la Maintenance préventive (POM) pour toutes les formations sanitaires. Ce plan distingue 3 niveaux et acteurs de maintenance opérationnelle:

2.1 maintenance interne à la formation sanitaire;

2.2 maintenance externe:

2.2.1 sous-traitance au privé pour les domaines autres que biomédical;

2.2.2 définition des prestataires de service publics dans le domaine de la maintenance des équipements hospitaliers spécialisés et médicaux (SNMH et Pharmacie Centrale);

2.1 Maintenance interne à la formation sanitaire

L'hypothèse fondamentale retenue pour la mise en place d'un système de maintenance durable est la suivante:

L'entretien des bâtiments et des équipements, c'est à dire de l'outil de travail des établissements de santé, doit être une attitude interne à la formation sanitaire

Par conséquent, le plan directeur de maintenance préventive est constitué d'un ensemble de propositions portant sur les institutions, les procédures et les budgets, contribuant à mettre en place, à consolider et à développer la prise en charge de l'entretien à l'intérieur des formations sanitaires.

Cette orientation correspond entièrement à la tendance actuelle du Ministère de la Santé, qui consiste à autonomiser et à responsabiliser les Établissements de Soins.

L'entretien, au sens large comprend le nettoyage, l'hygiène, la sécurité, le contrôle, les réglages et les réparations; en fait tous les aspects contribuant au maintien en disponibilité permanente et en excellent état de fonctionnement et en toute sécurité de l'outil de travail de l'établissement de la santé.

Il est proposé de mettre en place, dans chaque formation sanitaire, une structure de prise en charge interne de maintenance, dont les tâches, personnels, infrastructures, équipements et budgets sont variables en fonction des niveaux, des plateaux techniques, des tailles et des localisations des formations sanitaires.

Les hôpitaux, tous niveaux confondus mettront en place un réel service d'entretien disposant de personnels, de locaux et d'équipements propres au service, qui prendra sa place au sein de l'hôpital, au même titre que les autres services de l'hôpital.

Les formations de base: CS, PS, CSA et CSU de Conakry ville, ne disposeront pas d'un service proprement dit, mais d'un ensemble de procédures de prise en charge de tous les aspects de l'entretien-maintenance.

Pour rappel, ci-dessous les différents domaines techniques permettant de catégoriser les interventions de l'entretien-maintenance:

- les bâtiments et infrastructures de base (latrines, fosses, clôture, site, incinérateurs, ...)
- les installations techniques (électricité, plomberie, ...)
- les moyens de transport (autos, motos, ambulances ...)
- les équipements médicaux
- les mobiliers médicaux
- les mobiliers de bureau ou généraux
- les appareils de froid (climatiseurs, frigos, ...)
- les groupes électrogènes
- les installations de pompage

Dans tous les cas, au sein de chaque formation sanitaire, le responsable de l'Entretien/Maintenance, est en charge de l'ensemble du nettoyage, de l'entretien, des contrôles, de la sécurité, des réparations, portant sur tous les éléments des infrastructures et équipements. Une partie de ces tâches seront réalisées par le responsable et son personnel; une autre partie et notamment les réparations nécessitant des connaissances techniques particulières seront sous-traitées par lui à des prestataires de services externes (privés ou publics), dont il gèrera les contrats.

2.1.1 Les formations de base

a procédures et acteurs

En ce qui concerne les formations de base, il faut remarquer qu'un travail important de sensibilisation et de formation a déjà été effectué par le programme PEV/SSP/ME, particulièrement pour les formations intégrées au programme, et plus spécialement en ce qui concerne l'entretien des frigos, des stérilisateurs et des motos.

La FSB ne disposera pas d'un Service de Maintenance, mais d'un ensemble de tâches et procédures qui sont décrites ci-dessous. (voir aussi annexe E1)

L'entretien est entièrement de la responsabilité du Chef de la FSB

- le Chef de FSB organise le nettoyage, l'entretien et les inspections, aidé en cela par le Guide d'Entretien des Infrastructures et par le Manuel d'Entretien des Équipements principaux des CS (divers fascicules distribués lors des formations par le programme PEV/SSP/ME); il s'agit principalement de l'entretien préventif, tel que nous l'avons défini dans l'introduction de cette étude (niveaux 1 et 2)
- les travaux de réparation (légère) qui s'imposent pour le bâtiment sont sous-traités par le Chef de FSB à des Tâcherons; (maintenance niveaux 3 et 4)
- au niveau des infrastructures, les réparations lourdes sont assimilées à des réhabilitations et font en principe partie de la dotation initiale, qui doit être répétée ± 15 ans après la mise en état initiale; (maintenance niveau 5)
- les travaux de réparation qui s'imposent pour les équipements et mobiliers sont également sous-traités par le Chef de FSB à des menuisiers, réparateurs de motos, ...; (maintenance niveaux 3 et 4)
- les pièces et les équipements de remplacement seront prioritairement achetés dans le secteur privé, de manière à augmenter l'offre de services par l'extension de la demande;
- les pièces et les équipements de remplacement (motos, frigos, stérilisateurs, tables d'examen, ...) qui ne sont pas disponibles dans le secteur privé, devraient être stockés et vendus par les Dépôts Pharmaceutiques de la Pharmacie Centrale, qui devraient idéalement disposer d'un technicien capable d'effectuer les réparations sur les frigos du programme PEV/SSP/ME;
- le Chef de FSB bénéficiera d'un supplément de formation pour tout ce qui concerne l'Entretien-Maintenance, plus particulièrement pour l'Entretien des Infrastructures car, si la FSB est intégrée au programme PEV/SSP/ME il a déjà bénéficié d'une formation pour l'entretien du Frigo, du stérilisateur et de la Moto;
- des outils de gestion seront mis à la disposition du Chef de centre, pour l'aider à gérer toutes les procédures de l'Entretien:
 - guide d'entretien des infrastructures
 - aide mémoire des tâches de nettoyage et d'entretien (voir guide d'entretien)
 - tableau de contrôle (voir guide d'entretien)
 - contrats types pour les sous-traitances (à élaborer)
 - modèle de structure budgétaire (à élaborer)
- lors de l'établissement du budget semestriel le CS doit prévoir une rubrique pour l'entretien;
- le budget d'entretien servira à couvrir tous les frais d'entretien/réparation, qu'ils soient exécutés par le personnel du CS ou sous-traités à des prestataires de services privés; (maintenance niveaux 1,2,3 et 4)
- les CS non-autonomes et structurellement déficitaires bénéficieront d'une subvention spéciale pour l'entretien; dans ce cas, la reconduction de cette subvention sera conditionnée

