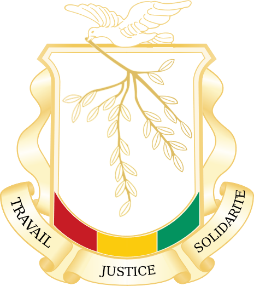
**REPUBLIQUE DE GUINEE**

*Travail-Justice-Solidarité*

**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**RAPPORT DE L’EVALUATION RAPIDE DE LA FONCTIONNALITÉ DES DISTRICTS DE SANTE**

**Novembre 2020**

Table des matières

[Sigles et abréviations 5](#_Toc63233177)

[Liste des tableaux 7](#_Toc63233178)

[Résumé exécutif 8](#_Toc63233179)

[INTRODUCTION 10](#_Toc63233180)

[CHAPITRE I : CONTEXTE DE L’ETUDE 11](#_Toc63233181)

[1.1 Aperçu de la géographie physique et des subdivisions administratives 11](#_Toc63233182)

[1.2 Population 12](#_Toc63233183)

[1.3 Données socio-économiques 12](#_Toc63233184)

[1.4 Etat de santé 12](#_Toc63233185)

[1.5 Politique de santé 13](#_Toc63233186)

[1.5.1 Vision 13](#_Toc63233187)

[1.5.2 But 13](#_Toc63233188)

[1.5.3 Objectif 13](#_Toc63233189)

[1.5.4 Orientations stratégiques 13](#_Toc63233190)

[1.6 Organisation du système national de santé 13](#_Toc63233191)

[1.6.1 Organisation administrative du système de santé 14](#_Toc63233192)

[1.6.2 Organisation et fonctionnement des structures de soins 14](#_Toc63233193)

[1.7 Les ressources du secteur 14](#_Toc63233194)

[1.7.1 Ressources humaines 14](#_Toc63233195)

[1.7.2 Ressources financières : 15](#_Toc63233196)

[CHAPITRE II : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE 16](#_Toc63233197)

[2.1 Objectifs 16](#_Toc63233199)

[2.2 Méthodologie 16](#_Toc63233200)

[2.2.1 Critères d’évaluation : 16](#_Toc63233201)

[2.2.2 Taille et distribution de l’échantillon 17](#_Toc63233202)

[2.2.3 Sources des données 18](#_Toc63233203)

[2.2.4 Saisie et traitement des données 18](#_Toc63233204)

[2.2.5 Analyse des données et rédaction du rapport 18](#_Toc63233205)

[CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS DE L’ETUDE 20](#_Toc63233206)

[3.1 Caractéristiques des districts sanitaires 20](#_Toc63233207)

[3.2 Gestion du district 20](#_Toc63233208)

[3.2.1 Structures de gestion 20](#_Toc63233209)

[3.2.2 Processus gestionnaires 21](#_Toc63233213)

[3.3 Ressources et Activités de l’équipe cadre de district sanitaire 22](#_Toc63233215)

[3.3.1 Potentialités de l’équipe cadre de district sanitaire 22](#_Toc63233216)

[3.3.2 Activités de l’équipe cadre de district 22](#_Toc63233217)

[3.3.3 Ressources financières 23](#_Toc63233218)

[3.4 Formations sanitaires des districts 24](#_Toc63233219)

[3.4.1 Hôpitaux de district 24](#_Toc63233220)

[3.4.2 Etablissements de soins spécialisés 24](#_Toc63233221)

[3.4.3 Formations sanitaires de base : Centres de santé intégrés 25](#_Toc63233222)

[3.5 Activités communautaires 25](#_Toc63233223)

[3.6 Résultats des formations sanitaires 26](#_Toc63233224)

[3.6.1 Couverture des prestations 26](#_Toc63233225)

[3.6.2 Contribution du district aux ODD 26](#_Toc63233226)

[3.6.3 Disponibilité des ressources pour 100.000 habitants 27](#_Toc63233227)

[3.7 Potentialités et équipement des formations sanitaires 28](#_Toc63233228)

[3.7.1 Hôpitaux de district 28](#_Toc63233229)

[3.7.2 Centres de Santé intégrés 28](#_Toc63233230)

[3.8 Situation du Personnel 28](#_Toc63233231)

[3.8.1 Personnels des Hôpitaux de district 28](#_Toc63233232)

[3.8.2 Personnels des Centres de santé 29](#_Toc63233233)

[3.8.3 Personnels des Equipes cadres de district 29](#_Toc63233234)

[3.8.4 Total des Personnels des Districts sanitaires 29](#_Toc63233235)

[3.9 Contribution des établissements à l’atteinte des ODD 29](#_Toc63233236)

[3.9.1 Hôpitaux de district 29](#_Toc63233237)

[3.9.2 Centres de santé intégrés 30](#_Toc63233238)

[CHAPITRE IV : COMPARAISON DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE FONCTIONNALITE AUX ANNEES 2007 ET 2020 31](#_Toc63233239)

[4.1 Caractéristiques, structures, activités et gestion des districts 33](#_Toc63233240)

[4.2 Ressources Humaines pour la Santé 33](#_Toc63233241)

[4.3 Ressources Financières de la santé 34](#_Toc63233242)

[4.4 Infrastructures, Equipements, MEG, Vaccins, Technologies 34](#_Toc63233243)

[4.5 Prestations de services 34](#_Toc63233244)

[CHAPITRE V : CONSTATS MAJEURS ET RECOMMANDATIONS 36](#_Toc63233245)

[5.1 Constats 36](#_Toc63233246)

[5.1.1 Forces 36](#_Toc63233248)

[5.1.2 Faiblesses 36](#_Toc63233249)

[5.2 Recommandations 37](#_Toc63233250)

[CONCLUSION 38](#_Toc63233251)

# Sigles et abréviations

|  |  |
| --- | --- |
| UA | : Union Africaine |
| ARV | : Antirétroviraux |
| BSD | : Bureau de Stratégie et de Développement |
| CMC | : Centre Médical Communal |
| CPN1 | : Première Consultation Prénatale |
| CS | : Centre de Santé |
| CSA | : Centre de Santé Amélioré |
| CSI | : Centre de Santé Intégré |
| CTA | : Combinaison Thérapeutique à base d’Artémisinine |
| DOTS | : Traitement de Courte Durée sous Surveillance |
| DPS | : Direction Préfectorale de la santé |
| DRS | : Direction Régionale de la Santé |
| DTS | : Dépense Totale de Santé |
| EDS | : Enquête Démographique et de Santé |
| Fosa | : Formations Sanitaires |
| GNF | : Nouveau Franc Guinéen |
| Hbt | : Habitant |
| HN | : Hôpital National |
| HP | : Hôpital Préfectoral |
| HR | : Hôpital Régional |
| HTA | : Hypertension Artérielle |
| INS | : Institut National de Statistiques |
| **LTO** | : Lèpre, Tuberculose, Onchocercose |
| MEG | : Médicaments Essentiels Génériques |
| MICS | : Enquête de Couverture à Indicateurs Multiples |
| MII | : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide |
| MS | : Ministère de la Santé |
| NC | : Nouveau Contact |
| ODD | : Objectifs de Développement Durable |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| PAO | : Plan d’Action Opérationnel |
| PCA | : Paquet Complémentaire d’Activités |
| PCIMNE | : Prise en Charge intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l’Enfant |
| PIB | : Produit Intérieur Brut |
| PMA | : Paquet Minimum d’Activités |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PS | : Poste de Santé |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/sida |
| REMUO | : Résultats de l'Enquête sur l'Urbanisation et les Migrations en Afrique de l'Ouest |
| RGPH | : Recensement Général de la Population et de l‘Habitation |
| SAF | : Service des Affaires Administratives et Financières |
| SIDA | : Syndrome de l’Immunodéficience Acquise |
| SNIS | : Système National d’Information Sanitaire |
| SOUC | : Soins Obstétricaux d’Urgence Complets |
| TPI | : Traitement Préventif Intermittent |
| TPM+ | : Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l’enfance |
| USD | : United State Dollar |
| VAR | : Vaccin Anti Rougeoleux |
| VIH | : Virus de l’Immunodéficience Humaine |

# Liste des tableaux

[**Tableau 1 : Echantillon de l’étude** 17](#_Toc58674294)

[**Tableau 2 ; Evolution des principaux indicateurs de la fonctionnalité des districts de 2007 et 2020** 31](#_Toc58674295)

Figure 1

# Résumé exécutif

Le système guinéen de santé est basé sur les soins de santé primaires et le district sanitaire depuis des décennies. Mais la survenue de la maladie à virus Ebola a mis en évidence la faiblesse du système de santé dans ses fondamentaux : la prévention, la surveillance et le contrôle de la maladie en lien avec la gestion communautaire des problèmes de santé et la faible réactivité du système de soins. Cette situation a conduit à la mise en place d’un plan national de développement sanitaire post Ebola (2015-2024). La troisième orientation stratégique du PNDS concerne le renforcement du système de santé qui porte sur la gouvernance et l’opérationnalisation du district sanitaire. La mise en œuvre de ce plan décennal se fait à travers des plans triennaux. Un premier plan dénommé plan de relance et de résilience du système de santé (2015-2017) a été élaboré et exécuté.