par une évaluation-suivi, constatant que les opérations d'entretien-réparation ont été effectivement réalisées; (voir ci-dessous)

b prise en charge budgétaire

Pour déterminer la prise en charge budgétaire, il est proposé de classer les FSB selon leur capacité budgétaire, de la manière suivante:

- 1 FSB réellement autonomes capables d'investir dans des achats et travaux d'entretien-réparation;
 - 2 FSB "autonomes" selon les termes du programme PEV/SSP/ME;
 - 3 FSB non encore "autonomes" selon les termes du programme PEV/SSP/ME;
 - 4 FSB structurellement déficitaires; la localisation de ces FSB empêche ces FSB de devenir autonomes;
- Les groupes sont à identifier à l'aide des budgets du PEV et de la carte sanitaire; ces identifications doivent être affinées lors des monitorages.

Suivant la norme de rentabilité fixée à 6.000 actes par an, les données de la carte sanitaire (1992) permettent de distinguer 186 CS (dont 176 CS-PEV) qui correspondent à cette norme sur 376 CS répertoriés, ce qui représente $\pm 50\%$. Pour les 50% des CS restants il faudra donc une subvention pour assurer le budget indispensable pour l'Entretien-Maintenance. Parmi les 376 CS, 21 étaient sans activité au moment de l'enquête; tant qu'aucune décision n'est prise par rapport à l'avenir des ces CS sans activité, il faudra considérer que leurs infrastructures doivent faire l'objet d'entretiens réguliers.

sans subvention, 50% des CS ne pourront pas faire face au coût d'entretien

Les CS "Structurellement déficitaires", ainsi que les CS non-autonomes (pendant 3 ans) pour continuer à avoir droit à la subvention, devront faire preuve d'actions réelles d'entretien / maintenance; à cet effet un système de suivi, contrôle sera mis en place.

Le fonds de soutiens pour les subventions devra être alimenté par le cofinancement du PEV/SSP/ME par l'UNICEF, ou tout autre bailleur intervenant à ce niveau.

Les autres CS réellement autonomes ou non, devront supporter les frais de l'entretien-maintenance.

Le même raisonnement peut être appliqué aux PS, dont les coûts à supporter sont sans doute légèrement inférieurs, et dont la capacité de recouvrement est certainement nettement inférieure. Toute politique concernant les PS devra tenir compte de ce fait, que l'entretien des infrastructures et équipements de la plupart des PS nécessitera des subventions, que ce soit de l'état ou des collectivités locales. A titre indicatif, la carte sanitaire (1992) permet d'identifier que seulement 40 PS sur 347, soit $\pm 11\%$ réalisent plus de 3.000 actes par an! Parmi ces 347 PS, 115 étaient sans activité au moment de l'enquête de la carte sanitaire.

sans subvention, 89% des PS ne pourront pas faire face au coût d'entretien

Pour encourager une attitude d'entretien préventif, il faudrait progressivement intégrer ce facteur aux critères d'éligibilité des CS ou PS pour les programmes de financement des réhabilitations, et au système de monitoring du PEV/SSP/ME. Le support de cette vérification/monitorage sera la tenue d'un carnet d'entretien courant, démontrant clairement les actions entreprises par les FSB et les coûts y correspondant. Un modèle de carnet d'entretien est proposé dans le guide d'entretien. Le chef de FSB gèrera ce carnet et joindra une copie dans son

rapport de monitoring de fin d'année (dernier rapport trimestriel). Il serait intéressant de mettre au point, avec le PEV/SSP/ME, un indicateur d'évaluation du degré de respect d'entretien préventif des CS, figurant dans le rapport régional (dernier rapport semestriel d'IRS).

c les CSA et CSU de Conakry ville

Les CSA et les CSU de Conakry ville constituent des cas intermédiaires entre les FSB et les hôpitaux. Leur plateau technique est plus important que celui des FSB, particulièrement en ce qui concerne l'obstétrique, mais la capacité budgétaire et la taille de la Formation sanitaire ne justifient pas l'installation d'un Service Interne d'Entretien-Maintenance.

Les procédures d'Entretien-Maintenance seront donc les mêmes que pour les autres FSB, moyennant les différences suivantes:

- une Formation technique complémentaire plus approfondie du Chef de Centre ou d'un autre membre du personnel (concernant l'entretien-maintenance des équipements hospitaliers supplémentaires);
- la nécessité de faire appel à la sous-traitance externe pour les réparations de ces équipements hospitaliers.

d suivi et contrôle

Un système de suivi-contrôle des activités d'Entretien-Maintenance doit être mis en place. L'organisation de ce suivi est la tâche de la DIEM, qui travaillera en concertation avec la Coordination du Programme PEV/SSP/ME, en s'appuyant notamment sur les DPS.