Dans l’optique de l’élaboration du second plan triennal (2021-2023) qui coïncide avec la survenu de la pandémie de coronavirus (covid-19), le ministère de la santé s’est proposé l’évaluation de la fonctionnalité des districts en utilisant deux questionnaires (un pour l’équipe cadre de district et l’autre pour les formations sanitaires) élaborés par l’OMS et adaptés au contexte national.

Les objectifs étaient (i) d’identifier les forces et les faiblesses dans les structures organisationnelles, les processus managériaux, la prestation des services, la participation communautaire, la responsabilisation, la gestion des ressources dans le district ; (ii) développer un programme d’action pour améliorer l’opérationnalité du système de santé sur la base des résultats de l’évaluation et dans la collaboration de toutes les parties impliquées dans le développement du secteur de la santé et de (iii) renforcer l’équipe cadre du district en termes d’effectifs, de compétences et d’organisation.

La démarche méthodologique adoptée pour répondre aux besoins de l’étude a impliqué un choix judicieux des critères d’évaluation, de l’échantillon, la définition claire des sources de données, la méthode de collecte des données, un traitement approprié de celles-ci, et le choix des méthodes d’analyse.

Les résultats obtenus portent sur les caractéristiques des districts sanitaires, la gestion du district (processus gestionnaire, ressources et activités, collaboration intersectorielle), les formations sanitaires des districts comportant la couverture, les ressources, les PMA, le statut de la formation sanitaire et la capacité technique et gestionnaire de réaliser les interventions en rapport avec les ODD.

Les principaux constats portant sur ces résultats ont été classés en forces et faiblesses.

Les forces sont classées en deux catégories qui sont l’existence du Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé et de l’équipe de gestion, d’un PAO, de bureaux et de salles de réunion adéquats, et la disponibilité du personnel en nombre suffisant, des rapports SNIS dans la totalité des districts enquêtés.

Des faiblesses ont été notées dont les essentiels sont : la disparité de l’offre de soins entre les districts, la non mise à jour de la carte sanitaire depuis 2006, le manque de personnels qualifiés affectés à la fonction (SAF, comptable, personnel de santé publique, médecins spécialistes) et à l’insuffisance de leadership du chef de district de santé, la non-intégration des formations sanitaires privées dans le SNIS.

L’évaluation de la fonctionnalité des districts a permis de mettre en évidence des forces et des faiblesses qui méritent d’être approfondies afin de proposer des actions d’amélioration appropriées pour les trois prochaines années. Ce travail devrait aboutir à la formulation d’un plan triennal pour la période 2021 – 2023.

# INTRODUCTION

Au cours de cette décennie (2010-2020), le système de santé de la Guinée a été éprouvé par deux crises sanitaires majeures : l’épidémie à virus Ebola et la covid-19. Le Ministère de la santé, pour faire face à ces situations, devait répondre à deux défis : éliminer les deux épidémies avec leurs conséquences sanitaires et économiques et assurer la résilience des services de santé pour garantir les services essentiels à la population.

C’est dans ce cadre que le ministère de la santé dans son rôle de promouvoir le développement des services de santé, a élaboré un plan de développement triennal (2015-2017) qui vise entre autres au renforcement des systèmes de santé des districts.

Le district sanitaire est la plus petite unité administrative urbaine ou rurale où les programmes des soins de santé primaires sont exécutés par des professionnels de santé avec la pleine participation des communautés et des secteurs connexes.

Aussi, le contrôle de l’épidémie à virus Ebola a montré le rôle important des services de santé de proximité dans la gestion de la santé de la population. Le ministère s’est engagé à mettre à échelle un programme de santé communautaire (SSP) dans tout le pays, de façon échelonnée dans le temps en commençant par des communes dites de convergence.

Suite à l’épidémie à virus Ebola, le Ministère a élaboré un plan triennal de relance et de résilience du système de santé dans lequel le renforcement du district de santé est retenu comme priorité d’action. Dans le cadre des engagements du gouvernement dans la mise en œuvre des SSP et le renforcement du district, le ministère de la santé a décidé de procéder à une auto-évaluation de la fonctionnalité du district sanitaire.

Pour ce faire, les spécialistes chargés de réaliser cette évaluation ont utilisé des outils préparés à cet effet : directives méthodologiques, questionnaires et outil sur Excel pour la saisie et l’analyse des données.

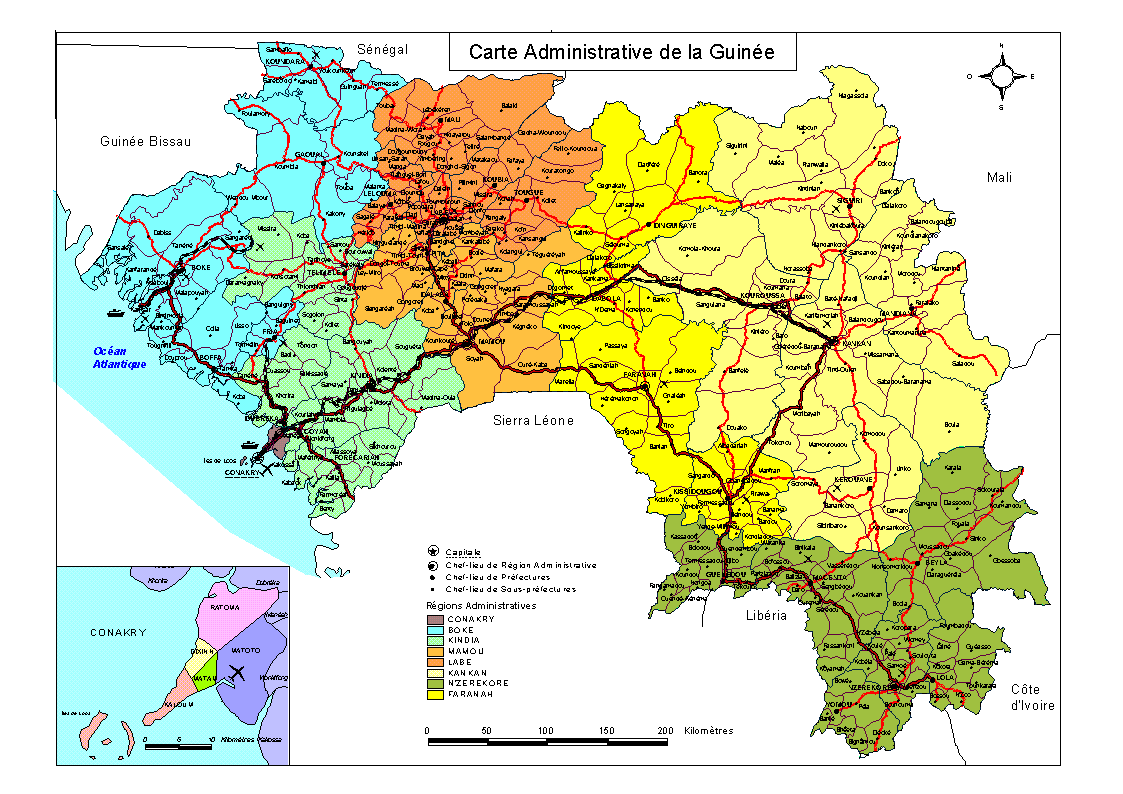
Les résultats de l’étude doivent comporter les aspects en lien avec la capacité des structures de soins à délivrer des soins surtout pour les interventions destinées à l’atteinte des ODD et la capacité managériale des équipes de district.

# CHAPITRE I : CONTEXTE DE L’ETUDE

## Aperçu de la géographie physique et des subdivisions administratives

La République de Guinée située en Afrique occidentale à 10 degrés au nord de l’équateur, est limitée par la Guinée Bissau au nord-est, le Sénégal au nord, la Côte d’Ivoire à l’est, le Libéria et la Sierra Leone au sud et l’Océan atlantique à l’ouest. Elle couvre une superficie de 245 857 kilomètres carrés, avec environ 300 kilomètres de côte de l’océan atlantique, et s’étend sur 800 kilomètres d’est en ouest contre 500 kilomètres du nord au sud. Elle comprend quatre régions naturelles qui sont:

* La Basse Guinée: plaines côtières couvrant 18% du territoire, avec un climat caractérisé par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 millimètres par an;
* Moyenne Guinée: massifs montagneux couvrant 22%, avec un climat caractérisé par des précipitations annuelles variant entre 1500 et 2000 millimètres par an;
* Haute Guinée: plateaux et savanes arborées couvrant 40% avec des précipitations annuelles variant entre 1000 et 1500 millimètres par an;
* Guinée Forestière: massifs montagneux couvrant 20% avec une pluviométrie variant entre 2000 et 3000 millimètres.