Le suivi comportera un contrôle:

- de la propreté des FSB
- de l'état d'entretien
- des travaux exécutés (infrastructures et équipements)
- des budgets d'entretien-maintenance

2.1.2 Les hôpitaux

a Un Service d'Entretien-Maintenance Interne (SIM) dans chaque hôpital.

Ce service sera équivalent aux autres services de l'hôpital. Il travaillera en concertation avec la Direction et aura des rapports très réguliers avec tous les autres services. Il disposera d'un petit atelier avec les outillages nécessaires pour son activité. Le niveau et le nombre de son personnel sera variable en fonction de la taille et de la situation de l'hôpital. Il sera entièrement responsable du nettoyage, de l'entretien, des contrôles et inspections, de la sécurité, des dépannages et des réparations pour l'ensemble des infrastructures et équipements de l'hôpital. Il assurera la majorité des tâches d'entretien, préviendra les pannes en assurant les réparations ou en faisant appel à des sous-traitants dont il gèrera les contrats. A cet effet le service disposera d'un budget suffisant (voir chapitre D, point 4.4) pour couvrir les frais de ses activités. (*domaines techniques des activités: voir annexe E2. Pour la facilité, nous appellerons le Service Interne de Maintenance Hospitalière: SIM*)

b niveaux des services internes de maintenance (SIM)

Le niveau est variable en fonction de la taille de l'hôpital (nombre de lits), de la situation de l'hôpital (dans une ville importante, proche d'une grande ville, isolé, ...)

3 niveaux ont été retenus: (*voir annexe E3*)

SIM-1 Le premier niveau correspond à un hôpital de plus de 60 lits. Ce niveau de service requiert un chef de service avec un diplôme d'ingénieur (bac + 5); il s'agit des HR (hôpitaux régionaux) des 7 régions administratives ainsi que des HP de taille importante: Gueckédou, Kissidougou, Macenta, Siguiri.

SIM-2 Le deuxième niveau correspond à un hôpital de 30 à 60 lits. Ce niveau de service requiert un chef de service avec un diplôme d'aide ingénieur (bac + 2);

SIM-3 Le troisième niveau correspond à un hôpital de moins de 30 lits. Ce niveau de service requiert un chef de service avec un diplôme de technicien (bac);

Une interrelation existe entre les services de différents niveaux. Le SIM-1 a un rôle d'appui à jouer vis à vis des 2 autres niveaux. Ces appuis portent davantage sur les domaines de l'organisation et de la gestion du service, ainsi que sur l'identification de sous-traitants pour l'exécution des contrats externes, si ceux-ci ne sont pas disponibles dans les préfectures des SIMs auxquels il donne son appui. Pour des domaines plus techniques, les SIM-2 et SIM-3 consulteront au choix leur service de référence (SIM-1), ou les prestataires de services externes (privés ou publics).

Les différents niveaux ont été portés sur la carte de la Guinée, montrant ainsi le réseau de relations et d'appuis entre les différents services de maintenance des hôpitaux. (*voir carte C1*)

En principe le chef de service est le seul personnel du service, à moins que les collectivités locales ne lui adjoignent un ou plusieurs ouvriers.

Pour les hôpitaux dont le SIM-1 aura beaucoup à faire, soit parce que la taille de l'hôpital dépasse 80 lits, soit parce que le nombre de services à appuyer est important, il est prévu d'adjoindre un technicien au chef de service. C'est le cas de Labé, Kindia, Kankan, N'Zérékoré, Mamou, Kissidougou, Boké.

c profil du chef de service de maintenance

Afin d'assurer au maximum l'entretien-maintenance interne à l'hôpital, il importe que le niveau de formation initial du "maintenancier" soit suffisamment élevé, car il devra assurer des tâches techniques et gestionnaires. (*voir annexe E4*)

Lors du **recrutement** il faudra accorder une importance particulière à 3 facteurs:

- 1 la formation technique initiale; vu les domaines techniques d'intervention, il s'agit prioritairement d'ingénieurs électromécaniciens ou électroniciens, d'aide-ingénieurs électromécaniciens, électroniciens ou électriciens, de techniciens électriciens ou plombiers.
- 2 son aptitude à assimiler des techniques complémentaires (formation horizontale); il faudra qu'il apprenne rapidement les rudiments des différents domaines techniques auxquels il devra faire face, au moins pour les niveaux 1 et 2 d'entretien planifié, mais également pour les diagnostics des réparations à sous-traiter;
- 3 son aptitude à gérer l'ensemble des activités du service.

Le recrutement pour l'ensemble des HR et HP comportera au total:

10 ingénieurs (Bac+5)

11 aide-ingénieurs (Bac+2)

19 techniciens (Bac)

d tâches du service de maintenance interne (SIM)

- organisation / gestion de tous les aspects d'entretien-maintenance au sein de l'hôpital;
- organisation du nettoyage;
- organisation et exécution de l'entretien préventif planifié (niveaux 1 et 2);
- sensibilisation et formation des utilisateurs pour la bonne utilisation et l'entretien des équipements et des infrastructures;
- prévention et diagnostic des pannes;
- réparations des équipements et des infrastructures, dans la mesure des compétences techniques disponibles;
- organisation et gestion de la sous-traitance (prestataires de services externes);
- évaluation de l'offre de services disponibles et fiables dans la préfecture; échanges d'expériences et d'informations avec les services de maintenance des préfectures voisines;
- gestion du patrimoine bâti;
- réalisation et mises à jours de l'inventaire des équipements;
- mise à jour des fiches de suivi des interventions sur les équipements;
- prévisions des équipements à remplacer (à soumettre à la DIEM);
- prévision des grosses réparations des bâtiments (à soumettre à la DIEM);
- concertations avec la DIEM concernant l'adéquation des infrastructures et équipements (cahiers de charges et descriptifs techniques);
- gestion des stocks de pièces pour les entretiens planifiés;
- achat des pièces universelles (interrupteurs, lampes, relais ...) pour les petites réparations
- commandes des pièces spéciales auprès du service national responsable des achats de pièces à l'étranger;
- donner son appui au DPS et à l'IRS pour la maintenance-entretien de leurs infrastructures, équipements et logistiques.