Cet ensemble des régions naturelles est reparti en huit régions administratives qui sont: Conakry (considérée Zone spéciale), Boké, Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N’zérékoré (voir la carte ci-dessous).

Les Régions administratives de l'intérieur du pays sont subdivisées en préfectures (33 au total) et la Zone spéciale de Conakry en cinq communes urbaines. Chacune de ces préfectures et des communes de Conakry correspond à un District de santé.

Le gouvernement s’est engagé dans une politique de décentralisation avec le transfert des compétences au niveau des communes pour faciliter la prise en charge des besoins sociaux de la population. Pour le cas spécifique de la santé, le centre de santé est la structure opérationnelle de mise en œuvre du paquet des soins de santé primaires.

## Population

En 2017, la population totale de la Guinée est estimée à **11 702 693** habitants et la densité moyenne pour l’ensemble du pays est de 47,60 habitants au km² (Perspectives démographiques, INS, 2014).

La Guinée est un pays à forte natalité et à fécondité élevée, caractérisée par des maternités précoces, tardives et une proportion importante de femmes en âge de procréer. Le taux brut de natalité est estimé à 39,7 (RGPH3, 2014) et l'indice synthétique de fécondité à 5,3 enfants par femme (RGPH3, 2014).

Les résultats de l'enquête sur l'urbanisation et les migrations en Afrique de l'Ouest (REMUO, 1993) indiquent qu’en Guinée la population de 15 ans et plus à un taux de croissance migratoire international négatif (-0,09%). S'agissant des migrations internes, l'enquête indique que les taux nets ne sont positifs qu'à Conakry et en Haute Guinée. Ces deux régions ont respectivement un taux net de migration de 1,42% et de 0,15%.

## Données socio-économiques

Depuis 1984, la Guinée s’est engagée dans un processus de transition d’une économie planifiée vers une économie de marché. Son économie est dominée par le secteur rural et le secteur minier qui contribuent respectivement pour 18 % et 19 % au PIB. Le secteur rural assure l’emploi et les moyens de subsistance à la majorité de la population. Le sous-sol renferme d’immenses potentialités minières (bauxite, or, diamant, fer, etc.). D’importants efforts ont été réalisés ces dernières années dans le domaine des réformes économiques et de la réduction des déséquilibres internes et externes. Ces réformes ont permis de stabiliser les agrégats macroéconomiques et de répondre à une partie de la demande sociale notamment dans les domaines de l’éducation et de la santé.

## Etat de santé

L’état de santé de la population se résume sur la base des indicateurs du MICS 2016 et de l’EDS 2018 : le ratio de la mortalité maternelle est de 550 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 32‰, le taux de mortalité infantojuvénile de 111‰ et le taux de mortalité infantile de 66‰.

Le niveau de ces indicateurs de mortalité maternelle, infantile et infantojuvénile reste encore très élevé par rapport aux pays à économie similaire.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbidité et de la mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

Selon l’EDS-MICS 2012 et le MICS 2016, la prévalence du paludisme est passée de 44% en 2012 à 15% en 2016 soit une baisse de 65%. Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,5% en 2018. La prévalence de la tuberculose, est de 177 TPM+ pour 100.000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de co-infection avec le VIH/SIDA. La mortalité par tuberculose (VIH exclu) était de 28 pour 100.000 habitants et a diminué de 68%.

Les maladies non transmissibles comme le diabète (5% chez les sujets de 15 à 64 ans), les maladies respiratoires chroniques (12,4% en milieu scolaire), les maladies cardiovasculaires avec 28,1% de HTA, les cancers du col de l’utérus (0,5%) et le cancer du foie 31,5 p.100 000 et la drépanocytose (11,57%) prennent de plus en plus d’importance. Par ailleurs, 31% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique. Les accidents de la circulation représentent plus de 60% de toutes les formes de violences et traumatismes crâniens enregistrés[[1]](#footnote-1).

## Politique de santé

La politique de santé de la Guinée adoptée par le gouvernement est celle portant sur la santé pour tous à l’horizon 2020 et sa stratégie est soins de santé primaires. Elle comporte une vision, un but, des objectifs et des orientations stratégiques consensuels.

### Vision

L’énoncé de la vision est une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d’un accès universel à des services et soins de santé de qualité, avec leur pleine participation.

### But

Le but est de contribuer à l’amélioration du bien-être de la population guinéenne

### Objectif

* Objectif général : Améliorer l’état de santé de la population guinéenne.

### Orientations stratégiques

Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui seront déclinées en stratégies d’intervention dans le présent PNDS.

* Orientation stratégique 1 : *Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence*
* Orientation stratégique 2 : *Promotion de la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées*
* Orientation stratégique 3 : *Renforcement du système national de santé*

## Organisation du système national de santé

Le système de santé en République de Guinée est basé sur le découpage administratif du pays, niveau central, régions, Préfectures, sous-préfectures et communauté qui constitue un cadre d’appui au développement du système de santé.

Le système de santé comprend les structures administratives pour l’organisation, la coordination, la gestion des services de santé et des structures opérationnelles pour les prestations des soins.

### Organisation administrative du système de santé

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

* le niveau central, qui comprend le secrétariat général, les directions et leurs subdivisions organisées autour du Cabinet du Ministre.
* le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales de la santé;
* le niveau périphérique qui est représenté par les préfectures (districts) sanitaires.

### Organisation et fonctionnement des structures de soins

Les structures publiques de soins sont organisées de façon pyramidale qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires, correspondant à trois échelons :

* le premier échelon de soins est le Poste et Centre de santé (CS)/CSA qui sont les structures sanitaires de base du système de santé. Leur nombre est de 410 CS et 960 PS en 2017. Ces structures gravitent autour des hôpitaux préfectoraux et des CMC, qui sont au nombre de 45;
* le deuxième échelon est représenté par les hôpitaux régionaux qui font office de préfectoral dans les préfectures où ils sont implantés et constituent les premiers recours des hôpitaux préfectoraux de la région. Ils servent de référence pour les formations sanitaires de la préfecture et des communes sont au nombre de 7 en 2017,
* le troisième échelon est constitué par les Hôpitaux nationaux au nombre de 03 Il est le niveau de référence le plus élevé, les soins spécialisés. Il s’agit des hôpitaux nationaux de DONKA, Ignace Deen et Kipé.

En plus des structures publiques, la Guinée compte un nombre important de structures privées et de tradithérapeutes avec la reconnaissance de l’importance de la médecine traditionnelle par le Ministère de la Santé.

## Les ressources du secteur

### Ressources humaines

L’analyse des données disponibles montre que les structures de soins publiques de niveau primaire (PS, CS, CSA) emploient 33% des professionnels de santé, le niveau de soins secondaire (CMC, HP, HR) et le niveau tertiaire (HN) respectivement 23% et 19%. Le reste se répartit entre les administrations préfectorale (4%), régionale (1%) et centrale (3%) y compris les programmes et autres structures publiques (17%).

### Ressources financières :

Dans cette section, il a été retenu de présenter l’évolution des efforts du gouvernement dans le financement de la santé.

Avec un engagement des Etats membres de l’UA de porter le budget de la santé à 15%, le gouvernement compte tenue de ses réalités s’est fixé un objectif de 10%. De 2014 à 2017 l’Etat est passé de 2.4% à 5% environ. Cette augmentation s’est traduite par une augmentation substantielle des ressources physiques (personnels, plateau technique équipement, médicament etc…) ce qui devrait améliorer la facilité d’accès aux services.

**Evolution de la part du budget de l’Etat allouée au Ministère de la Santé**

La dépense totale en santé (DTS) par habitant et par an est estimée à 395 319,19 GNF en 2016, soit 43 USD[[2]](#footnote-2). Elle correspond à 6,4% du PIB[[3]](#footnote-3). En 2014 elle était de 187 US $ en Côte d’Ivoire et 107 US$ au Sénégal[[4]](#footnote-4).

La répartition de la DTS par source montre que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 46,4% des dépenses, suivi du Reste du monde, avec 35,7% des dépenses de santé. L’Etat est la troisième source de financement de la santé avec 15,1% des dépenses de santé[[5]](#footnote-5)*.*

# CHAPITRE II : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Les objectifs et la démarche méthodologique ont été formulés à partir des directives du bureau régional de l’OMS qui s’inscrit dans le cadre de l’appui de cette institution aux Etats membre.

Ces supports ont été adaptés au contexte national et ont servi d’outils de collectes et de formation des enquêteurs.



## Objectifs

* Identifier les forces et les faiblesses dans les structures organisationnelles, les processus managériaux, la prestation des services, la participation communautaire, la responsabilisation, la gestion des ressources dans le district ;
* Développer un programme d’action pour améliorer l’opérationnalité du système de santé sur la base des résultats de l’évaluation et dans la collaboration de toutes les parties impliquées dans le développement du secteur de la santé ;
* Renforcer l’équipe cadre du district (en termes d’effectifs, de compétences et d’organisation).

## Méthodologie

L’évaluation de l’opérationnalité est définie comme une revue de l’organisation et de la gestion du système de santé en termes de structures, de processus managérial, de priorités, de participation communautaire, de disponibilité et de gestion des ressources.

La démarche méthodologique adoptée pour répondre aux besoins de l’étude a impliqué un choix judicieux des critères d’évaluation, de l’échantillon, la définition claire des sources de données, la méthode de collecte des données, un traitement approprié de celles-ci, et le choix des méthodes d’analyse.

### Critères d’évaluation :

* **Structures de fonctionnement de la gestion de la santé du district**
* Comité de développement du district
* Comité de santé du district
* Equipe de gestion de la santé du district
* **Processus managérial**
* Plans opérationnels
* Lignes directrices, standards et normes
* Activités de supervision et de contrôle du progrès
* **Activités des services de santé**
* Interventions de santé publique
* Soins de santé de base
* Interventions reliées à la santé
* **Initiatives de la santé communautaire**
* Structures communautaires fonctionnelles
* Activités communautaires
* Fonds communautaires
* **Disponibilité des ressources de la santé**
* Ressources financières
* Ressources humaines
* Equipements, médicaments et fournitures

### Taille et distribution de l’échantillon

Les informations nécessaires pour une bonne appréciation des capacités techniques et managériales des districts de santé par apport aux besoins de développement sanitaire requièrent une taille suffisante de l’échantillon en termes de couverture géographique du territoire et de catégories de structures de santé à cibler.

Ainsi, compte tenu des effectifs des districts dans le pays (38), la taille de l’échantillon a été fixée au minimum de 42% de l’ensemble des districts, tel que préconisé par l’OMS soit 16 districts.

La répartition de cet échantillon a tenu compte d'un certain nombre de critères de stratification du pays, dont notamment le découpage en régions administratives du pays. L’étude a couvert tout le territoire de façon stratifiée tenant compte des régions administratives. Ainsi pour chaque région il a été sélectionné de la préfecture du chef-lieu de la région et une autre préfecture.

**Tableau 1 : Echantillon de l’étude**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Strate** | **Nombre retenu/total** | **District retenu** |
| Ville de Conakry | 2/5 | Ratoma et Matam |
| Région de Boké | 2/5 | Boké et Gaoual |
| Région de Faranah | 2/4 | Faranah et Kissidougou |
| Région de Kankan | 2/5 | Kankan et Kérouané |
| Région de Kindia | 2/5 | Kindia et Télimélé |
| Région de Labé | 2/5 | Labé et Lélouma |
| Région de Mamou | 2/3 | Mamou et Dalaba |
| Région de Nzérékoré | 2/6 | Nzérékoré et Guéckédou |

### Sources des données

L’étude a utilisé des données d’enquête collectées auprès des différents acteurs du système de santé et des données secondaires fournis par des documents officiels du gouvernement.

* Les données d’enquête ont été collectées auprès des districts de santé de l’échantillon sur la base de deux questionnaires (un pour l’équipe cadre de district et l’autre pour les formations sanitaires) élaborés par l’OMS et adaptés au contexte national par le ministère de la santé.
* Les données secondaires ont été collectées au niveau des Ministères du plan et de l’économie, de la santé, du budget et des finances à travers les documents RGPH, l’EDS 2018, le MICS 2016, l’annuaire des statistiques sanitaires, l’annuaire des gestion hospitalière et les différentes lois des finances .

### Saisie et traitement des données

Les données collectées ont été saisie sur la maquette de saisie préparée par l’OMS à cet effet. Cette maquette a été bâtie sur le logiciel Excel.

Les données saisies ont été apurées des valeurs aberrantes éventuelles. Leur saisie a également fait l’objet de quelques ajustements.

En effet, à l’examen de la maquette de saisie et de calcul fournie par les évaluateurs, quelques erreurs ont été relevées. Les formules de calcul du nombre de sages-femmes par millier d’habitants, du total des recettes des districts de santé, du total des centres de santé intégrés (dans Formations sanitaires) sont, par exemple, de cette catégorie. Les nombres entiers obligatoires (dans la Feuille des résultats) et des listes déroulantes (pour le cas des chirurgiens et des infirmiers des centres de santé intégrés (Feuille « Personnel ») ont été préconisés de façon peu appropriée.

### Analyse des données et rédaction du rapport

#### **Analyse des données**

De la base des données, 24 tableaux ont été générés regroupant l’ensemble des domaines et des structures évaluées. Les indicateurs de ces tableaux ont été décrits en termes de dispersion ou d’indice au cas où il s’agit d’un ratio.

Une fois le questionnaire de district saisie, l'équipe d’évaluation doit identifier les forces et les faiblesses du système sur la base de critères définis dans les sections appropriées. Elle devrait également prendre le temps de déterminer et d’examiner les causes des faiblesses identifiées, et analyser les liens entre celles-ci.

Les forces, les faiblesses et leurs causes doivent être définies de façon aussi précise que possible, afin que des solutions appropriées y soient trouvées.

#### **Rédaction du rapport**

La rédaction du rapport d’évaluation peut être confiée à un sous-groupe. Ce rapport peut être structuré comme suit :

* Résumé
* Introduction
* Contexte
* Objectifs
* Méthodologie (y compris la taille de l'échantillon et les sources d'information)
* Résultats et analyse : cette partie doit mettre en exergue les forces et les faiblesses pour chacun des critères suivants :
* Structures de gestion
* Processus gestionnaire
* Activités de santé et apparentées
* Participation communautaire
* Financement sanitaire de district et gestion des ressources
* Conclusion
* Recommandations

# CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS DE L’ETUDE

Les résultats de l’étude sont présentés dans les différentes parties ci-après : les caractéristiques des districts sanitaires, la gestion du district (processus gestionnaire, ressources et activités, collaboration intersectorielle) les formations sanitaires des districts comportant la couverture, les ressources, les PMA, le statut de la formation sanitaire et la capacité technique et gestionnaire de réaliser les interventions en rapport avec les ODD.

## Caractéristiques des districts sanitaires

Les caractéristiques des districts sanitaires ont été examinées selon les dimensions population, taille, aires de santé et ratio population/formations sanitaires.

L’évaluation a porté sur un échantillon de 16 districts sanitaires sur les 38 que compte le pays soit 42% repartis sur les 8 régions administratives pour une population de 5 735 667 habitants. Elle couvre la presque moitié de la superficie du pays et des aires de santé. La population moyenne par district sanitaire est de 358 479 habitants avec des extrêmes allant de 151 154 à Dalaba à 758 946 à Ratoma.

La superficie totale couverte par l’échantillon est de 120 713 km2 soit une moyenne de 7 545 km2 avec des extrêmes comprises entre 62 km2 à Ratoma et 19 750 km2 à Kankan. L’échantillon compte 208 aires de santé soit une moyenne de 13 aires de santé par district sanitaire avec des extrêmes allant de 3 à Matam et 18 à Kankan, Labé et Mamou.

Le ratio habitant par aire de santé est en moyenne de 27 843 avec des extrêmes allant de 15 115 à Dalaba à 94 868 à Ratoma.

Il ressort de ce constat une disparité de l’offre entre les districts sanitaires qui s’expliquerait par la non mise à jour de la carte sanitaire depuis 2006 et l’accroissement de la démographie. Ceci a pour conséquence l’implantation anarchique des structures privées. Cette situation est aggravée par l’absence de partenariat public-privé et la faiblesse de la régulation du marché des soins.

## Gestion du district

L’évaluation de la fonctionnalité des districts est basée sur les cinq critères définis à la conception de l’étude et porte sur les structures opérationnelles de gestion de santé de district, le processus gestionnaire, les activités prioritaires de santé, les initiatives de santé communautaire et la disponibilité de ressources sanitaires et apparentées gérées localement.

### Structures de gestion

Les structures concernées par l’évaluation sont le comité préfectoral de développement, le comité préfectoral de coordination du secteur de la santé et l’équipe de gestion sanitaire de district. Ces trois structures ont été évaluées en termes d’existence physique, d’existence des directives régissant leur fonctionnement, de tenue des réunions statutaires et d’existence des cadres de prise de décisions.



#### **Comité préfectoral de développement**

Sur un échantillon de 16 districts enquêtés, 56% ont un comité préfectoral de développement ; 50% possèdent des directives régissant leur fonctionnement soit 89% des structures existantes ; 56% tiennent les réunions statutaires et 56% sont des cadres de prise de décisions.

Selon les réponses fournies par les personnes enquêtées, les administrations des districts de Ratoma, Matam, Kérouané, Mamou, Dalaba et Gueckédou ne disposeraient pas de Comité préfectoral de développement.

#### **Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé**

Cette structure de coordination du secteur de la santé existe dans 100% des districts enquêtés parmi lesquels 81% ont des directives régissant leur fonctionnement et 75% tiennent des réunions statutaires. Le cadre de prise de décision existe dans 94% des districts selon les réponses fournies par les personnes enquêtées.