en outre le chef du service de SIM-1 devra:

- appuyer les services de maintenance SIM-2 et SIM-3;
- gérer les stocks de pièces livrées lors de la fourniture des équipements des hôpitaux auxquels il donne son appui;
- assurer la formation des services de maintenance de niveau 2 et 3;

e équipement du service de maintenance interne (SIM)

(voir annexe E5)

Le SIM doit disposer de 2 ou 3 locaux, selon l'importance des hôpitaux:

local 1 bureau min 6m²

local 2 atelier min 15m²

local 3 magasin min 6m²

Le magasin est plus particulièrement nécessaire pour les SIM-1, qui conservent les pièces importantes des différents niveaux; Pour les SIM-2 et SIM-3, il est possible d'intégrer le magasin à un des 2 autres locaux.

Le SIM devra être doté d'un équipement minimum d'atelier et de bureau adéquats pour ses activités. Ces équipements feront partie de la "Dotation initiale" et feront l'objet d'une identification technique, car s'il importe de ne pas manquer d'outils nécessaires, il est inutile de suréquiper ces ateliers. L'équipement d'atelier comprend notamment:

- des machines-outils de base: perceuse sur colonne, touret à meuler;
- des trousseaux d'outils: électronique, mécanique, électricité, plomberie, menuiserie, fer à souder;
- quelques équipements de diagnostic et de réglage: multimètre, oscilloscope, mesureur de tension à colonne;
- établi avec étaux;

Le SIM sera également doté d'un fonds de pièces universelles, telles que relais, fusibles, lampes, interrupteurs, joints etc. ... ainsi que des pièces nécessaires pour les entretiens planifiés.

La DIEM mettra à la disposition du SIM des outils de gestion nécessaires pour la gestion, évaluation, suivi de ses tâches, et pour la communication avec les instances administratives centrales, régionales et préfectorales: fiches d'inventaire, fiches d'intervention, listes normatives, livres comptables, ...

Le SIM ne doit pas disposer de véhicule. Son terrain d'action est l'hôpital et cela ne nécessite pas de déplacements particuliers. Un certain nombre de chefs de services de maintenance auront un rôle de supervision à jouer, (il s'agit de Labé, Boké, Mamou, N'Zérékoré, Kissidougou et Kindia) et il faut qu'ils disposent d'un budget de déplacement pour circuler en taxi. Les déplacements éventuels des personnels des autres SIMs, pour se procurer des pièces, pour les contacts avec les sous-traitants, se feront également en taxi. L'amortissement d'un véhicule automobile est une charge manifestement trop lourde. Le cas échéant, une dotation en mobylette peut être envisagée, pour faciliter les déplacements locaux. (voir annexe E5)

f Appel aux prestataires de services externes (PSE)

Pour tous les travaux dont l'envergure ou la technicité dépasse les moyens du SIM, celui-ci fera appel à la sous-traitance. A cet effet il fera l'évaluation des offres disponibles, et il choisira parmi celles-ci le meilleur rapport qualité-prix. Pour les domaines techniques dont l'offre n'est pas disponible ou pas fiable dans sa préfecture, le SIM consultera les SIMs des préfectures proches et notamment le SIM-1 le plus proche; celui-ci se trouvant systématiquement dans une ville importante, disposera d'un plus grand éventail d'offres de services. (voir: offres de services privés disponibles par préfecture; chapitre C point 1 et annexes C1)

Pour les domaines techniques dans lesquels il n'y a pas de PSE disponible, il faut envisager:

- de donner une formation plus approfondie au personnel du SIM;
- d'assurer cette compétence au sein d'un Service Externe Public (voir ci-dessous: E 2.2);

Il s'agit de toute évidence des:

- équipements hospitaliers spécialisés (souvent appelés équipements bio-médicaux);

mais également des domaines suivants:

- pompes(à eau) électriques;
- climatiseurs complexes (systèmes split);
- groupes électrogènes, et plus particulièrement de la partie électromécanique.

g formation

(voir annexe E4)

Afin de les rendre opérationnels, les chefs de service des SIMs bénéficieront d'une série de séances de formation, portant d'une part sur:

- la gestion, les procédures, l'organisation, les sous-traitances,

et d'autre part sur:

- les différents domaines techniques de l'entretien et de la maintenance: infrastructures, installations techniques, équipement hospitalier, groupe électrogène, pompes électriques, panneaux solaires, véhicules, mobilier, techniques de froid, ...

Afin de dispenser une formation directement appliquée aux situations pratiques des SIMs, il faut que cette formation aie lieu sur le tas, et qu'elle soit dispensée par des techniciens nationaux qui maîtrisent parfaitement l'une ou l'autre des disciplines. Les compétences des différents intervenants nationaux doivent être rassemblées et organisées en un ensemble structuré. La DIEM sera responsable de l'organisation de cette formation. Elle devrait bénéficier d'un appui technique pour la mise au point des programmes de formation, pour l'identification des formateurs, et pour le démarrage du système de formation.