Bien que le comité existe dans toutes les structures enquêtées, l’absence de directives régissant son fonctionnement a été notée par endroits.

#### **Equipe de gestion sanitaire de district**

La totalité des districts enquêtés (100%) dispose des équipes de gestion sanitaire de district dont 88% possèdent des directives régissant leur fonctionnement. La tenue des réunions statutaires a été notifiée dans 94% des structures et le cadre de prise de décision existe dans 94% des districts.

### Processus gestionnaires



La totalité des districts sanitaires enquêtés disposent chacun d’un plan d’action opérationnel qui est mis en œuvre.

Si les agents de santé ont été impliqués à 100%, la participation du comité préfectoral de Coordination du Secteur de la santé et les ONG n’a été que de 75% respectivement, celle du comité préfectoral de développement des collectivités locales et des PTF de 81% et les représentants des FOSA non-publiques de 69%.

Dans le processus d’élaboration et de mise en œuvre, le ministère de la santé a contribué par la mise à disposition des outils, la formation de l’équipe cadre sur l’élaboration des plans, l’allocation des budgets pour le processus d’élaboration et la validation des plans élaborés. L’implication des acteurs dans le processus n’a pas été totale à tous les niveaux.

* Réformes du secteur de la santé
* Collaboration avec d'autres acteurs du système de santé
* Directives et normes
* Supervision et suivi
* Gestion des médicaments
* Mécanismes de référence
* Système d'information pour la gestion sanitaire et la recherche

## Ressources et Activités de l’équipe cadre de district sanitaire

Dans cette section, il a été évalué les capacités de l’équipe cadre de district en termes de disponibilité de personnel, d’infrastructures, d’ordinateurs, de fournitures, etc.

### Potentialités de l’équipe cadre de district sanitaire

#### **Personnel**

La totalité des districts enquêtés possèdent d’un nombre suffisant de personnel mais les compétences sont mal équilibrées.

En effet dans la plupart des districts la gestion financière est part le SAF de l’hôpital, les ressources humaines sont gérées par le Directeur et les approvisionnements par le pharmacien de l’hôpital. Aussi, seulement 25% disposent d’un médecin de santé publique.

#### **Infrastructures**

La totalité des districts sanitaires enquêtés dispose de bureaux et de salles de réunion adéquats.

#### **Equipement et satisfaction**

Le niveau de satisfaction des répondants pour ce qui concerne les équipements en ordinateurs fonctionnels, les véhicules de supervision et le système de communication est de 94%.

### Activités de l’équipe cadre de district

* **Programmation, production des rapports SNIS, organisation des réunions de staff et des supervisions intégrées**

Dans les 16 districts enquêtés, il a été noté une disponibilité entière des plans annuels assortis de chronogramme ainsi que la production des rapports SNIS. De même, la totalité des réunions de staff et des supervisions intégrées programmées a été exécutée.

* **Niveau d’implication des équipes cadres dans les activités communautaires**

La proportion des districts sanitaires dont les équipes cadres sont impliquées dans les activités communautaires se présente comme suit :

* Pour l’assainissement : 88%
* Pour la préparation aux situations de catastrophe : 81%
* Pour l’approvisionnement en eau potable : 69%
* Pour la sécurité alimentaire et des produits alimentaires dans les familles : 63%
* Dans la prévention des accidents au lieu de travail : 56%
* Dans la lutte contre la maltraitance des enfants : 44%
* Dans la lutte contre la violence domestique : 44%
* Dans la prévention des accidents au foyer : 25%
* Dans la prévention des accidents de circulation : 25%.

### Ressources financières

Seuls 44% (7/16) des districts sanitaires enquêtés disposent de documents de normes et procédures de gestion financière.

* **Recettes**

Les principales sources de recette des districts sanitaires enquêtés sont : **l’**Etat, les Partenaires Technique et Financiers, le recouvrement de couts et les collectivités décentralisées qui ont contribué durant l’année considérée à hauteur respectivement de 50 627 949 967 (Etat) ; 25 535 372 904 (PTF); 6 862 746 767 (recouvrement des couts); 4 235 650 (Collectivités) soit un total de 83 030 305 288 pour les 16 districts enquêtés. Ainsi, les efforts de financement des districts enquêtés par source se présentent comme suit : Etat (61%), Partenaires Techniques et Financiers (31%), Recouvrement de couts (8%) et Collectivités décentralisées (0,01%).

Cependant, il faut prendre ces résultats avec des réserves en raison de la faible disponibilité des données financières récoltées (de nombreux cas de données manquantes notamment en matière de recouvrement de couts).

* **Dépenses**

Sur les cinq postes de dépense ciblés à savoir : personnel, approvisionnement en médicaments essentiels génériques, autre fonctionnement, fonds de solidarité et investissement, la disponibilité des données a été très partielle.

En raison de l’envergure des données manquantes, les données obtenues ne permettent pas une analyse susceptible de refléter la réalité des dépenses sur le terrain en termes de volume et de structure.

Il est notable de relever qu’il n’existe aucune donnée sur des dépenses sur l’approvisionnement en médicaments et le fonds de solidarité au niveau des districts sanitaires enquêtés. Un seul district (Faranah) a rapporté une dépense d’investissement. Il faut signaler que les dépenses de personnel avec 52 547 389 967 GNF ont été les plus notées suivies de celles du fonctionnement (2 113 266 926GNF) et d’investissement (1 230 875GNF).

La cause probable de cet état de fait serait une mauvaise gestion des ressources financières, au manque de personnels qualifiés affectés à la fonction (SAF, comptable) et à l’insuffisance de leadership du responsable de district.

## Formations sanitaires des districts

Les formations sanitaires objet de la présente évaluation concernent les hôpitaux de district, les hôpitaux spécialisés et les centres de santé intégrés.

### Hôpitaux de district

Dans cette étude, sont considérés comme hôpital de district aussi bien l’hôpital préfectoral que le centre médical communal, le centre de santé amélioré et la clinique privée.

Le nombre total d’hôpitaux de district enquêtés est de 19 soit 7 hôpitaux préfectoraux, 6 CMC, 5 CSA et 1 clinique privée.

* **Nombre avec activités de référence**

Aucun hôpital de district ne développe exclusivement que des activités de référence. Ce qui reflète la réalité du système de santé Guinéen.

L’ensemble des hôpitaux des districts enquêtés développent chacun en ce qui le concerne, le PMA complet. Autrement dit, aucun des établissements hospitaliers de district n’offre un PMA incomplet.

* **Statut gestionnaire**

Du point de vue statut gestionnaire, la situation des établissements hospitaliers enquêtés se présente comme suit :

* Etablissements publics ; 88%
* Etablissement confessionnels ; 12%.
* **Fonctionnalité**

Tous les hôpitaux des districts enquêtés sont fonctionnels selon les réponses données par les personnes enquêtées.

### Etablissements de soins spécialisés

L’échantillon étudié compte au total 8 établissements de soins spécialisés correspondant aux sept hôpitaux régionaux et l’hôpital confessionnel « Compassion » dans la préfecture de Mamou.

* **Nombre avec activités de référence**

Aucun établissement de soins spécialisés ne développe exclusivement que des activités de référence. Aussi, les hôpitaux régionaux constituent les hôpitaux de district des chefs-lieux des régions, ce qui reflète la réalité du système de santé Guinéen.

L’ensemble des établissements de soins spécialisés enquêtés développent chacun en ce qui le concerne le PMA complet.

* **Statut gestionnaire**

Du point de vue statut gestionnaire, la situation des établissements hospitaliers enquêtés se présente comme suit : Publique 88% et Confessionnelle 12%.

* **Fonctionnalité**

Tous les établissements de soins spécialisés enquêtés sont fonctionnels selon les réponses données par les personnes enquêtées.

### Formations sanitaires de base : Centres de santé intégrés

* **Nombre total**

Les centres de santé de l’échantillon sont au nombre de 209

* **Statut gestionnaire**

Les centres de santé se répartissenten206 publics (98%), 2 confessionnels (1%) et 1 communautaire (1%).

Il faut signaler qu’il existe un nombre important de centres de santé privés formels qui développent des activités mais qui ne fournissent des rapports SNIS. Ce qui dénote une insuffisance de collaboration entre les secteurs public et privé.

* **Fonctionnalité**

Tous les centres de santé de l’échantillon sont fonctionnels et développent l’ensemble du paquet minimum d’activités.

## Activités communautaires

Sur les 16 districts enquêtés, l’existence de groupements communautaires a été notée au niveau des 14 soit 88% dont 11 disposent des directives sur leurs rapports avec les structures sanitaires du district (60%).

La contribution des communautés dans la fourniture des ressources en santé reste globalement faible. Elle est plus importante en apports matériels et infrastructures 6 (38%) noté dans les districts de Gaoual, Kankan, Kérouané, Télimélé et Labé ; ensuite en ressources humaines (25%) et enfin en ressources financières (13%).

Les sources de financement des groupements communautaires au niveau des districts enquêtés sont les suivantes : l’Etat (31%), les ONG (44%) et les membres de la communauté (38%).