Parmi les compétences présentes, on peut citer:

- dans le domaine de la gestion, des procédures et de l'organisation du travail de maintenance: Le chef de l'atelier de maintenance de Kissidougou.
- dans le domaine de l'entretien et des réparations des équipements hospitaliers spécialisés: les techniciens de l'actuel SNMH (Service National de Maintenance Hospitalière), parmi lesquels on peut trouver d'excellentes compétences techniques.

La formation, ainsi que le démarrage des activités des SIMs, se fera en 2 grandes étapes.

En premier lieu, les chefs de service des SIM-1 seront formés sur leur lieu de travail, en bénéficiant des présences successives de formateurs dans les différents domaines techniques et gestionnaires prévus. Un formateur donnera son appui pendant \pm 15 jours dans un hôpital et retournera ensuite à ses activités habituelles. Après 2 à 3 semaines de reprise de l'activité de son service habituel il pourra donner un appui dans un autre hôpital, et ainsi de suite, ... (il faut éventuellement prévoir de donner un assistant au formateur pour assurer son service pendant le temps consacré à la formation)

En second lieu, les chefs de service des SIM-1 formeront les chefs de service de SIM-2 et SIM-3 sur leur lieu de travail, selon les mêmes procédures. (pour l'échelonnage de la formation: voir carte C2)

Le chef de service de SIM-1 restera la référence pour les SIM-2 et SIM-3. Ces derniers pourront toujours bénéficier auprès de lui d'informations, de conseils et d'appoints de formation.

h prise en charge budgétaire

(voir annexe E6)

Une rubrique budgétaire de maintenance doit être inscrite dans la comptabilité des hôpitaux. Cette rubrique doit couvrir tous les coûts afférents aux activités du SIM: frais de fonctionnement, salaires, achat de pièces et le paiement des sous-traitances.

En général les budgets des hôpitaux ne suffisent pas à couvrir l'ensemble de ces frais. Une subvention de l'état sera donc nécessaire (voir E2.3 ci-dessous). Il n'en reste pas moins que le budget de maintenance doit être entièrement géré par l'hôpital, et que la subvention doit être conditionnée par le constat de la bonne gestion et des résultats obtenus par le SIM. Le montant de

la subvention doit être calibré sur la base des capacités de recouvrement des coûts par l'hôpital (il faut tenir compte des hôpitaux structurellement déficitaires). Dans tous les cas, une partie des coûts de la maintenance doit être prise en charge par les fonds propres de l'hôpital.

Pour constituer les fonds destinés aux subventions des services de maintenance, l'État doit faire appel aux différents bailleurs de fonds et partenaires, qui contribueront par ce biais à rééquilibrer les budgets, plutôt que de créer des disparités en donnant des appuis financiers localisés.

Il importe que le service de maintenance dispose d'une grande autonomie financière, afin de limiter les lenteurs dues aux approbations administratives diverses. Il importe également que les ONGs ou autres partenaires acceptent de jouer le jeu et contribuent à autonomiser les SIMs, en leur donnant un appui, au lieu de les gérer, particulièrement au niveau financier.

i suivi et contrôle

Un système de suivi et d'évaluation des SIMs doit être mis en place. L'organisation de ce suivi est la tâche de la DIEM. Ce suivi doit porter sur la gestion technique et financière, l'organisation du travail, la formation, et les résultats obtenus par les SIMs.

Il est proposé que pendant les premières années de fonctionnement des SIMs, un audit technico-financier annuel soit effectué pour évaluer l'efficacité du système et pour en détecter les dysfonctionnements. Cet audit contribuera notamment à calibrer les subventions données par l'État.

j les CHUs

Les CHU doivent également disposer d'un Service Interne de Maintenance, fonctionnant selon les mêmes procédures que les autres hôpitaux. Ces services doivent être composés:

- d'un chef de service, ingénieur en électromécanique ou électronique;
- d'un aide-ingénieur en électromécanique ou électronique;
- 4 techniciens (1 maçon, 1 menuisier, 1 électricien, 1 plombier)

Un SIM a déjà été mis en place au CHU Ignace Deen. Afin d'en améliorer le fonctionnement, il faut mettre au point des procédures de suivi-évaluation et le soumettre à un audit régulier.