Pour les mécanismes de rétroinformation utilisés, les boîtes à suggestions, l’examen des plaintes et l’enquête sur la satisfaction de l'usager ont été notés dans 12 districts sanitaires soit 75%. **La p**articipation des représentants communautaires aux réunions a été notée dans 13 districts de santé sur les 16 soit 81%.

## Résultats des formations sanitaires

Les résultats portent sur l’effet de la gestion du district et des activités des formations sanitaires sur la qualité de la prise en charge des populations pour l’amélioration de leur état de santé. Ils sont relatifs à la couverture des prestations essentielles, à la capacité de réaliser les OMD et à la disponibilité des principales ressources.

### Couverture des prestations

La couverture des prestations essentielles retenues dans l’étude couvre les interventions à haut impact qui suivent : la consultation primaire curative, la vaccination, la Consultation Prénatale, l’accouchement assisté, la planification Familiale, la disponibilité en médicaments essentiels et la césarienne.

* Pour la consultation primaire curative, la moyenne nationale est de 0,46 nouveaux contacts par habitant et par an constitués des consultations externes à l’hôpital et des premiers contacts enregistrés dans les centres de santé ; avec des extrêmes de 0,24 NC/hbt à Matam à 0,68 NC/hbt à Kissidougou.
* Pour la vaccination, les couvertures moyennes sont 90% pour le penta3 (64% à Matam et 115% à Dalaba) et 81% pour la rougeole (47% à Gueckédou et 115% à Dalaba).
* Pour la CPN, la moyenne nationale est de 89% avec 45% à Ratoma et 113% à Kankan.
* Pour l’accouchement assisté, la moyenne est de 90% avec 76% à Gueckédou et 107 à Kindia.
* Pour la planification familiale, la moyenne est faible 0,38%.

Ces taux de couverture restent à valider au regard des résultats des enquêtes de couverture vaccinale et de la faible qualité des données.

* Pour la disponibilité en médicaments essentiels, la moyenne est de 68% avec 65% à Ratoma, Kérouané, Télimélé, Dalaba et Gueckédou et 80% à Labé.
* Pour la césarienne, la moyenne est de 5 avec des extrêmes de 2 à Boké, Gaoual et Télimélé et de 10 à Matam.

### Contribution du district aux ODD

Dans cette section, il a été examiné la proportion des structures sanitaires qui développent des interventions en rapport avec les cibles et les objectifs des ODD.

Le niveau des indicateurs se présente comme suit : la distribution des moustiquaires imprégnées d’insecticides : 92%, le CTA : 98%, le Traitement Préventif Intermittent : 92%, le dépistage VIH : 98%, la disponibilité en ARV : 21%, la PCIME : 98% et le DOTS : 0%.

Le taux élevé des couvertures des services offerts pourrait s’expliquer par l’intégration de plus en plus des programmes verticaux aux PMA et PCA des centres de santé à l’exception de la lutte contre la tuberculose encore limité à certains centres de santé urbains et à des structures spécifiques (**LTO**) directement rattachées aux DPS.

### Disponibilité des ressources pour 100.000 habitants

Dans cette section, il a été examiné la disponibilité des établissements de soins, des équipements pour la chirurgie, des lits et des soins obstétricaux et du personnel. Les principaux indicateurs sont ainsi déclinés :

Hôpital de District : 0,33 hôpital pour 100.000 habitantssoit un hôpital pour 300 000 habitants conformes à la population moyenne du district de l’échantillon de l’étude.

Centre de Santé intégré : 3,64 centres de santé pour 100.000 habitants soit un centre pour 25 000 habitants correspondant à la population moyenne d’une aire de santé constatée dans la description du district.

SOUC : 0,63 SOUC pour 100.000 habitantssoit environ un SOUC pour 200 000 habitants ce qui est conforme aux normes qui sont définies dans le cadre de lutte contre la pauvreté. La différence constatée avec le ratio pour les HP est que l’ambulance a été prise en compte dans le calcul des indicateurs car il peut faciliter l’accessibilité à une césarienne.

Antenne chirurgicale : 0,31 antenne pour 100.000 habitantssoit une antenne pour 300 000 habitants conformes à la population moyenne du district de l’échantillon de l’étude.

Lits d'hospitalisation : 24,94 lits pour 100.000 habitants soit environ un lit pour 4 000 habitants. Cette situation serait dû au fait que les capacités d’hospitalisation des HN ne sont pas en compte dans cette étude. Cette moyenne cache assez de disparités d’une préfecture à une autre.

Lits pour maternité : 5,36 lits pour 100.000 habitants soit environ un lit de maternité pour 19 000 habitants. Cette situation montre que les maternités des hôpitaux sont orientées presque exclusivement vers les accouchements compliqués.

Médecins : 9,03 médecins pour 100.000 habitants soit un médecin pour 11 000 habitants.

Infirmiers : 15,63 infirmiers pour 100.000 habitants un infirmier pour 6 400 habitants soit un médecin pour deux infirmiers montrant un déséquilibre dans la combinaison des compétences.

Sages-femmes : 8,09 sages-femmes pour 100.000 habitants soit une sage-femme pour 12 400 habitants

Pour toutes ces catégories professionnelles, ces moyennes cachent assez de disparités d’un district sanitaire à un autre.

## Potentialités et équipement des formations sanitaires

Dans cette section, les potentialités et les équipements des structures de prestation de soins ont été évalués en tenant compte du personnel, du plateau technique (SOUC et antenne chirurgicale), de la chaine de froid, des bâtiments des équipements de communication et de la disponibilité de l’eau, de l’électricité et de l’ambulance pour chaque niveau de soins.

### Hôpitaux de district

L’évaluation a montré que 100% des 27hôpitaux de districtévaluésdisposent de Plateau technique, d’équipement requis, de bâtiments adéquats, d’eau, d’électricité et d’ambulance.

Par contre, 85% d’entre eux disposent de personnel en nombre requis en raison de la pléthore constatée à Matam et à Ratoma.

### Centres de Santé intégrés

La potentialité des centres de santé a été évaluée sur la base de la fonctionnalité des comités de gestion, la disponibilité en nombre requis du personnel, d’équipements, de bâtiments adéquats, d’eau, d’électricité de moyens de transport, de communication et de chaine de froid ainsi **que** les médicaments essentiels.

Les niveaux des indicateurs sont : 99% pour les comités de gestion fonctionnels, les équipements, les bâtiments adéquats, l’eau, l’électricité, le transport, la communication et la chaine de froid ; 87% pour le personnel requis et 0% pour les médicaments essentiels.

## Situation du Personnel

Pour apprécier la situation globale et par district sanitaire, l’évaluation a porté sur les principales catégories de personnel des hôpitaux, des centres de santé, des équipes cadres et le total de l’échantillon.

### Personnels des Hôpitaux de district

La situation du personnel de santé dans les hôpitaux de districts se présente comme suit :

* 283 médecins généralistes dont 56 à compétence chirurgicale ;
* 3 médecins spécialistes tous des chirurgiens ;
* 339 infirmiers ;
* 187 sages-femmes.

### Personnels des Centres de santé

Dans centres et postes de santé, on compte :

* 124 médecins généralistes dont 2 à compétence chirurgicale ;
* 540 infirmiers ;
* 277 sages-femmes.

### Personnels des Equipes cadres de district

La situation du personnel de santé des équipes cadres de district se présente comme suit :

* 96 médecins généralistes ;
* 18 infirmiers.

### Total des Personnels des Districts sanitaires

Du point de vue ressources humaines, l’évaluation de la fonctionnalité des districts sanitaires a été basée sur la disponibilité en médecins, répartis en généralistes et spécialistes, infirmiers et sages-femmes. Globalement, la situation se présente comme suit : 503 Médecins généralistes dont 58 à compétence chirurgicale ; 15 médecins spécialistes dont 11 chirurgiens ; 897 infirmiers et 464 sages-femmes.

Vue sous l’angle des équilibres interprofessionnels, on note : un médecin pour 2 infirmiers. Ce pendant la situation est variable d’un district à l’autre avec 1 médecin pour moins d’un infirmier (0,55) à Matam et 1 médecin pour 5 infirmiers à Lélouma.

Il se dégage de ce constat, une gestion calamiteuse des ressources humaines particulièrement pour Conakry.

## Contribution des établissements à l’atteinte des ODD

### Hôpitaux de district

La contribution des structures de santé à l’atteinte des ODD à travers les activités primaires ciblées est fonction de leur statut et des directives nationales en vigueur. Ainsi pour l’offre des services, 11sur les 19 structures distribuant les MII et faisant le TPI sont les CSA et CMC considérés dans cette l’étude comme des hôpitaux de district. Tous les 19 hôpitaux de district développent les activités de CTA, le dépistage VIH, la dispensation d’ARV et les services de PCIMNE.

Ces structures disposent de 577 lits dont 134 pour la maternité et aucune formation n’offre de services de DOTS, encore limités à certaines structures spécifiques (**LTO**) directement rattachées aux DPS.