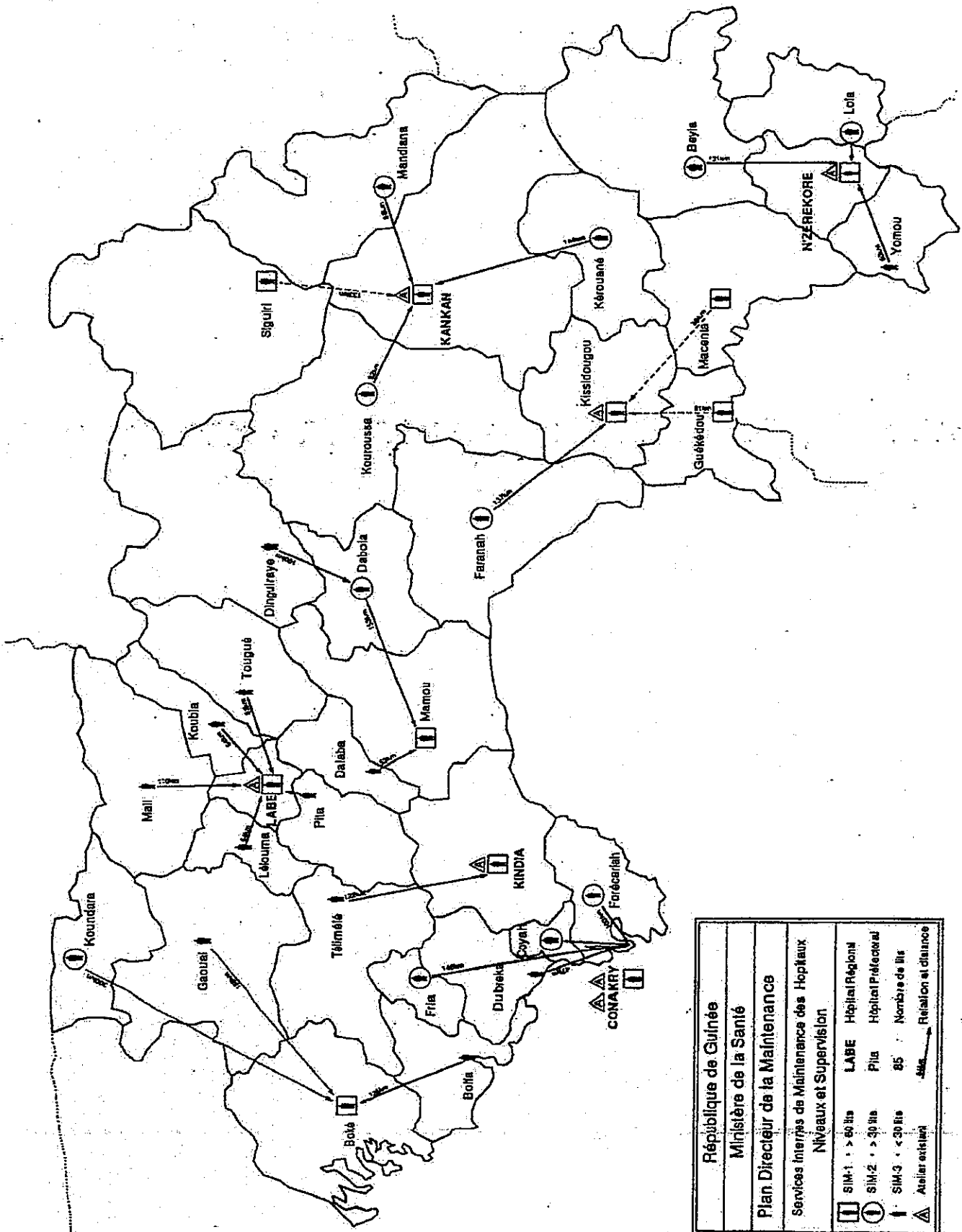
Un service similaire doit être mis en place au CHU de Donka.

k la gestion des hôpitaux

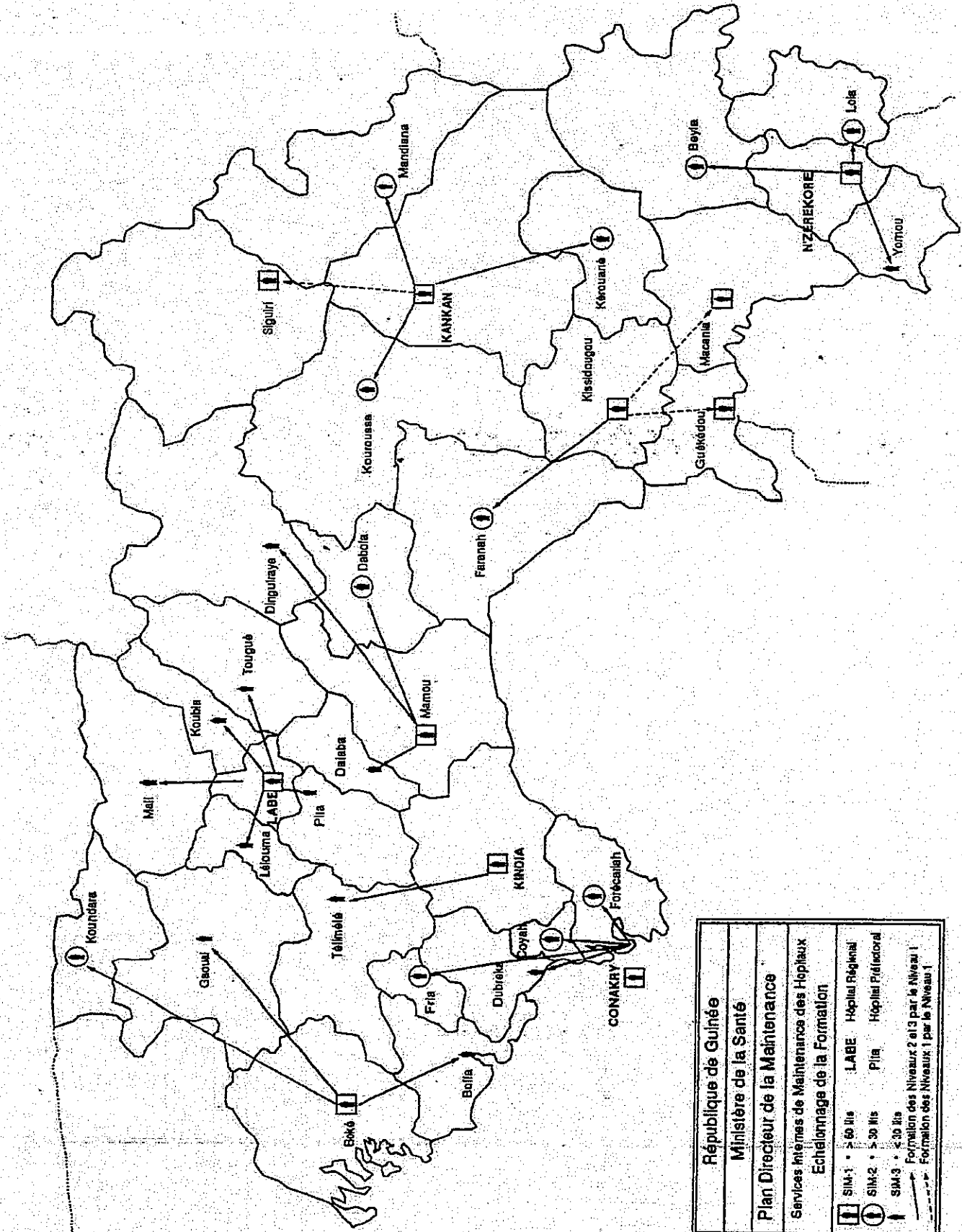
La mauvaise gestion des hôpitaux est une des causes principales du manque d'entretien des équipements et infrastructures des hôpitaux. La création d'un service interne de maintenance peut contribuer à l'amélioration de l'entretien, si la direction de l'hôpital soutient cette action par une meilleure gestion globale.