### Centres de santé intégrés

La contribution des centres de santé intégrés à l’atteinte des ODD à travers les activités primaires ciblées est fonction de leur statut et des directives nationales en vigueur. Ainsi, pour l’offre des services, 208 développent des activités de CTA, TPI, dépistage VIH et les services de PCIMNE. 207 distribuent le MII et 24 les ARV.

Aucun centre de santé intégré ne dispose de lits d’hospitalisation et n’offre de services de DOTS, encore limités à certaines structures spécifiques directement rattachées aux DPS (service LTO).

La contribution des centres de santé intégrés à l’atteinte des ODD à travers les activités primaires ciblées est fonction de leur statut et des directives nationales en vigueur. Ainsi pour l’offre des services, 208 développent des activités de CTA, TPI, dépistage VIH et les services de PCIMNE. 207 distribuent le MII et 24 les ARV.

Aucun centre de santé intégré ne dispose de lit d’hospitalisation et n’offre des services de DOTS, encore limité à certaines structures spécifiques (**LTO**) directement rattachées aux DPS.

# CHAPITRE IV : COMPARAISON DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE FONCTIONNALITE AUX ANNEES 2007 ET 2020

**Tableau 2 ; Evolution des principaux indicateurs\* de la fonctionnalité des districts de 2007 et 2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs de fonctionnalité** | **Evaluation 2007** | **Evaluation 2020** |
| **1. Caractéristiques, structures et activités et gestion des districts  pour chaque échantillon par enquête** | | |
| Population desservie | 2987126 | 5735667 |
| Superficie couverte | 70285 | 120713 |
| Nombre d'aires de santé (FS) | 118 | 206 |
| Ratio population/FoSa | 25315 | 27843 |
| Nombre Comités de santé de district (comité préfectoral de coordination de la santé) | 0 | 16 |
| Fréquence de la réalisation des réunions de staff | 74% | 94% |
| Plan annuel | 1 | 1 |
| % des districts sanitaires disposant d’un document national de procédures financières | 41% | 43% |
| **2. Ressources Humaines pour la Santé pour chaque échantillon par enquête** | | |
| Nombre total Médecins | 151 | 518 |
| Nombre de médecins santé publique | 11 | 58 |
| Total Médecins généralistes | 144 | 503 |
| Médecins généralistes à compétence chirurgicale | 42 | 58 |
| Total médecins spécialistes | 7 | 15 |
| Médecins chirurgiens spécialistes | 3 | 11 |
| Nombre infirmiers | 1 259 | 897 |
| Nombre Sages-femmes | 108 | 464 |
| Densité Médecins/ 10000 hbts | 0,8 | 1 |
| Densité Infirmiers / 10000 hbts | 4,21 | 15,64 |
| Densité Sages-femmes / 10000 hbts | 0,36 | 0.8 |
| **3. Ressources Financières de la santé pour chaque échantillon par enquête** | | |
| Recettes annuelles Etat | 8 044 023 455 | 50 627 949 967 |
| Partenaires (aide publique) | 461 523 320 | 25 535 372 904 |
| Communautés (recouvrement) | 2 586 847 747 | 6 862 746 767 |
| Collectivités décentralisées | 29 759 500 | 4 235 650 |
| Recettes totales | 11 122 154 022 | 83 030 305 288 |
| Dépenses annuelles totales | 10 173 603 251 | 54 661 888 768 |
| Salaires annuelles Personnel | 7 075 833 715 | 52 547 389 967 |
| Dépenses annuelles Réapprovisionnement en MEG | 1 553 786 757 | ND |
| Dépenses annuelles Fonctionnement | 1 490 865 504 | 2 113 266 928 |
| Dépenses annuelles Investissement | 0 | 1 230 875 |
| **4. Infrastructures, Equipements, MEG, Vaccins, Technologies pour chaque échantillon par enquête** | | |
| Infrastructures Bâtiments requis | 51% | 100% |
| % de districts sanitaires équipés de mobiliers de bureau adéquats | 100% | 100% |
| % de districts sanitaires disposant de salles de réunion adéquates | 100% | 100% |
| % de districts sanitaires disposant d'ordinateurs fonctionnels | 100% | 94% |
| % de districts sanitaires disposant de véhicules de supervision | 100% | 100% |
| Disponibilité de lits d'hospitalisations pour 10 000 hbts | 1 | 2,5 |
| % de formations sanitaires disposant d’eau potable | 59% | 88% |
| % de formations sanitaires disposant d’électricité | 65% | 99% |
| % de formations sanitaires disposant de moyen de communication | 33% | 100% |
| % de formations sanitaires disposant des équipements requis | 41% | 95% |
| % de formations sanitaires disposant de chaine froid | 83% | 98% |
| % de formations sanitaires disposant de MEG requis | 15% | 63% |
| **5. Information sanitaire pour chaque échantillon par enquête** | | |
| Taux de complétude de Rapport annuel | 100% | 0% |
| Taux de complétude de Rapports SNIS | 100% | 100% |
| Taux de fourniture de Rapport de recherche | 83% | 0% |
| Fréquence de réalisation des monitorages | 100% | 100% |
| Fréquence de réalisation des supervisions intégrées | 62% | 50% |
| **6. Prestations de services pour chaque échantillon par enquête** | | |
| Consultation curative NC/an/hbt | 0,3 | 0,45 |
| % de formations sanitaires offrant le paquet de services essentiels de santé (PMA) | 85% | 100% |
| % de formations sanitaires offrant un SONUC complet | 76% | 95% |
| % de formations sanitaires offrant MII | 91% | 92% |
| % de formations sanitaires offrant CTA | 98% | 98% |
| % de formations sanitaires offrant TPI | 92% | 92% |
| % de formations sanitaires offrant Dépistage VIH | 98% | 98% |
| % de formations sanitaires offrant ARV | 21% | 21% |
| % de formations sanitaires offrant DOTS | 0 | 0 |
| % de formations sanitaires offrant PCIME | 98% | 98% |
| Taux couverture DTC3/Penta3 | 90% | 81% |
| Taux couverture rougeole | 81% | 91% |
| Taux couverture CPN | 89% | 89% |
| Taux couverture accouchement assisté | 90% | 90% |
| Taux couverture PF | 3,75% | 38% |
| Taux de césarienne | 4,25% | 4% |

Trois évaluations ont été réalisées au cours de ces dix dernières années (2007, 2014 et 2020). La méthodologie utilisée en 2014 a consisté à une évaluation exhaustive de tous les districts du pays (38) rendant non comparables ces résultats à ceux obtenus à partir d’un échantillon constitué en 2007 (12 districts) et 2020 (16 districts). Les comparaisons portent alors sur les progrès enregistrés en 2007 et en 2020 de l’évaluation de la fonctionnalité des districts.

Les indicateurs de la fonctionnalité des districts concernent six domaines ; les caractéristiques, les structures et activités et gestion des districts, les ressources humaines pour la santé, les ressources financières de la santé, les infrastructures, équipements, MEG, Vaccins et Technologies et les prestations de services.

## Caractéristiques, structures, activités et gestion des districts

On note une légère augmentation de la population d’une aire de santé : 25 315 en 2007 et 27843 en 2020 ceci s’explique par le fait que le nombre de centre de santé est resté le même alors que la population croît de 2.7% par an.

## Ressources Humaines pour la Santé

La densité en médecins pour 10000 habitants est passée de 0,8 en 2007 à 1 en 2020 ; pour les infirmiers (ATS et Aides de santé) elle a considérablement augmenté de 4 infirmiers pour 10000 habitants en 2007 à 16 infirmiers pour 10000 habitants en 2020. Quant à la densité en sages-femmes pour 10000 habitants, elle a doublé allant de 0,4 sages-femmes en 2007 à 0,8 sages-femmes en 2020.

Cette situation plutôt acceptable pour un pays comme le nôtre cache, cependant, de sérieux problèmes liés à la distribution et aux compétences requises déjà analysés dans les différents rapports.

## Ressources Financières de la santé

Les documents de procédures de gestion financière ne sont pas systématique, les outils de gestion financière ne sont pas tenus régulièrement, il n’existe pas au niveau des DPS de comptable, la fonction est exécutée par des professionnels de la santé ou, au mieux, par les comptables des hôpitaux. Les montants inscrits pour les exercices budgétaires au profit des districts sont méconnus. Les états financiers de fin d’exercices budgétaires ne sont établis.

## Infrastructures, Equipements, MEG, Vaccins, Technologies

La capacité d’hospitalisation a augmenté, allant de 1 lit à 2.5 lits pour 10000 habitants entre 2007 et 2020 ; pour les véhicules de supervision, les directions préfectorales de la santé disposent chacune au moins d’un véhicule de supervision pour les deux années d’évaluation.

On note une disponibilité de médicaments très variable d’une préfecture à l’autre, aucune DPS ne dispose d’une pharmacie préfectorale qui faciliterait l’approvisionnement des formations sanitaires de base.