La mise en oeuvre de la politique de maintenance dans les hôpitaux, doit être accompagnée d'un effort considérable dans le domaine de l'amélioration de la gestion globale des hôpitaux

Au niveau des CHUs, les problèmes des autres hôpitaux se trouvent encore amplifiés. La grande taille des CHUs les rend pratiquement ingérables. Pour résoudre à la fois les problèmes de gestion des CHUs et la prise en main efficace de l'entretien, il convient d'étudier les possibilités d'éclatement des CHUs en plusieurs services autonomes, dont la taille ne dépasserait pas celle d'un HR.



République de Guinée	
Ministère de la Santé	
Plan Directeur de la Maintenance	
Services Inter-régionaux de Maintenance des Hôpitaux	
Niveaux et Supervision	
<ul style="list-style-type: none"> ▬ SIM.1 : > 60 lits ▬ SIM.2 : > 30 lits ▬ SIM.3 : < 30 lits ▬ Ailleurs existant 	<ul style="list-style-type: none"> ▬ Hôpital Régional ▬ Hôpital Préfectoral 85 Nombre de lits Religion et distance



République de Guinée	
Ministère de la Santé	
Plan Directeur de la Maintenance	
Services Internes de Maintenance des Hôpitaux	
Échelonnage de la Formation	
<ul style="list-style-type: none"> ▣ SIM 1 • > 60 lits ▣ SIM 2 • > 30 lits ▣ SIM 3 • < 30 lits 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ LABE Hôpital Régional ▣ Pila Hôpital Préfectoral
<ul style="list-style-type: none"> → Formation des Niveaux 2 et 3 par le Niveau 1 → Formation des Niveaux 1 par le Niveau 1 	

b SNMH: Service National de Maintenance Hospitalière.

ROLE:

La réponse, comme prestataire de services externe, aux demandes émanant des SIMs (et CSA). Ces demandes concernent en principe les domaines techniques pour lesquels l'offre du secteur privé fait défaut. Il s'agit particulièrement des **réparations des équipements hospitaliers spécialisés**. L'évaluation sommaire de l'offre privée a fait ressortir qu'il y avait également des manques dans les domaines suivants: (*voir chapitre C.1 dans le volume des annexes*)

- électromécanique pour les groupes électrogènes
- pompes électriques
- systèmes de climatisation complexes (split)

Le rôle du SNMH sera donc de répondre à la demande des SIM dans ces différents domaines techniques, mais prioritairement dans le domaine des Équipements hospitaliers Spécialisés; ce qui correspond également à la formation de la plupart de ses techniciens.

Lors de l'établissement et de la réalisation du programme de formation des personnels des SIMs, le Ministère fera appel au SNMH pour mettre au point et dispenser la formation dans le domaine des équipements hospitaliers spécialisés et éventuellement dans d'autres domaines techniques de sa compétence.

(*voir annexes E7 et E8*)

Le SNMH aura également comme tâche de gérer les commandes de pièces spéciales. A cet effet le SNMH doit disposer d'un partenaire et d'un compte spécial à l'étranger (approvisionné au prorata des achats) pour faciliter ces opérations. Cette procédure est non seulement plus efficace pour l'acquisition des pièces nécessaires, mais elle permet également de diminuer sensiblement la quantité de pièces stockées en prévision des pannes, car l'étude a démontré que les pièces de réserve fournies par les projets étaient trop souvent inadéquates.

STATUT

Afin de revitaliser le SNMH, de lui donner une plus grande autonomie et flexibilité, il est proposé de lui conférer le statut d'Établissement Public, bénéficiant de subventions salariales, d'infrastructures, d'équipements et d'un fonds de roulement initial.

Le conseil d'administration du SNMH est constitué notamment des représentants des services financiers (DAAF) et techniques (DIEM, PEV/SSP/ME,) du Ministère de la Santé.

RECouvreMENT DES COÛTS

Ce fonds de roulement devra être reconstitué et amplifié par la dynamique de l'établissement basée sur la fourniture des prestations payantes et de qualité. Les Prestations du SNMH seront facturées aux utilisateurs suivant une échelle de tarification établie en fonction des variantes suivantes:

- Taille de l'hôpital ou du Centre de Santé;
- Modération des prix pour les établissements de soins publics;
- Tarification au prix réel pour les établissements de soins privés;
- Nature des appareils, types de pannes, pièces, ...

Les SIMs des différents hôpitaux établiront des contrats-cadres avec le SNMH pour les dépannages et réparations des équipements hospitaliers spécialisés; ils pourront également faire appel au SNMH pour d'autres domaines techniques, dans la mesure où ce dernier présente le meilleur rapport qualité/prix.

Au même titre que les SIMs, le SNMH doit être soumis annuellement à l'Audit Technico-Financier, en tant qu'élément constitutif de l'ensemble du Système de maintenance.

L'Audit évaluera également dans quelle mesure le secteur privé offre des services en concurrence avec le SNMH et rend le maintien d'une telle structure hasardeuse.

IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE

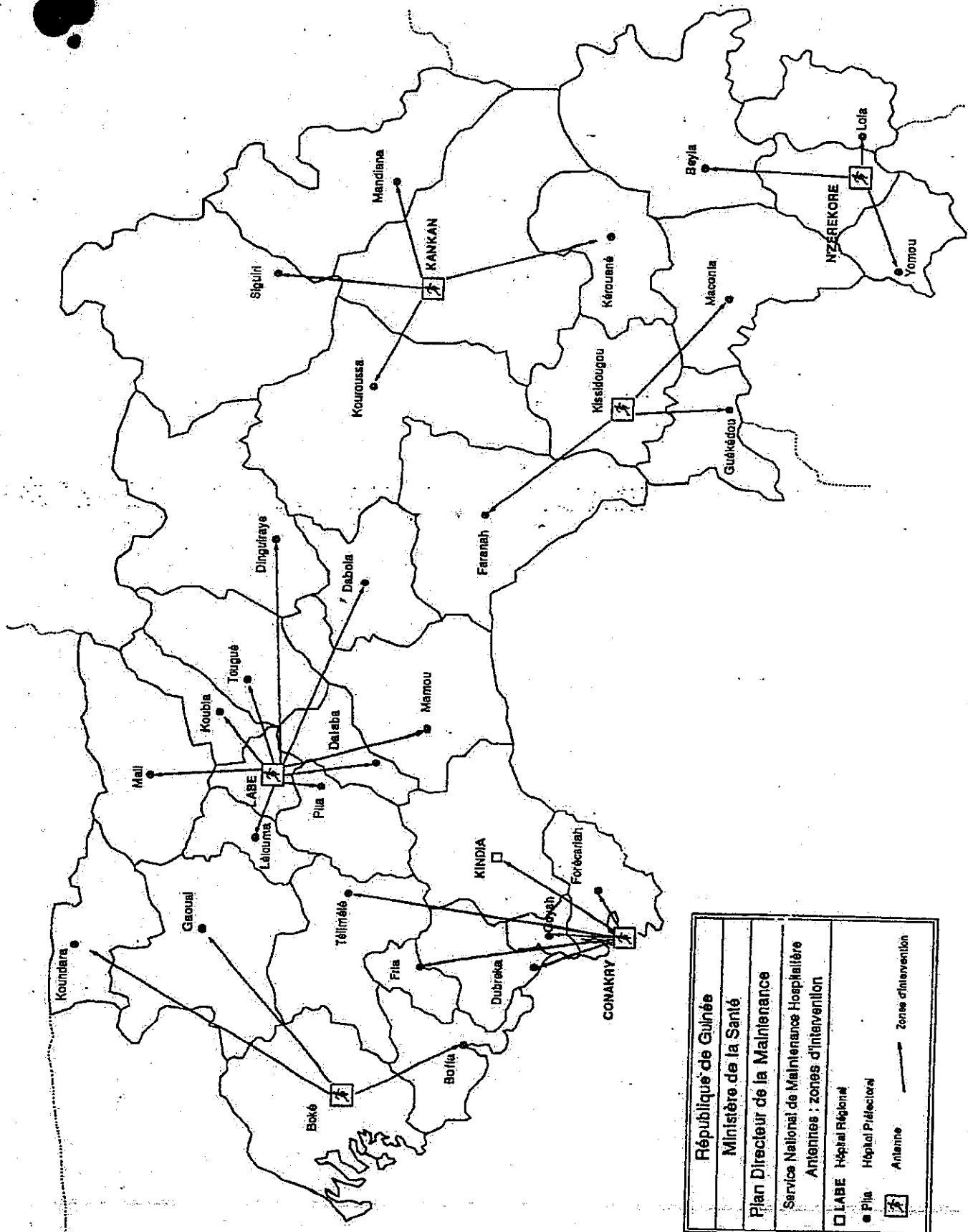
L'étude géographique a montré qu'il faudra disposer de 5 ateliers régionaux: à Labé, Boké, Kankan, Kissidougou, N'Zérékoré. Ceci implique:

- la fermeture et réaffectation de l'atelier de Kindia;
- l'ouverture d'un nouvel atelier à Boké;
- la reprise de l'atelier de Kissidougou, qui a été mis en place par GTZ;

Ces ateliers régionaux doivent se recentrer sur les activités qui sont la vocation du SNMH (voir ci-dessus); le personnel est composé d'un technicien compétent; il dispose d'un atelier avec les équipements de mesure et de dépannage nécessaires.

L'atelier régional de Conakry doit disposer d'une structure plus importante, car il doit répondre aux demandes des SIMs des CHUs, de Dubréka, Coyah, Fria, Télimélé et Kindia, et également des CS Urbains de Conakry.

Il est considéré que le SNMH dispose actuellement d'infrastructures, équipements, moyens humains suffisants pour démarrer la nouvelle politique de maintenance. Une première évaluation annuelle constatera si les moyens humains matériels et financiers sont adéquats, et si des appoints de formation spécialisée sont nécessaires.



République de Guinée	
Ministère de la Santé	
Plan Directeur de la Maintenance	
Services National de Maintenance Hospitalière	
Antennes : zones d'intervention	
□ LABE	Hôpital Régional
● Pila	Hôpital Provincial
⊠	Antenne
—	Zone d'intervention