## Prestations de services

Pour les prestations de services les données montrent le niveau de couverture des interventions à haut impact et la capacité des structures à fournir des soins en lien avec les ODD.

Le niveau de couverture des interventions à haut impact s’est amélioré à l’exception du DTC3/Penta3 comme le montre les résultats ci-après ;

* Le DTC3/Penta3 est passé de 90% en 2007 à 81% en 2020;
* La Rougeole de 81% en 2007 à 91% en 2020 ;
* La CPN1 et l’accouchement assisté sont restées constantes respectivement à 89% en 2007 et 90% en 2020 ;
* La PF a augmenté de 4% en 2007 à 38% en 2020 (données administratives) ;
* La Césarienne est restée autours de 3%.

Pour la capacité des structures à réaliser les interventions en lien avec les ODD, les variations des taux sont liées au fait que d’emblée dans les PMA des structures, ce type de service n’est pas officiellement retenu comme faisant partie du paquet d’activité de la structure.

# CHAPITRE V : CONSTATS MAJEURS ET RECOMMANDATIONS

## Constats

Pour apprécier les résultats de cette évaluation, l’équipe a identifié les principales forces et faiblesses de l’organisation des services de santé du district.



### Forces

Les forces ont été classées dans les domaines de la gouvernance (structure et processus de planification), les ressources humaines, les infrastructures et les équipements.

En matière de gouvernance, on note l’existence du Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé et de l’équipe de gestion sanitaire ainsi que la disponibilité d’un PAO dans 100% des districts enquêtés.

Pour le personnel, la disponibilité du personnel en nombre suffisant aussi bien pour les structures de prestation des soins que pour les structures de gestion.

En ce qui concerne le matériel, il a été constaté l’existence de bureaux et de salles de réunion adéquats dans la totalité des districts enquêtés.

Pour la gestion, il est apparu la disponibilité entière des plans annuels assortis de chronogramme ainsi que la production des rapports SNIS dans la totalité des districts enquêtés.

### Faiblesses

La principale faiblesse identifiée est le nombre insuffisant des formations sanitaires fonctionnelles de base ; le ratio habitant/aire de santé est en moyenne de 27 843 habitants avec des extrêmes allant de 15 115 à Dalaba à 94 868 à Ratoma ; cela dénote à une disparité de l’offre entre les districts sanitaires.

Les causes principales de cette situation de l’offre des soins sont entre autres :

* la non mise à jour de la carte sanitaire depuis 2006 ;
* le faible alignement des investissements publics à l’accroissement de la démographie ;
* le retard dans l’exécution des marchés de construction des infrastructures ;
* le relâchement de la participation communautaire dans la construction des infrastructures adaptées aux besoins ;
* l’absence de mécanismes suffisamment incitatifs pour fidéliser les RHS dans les districts de santé de l’intérieur du pays.

Pour les questions de gouvernance et de gestion, on note l’absence de directives régissant le fonctionnement du Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé par endroits ; la faible implication des différents acteurs dans l’élaboration des PAO.

Les causes sont entre autres :

* Le manque de gestionnaires dans les districts sanitaires ;
* Le déficit de communication entre le niveau central et les districts ;
* La faible capacité de soutien et de contrôle des régions sur les districts sanitaires

Pour les ressources humaines, il a été constaté la faible disponibilité de personnel spécialisé en santé publique ; la disparité de personnel affecté aux fonctions de gestion. Cela pourrait s’expliquer par le fait que :

* les partenaires ne financent pas la formation des cadres dans le domaine de la gestion et de la santé publique ;
* le déploiement inéquitable des spécialistes de gestion et de santé publique entre les DPS ;
* les outils de gestion du système ne sont pas élaborés par le MS ;
* l’insuffisance de mécanismes de suivi et d’évaluation de la mise en œuvre des PAO et de la redevabilité ;
* les districts sanitaires ne disposent pas de plans triennaux ou quinquennaux ;

Pour les ressources financières, les systèmes d’appui à la gestion financière sont peu fonctionnels à cause de :

* il manque de personnels qualifiés pour la réalisation des fonctions de SAF et de comptable ;
* l’irrégularité de crédits budgétaires pour le fonctionnement délégués aux districts ;
* le manque de transparence dans la gestion des crédits délégués entre la DPS et les services financiers de la préfecture ;
* l’absence de formation continue des agents SAF des services déconcentrés ;
* la faible vulgarisation des manuels de gestion financière au niveau des SAF des services déconcentrés.

En matière du système d’information, l’importance est accordée au système d’information sanitaire et le système d’information pour gestion est relégué au second plan comme le montre la faible disponibilité de documents de normes et procédures de gestionfinancière, de matériel, du personnel, des approvisionnements et Indisponibilité des données sur les dépenses.

En ce qui concerne les prestations, le paquet d’activités des services essentiels n’est pas systématique dans toutes les Fosa ; par exemple, le faible taux des formations sanitaires offrant le traitement ARV.

## Recommandations

Les recommandations s’articulent essentiellement autour des fonctions de gestion : organisation, gestion financière, gestion des ressources humaines, gestion de la logistique et du matériel, gestion des médicaments et des moyens de transport.

Les recommandations principales sont les suivantes :

**Au niveau du Ministère de la santé**

* Dissocier l’implantation des formations sanitaires de la subdivision administrative par la création, au cas par cas, selon les préfectures, des sous-districts de santé ;
* Mettre à jour la carte sanitaire en tenant compte de l’accroissement démographique ;
* Renforcer la régulation du marché des soins ;
* Faciliter le partenariat public-privé dans le secteur de la santé ;
* Lutter contre l’implantation anarchique des structures privées ;
* Elaborer et rendre disponible les directives régissant le fonctionnement du Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé ;
* Poursuivre la mise à échelle des prestations des programmes verticaux dans les PMA des formations sanitaires de base ;
* Renforcer le recrutement et l’utilisation du personnel médical à l’intérieur du pays ;
* Affecter le personnel spécialiste de santé publique et de gestion dans les structures de gestion de l’intérieur du pays

**Au niveau des DPS**

* Impliquer les différents acteurs dans l’élaboration des PAO ;
* Meubler les cadres organiques des structures sanitaires des districts ;
* Favoriser l’implication des équipes cadres dans les activités communautaires ;
* Intégrer les formations sanitaires privés formels qui développent des activités de soins dans le SNIS ;
* Promouvoir la contribution des communautés dans la fourniture des ressources en santé ;
* Garantir la disponibilité des médicaments ;

# CONCLUSION

Cette étude portant sur la fonctionnalité des districts pour l’année 2018 a été réalisée sur un échantillon de 16 préfectures sanitaires sur 38. L’échantillon était constitué de 64 centres de santé publiques ou privés, de 19 formations sanitaires du niveau secondaire dont : 7 hôpitaux préfectoraux, 6 centres médicaux communaux, 5 centres de santé améliorés, 1 clinique privée et 7 hôpitaux régionaux.

Pour cette évaluation, cinq critères ont été utilisés : (i) les structures de fonctionnement de la gestion de santé du district, (ii) le processus managérial, (iii) les activités des services de santé, (iv) les initiatives de la santé communautaire et (v) la disponibilité des ressources de la santé.

Les données ont été collectées à partir de deux questionnaires portant respectivement sur les formations sanitaires et la gestion du district. Ces questionnaires élaborés par l’OMS ont été adaptés au contexte national.

Les données collectées ont été saisies sur Excel dans une base de données préparée pour l’analyse.

Les résultats de ce processus ont montré que :

* la population moyenne couverte d’un district est de 358 479 habitants avec une superficie moyenne de 7545 km2
* un centre de santé couvre en moyenne une population de 27 843 habitants.

Quant aux autres indicateurs de fonctionnalité, on note des progrès substantiels. Toutefois, les systèmes d’appui à la gestion financière, gestion des ressources humaines, la gestion des approvisionnent et la logistique mériteraient une réforme importante au niveau de l’équipe de gestion du district et un renforcement au niveau des hôpitaux et des centres de santé.

La couverture de la population par les formations sanitaires, la taille et la population des districts interpellent le MS à examiner au cas par cas la nécessité de mettre en place des sous-districts de santé et de relever des postes de santé au niveau CS dans la même sous-préfecture tout en tenant compte des indicateurs d’une carte sanitaire mise à jour.

# 

1. OMS Guinée. Stratégie de coopération, mai 2018. [↑](#footnote-ref-1)
2. République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Comptes nationaux de la sante, années 2014, 2015, 2016, juillet 2018 [↑](#footnote-ref-2)
3. République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Comptes nationaux de la sante, années 2014, 2015, 2016, juillet 2018 [↑](#footnote-ref-3)
4. République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Comptes nationaux de la sante, années 2014, 2015, 2016, juillet 2018 [↑](#footnote-ref-4)
5. République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Comptes nationaux de la sante, années 2014, 2015, 2016, juillet 2018 [↑](#footnote-ref-5)