



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Etat des lieux des structures de soins de santé primaire : enquête auprès des centres de santé implantés dans dix communes de convergence de la région de Kankan (rép. de guinée)

Status of primary health care structures: survey of health centers in ten convergence communes of the Kankan region (rep. of guinea)

Diallo Abdoulaye Oumar¹, Touré Thierno Mamadou Aliou², N'Fanly Conté², Maka Diaby³, Sall Mamadou saliou⁴, Albert Délamou², Diallo sory².

¹Unicef- Guinée, médecin santé publique, République de Guinée

²Institut de nutrition et de santé de l'enfant, pédiatre, République de Guinée

³Hôpital ANAIM-Kamsar, Pédiatre, République de Guinée

⁴Hôpital régional de Mamou, Pédiatre, République de Guinée

RESUME

Contexte

Les systèmes de santé des pays en voie de développement se trouvent aujourd'hui confrontés à d'énormes défis dont les principaux sont la faible couverture en infrastructures sanitaires, à l'insuffisance et l'obsolescence des équipements, à l'insuffisance de leur maintenance, insuffisance de ressources humaines qualifiées et de financement.

L'Objectif de cette étude était de faire un état des lieux des centres de santé implantés dans 10 communes de convergence de la région de Kankan afin d'identifier les points forts et les lacunes.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui a été réalisée du 21 août au 24 septembre dans 10 (dix) centres de santé de la région de Kankan. Pour la sélection des centres de santé, nous avons utilisé un échantillonnage par choix raisonné car la région de Kankan ne compte que 10 communes de convergence où sont implantés les centres de santé.

Résultats. Le score global obtenu pour l'ensemble des critères de performance était de 58 %. En comparant les centres visités entre eux, c'est le Centre de santé de Baro et de Damaro qui ont eu les scores les plus élevés (74% et 66%), respectivement et les centres de santé de Kiniéran et de Tokounou ont eu le plus petit score (54%). La densité globale des ressources humaines pour toutes les communes de convergence confondues était de 0,71.

Conclusion. La faible couverture en infrastructures sanitaires, en personnel, en médicaments essentiels, l'inadéquation des équipements et l'insuffisance de leur maintenance affectent la qualité de l'offre des soins et services.

Mots clés : Etat des lieux, centre de santé, Kankan

Summary

Context. Health systems in developing countries today face enormous challenges, the main ones being poor coverage of health infrastructures, inadequate and obsolete equipment, inadequate maintenance, lack of qualified human resources and funding.

The aim of this study was to take stock of the health centers located in 10 convergence communes in the Kankan region, in order to identify their strengths and weaknesses.

Methods. This descriptive cross-sectional study was carried out from August 21 to September 24 in 10 (ten) health centers in the Kankan region. For the selection of health centers, we used purposive sampling, as the Kankan region has only 10 convergence communes where health centers are located.

Results. The overall score obtained for all performance criteria was 58%. Comparing the centers visited with each other, the Baro and Damaro health centers had the highest scores (74% and 66%) respectively, while the Kiniéran and Tokounou health centers had the lowest (54%). The overall density of human resources for all convergence communes combined was 0.71.

Conclusion. Poor coverage in terms of health infrastructures, personnel, essential drugs, inadequate equipment and insufficient maintenance affect the quality of care and services offered.

Key words: Assessment, health center, Kankan

Correspondance

Sory Diallo, Institut de nutrition et santé de l'enfant, République de Guinée

Téléphone : 00224 629 33 83 97

Email : sorydiallo1962@gmail.com

Article reçu : 24-12-2024

Accepté : 10-01-2025 Publié : 27-01-2025



Copyright © 2025. Sory Diallo et al This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Sory Diallo et al. Etat des lieux des structures de soins de santé primaire : enquête auprès des centres de santé implantés dans dix communes de convergence de la région de Kankan (rép. de guinée). 2025 ; 8(1) : 99 - 113

INTRODUCTION

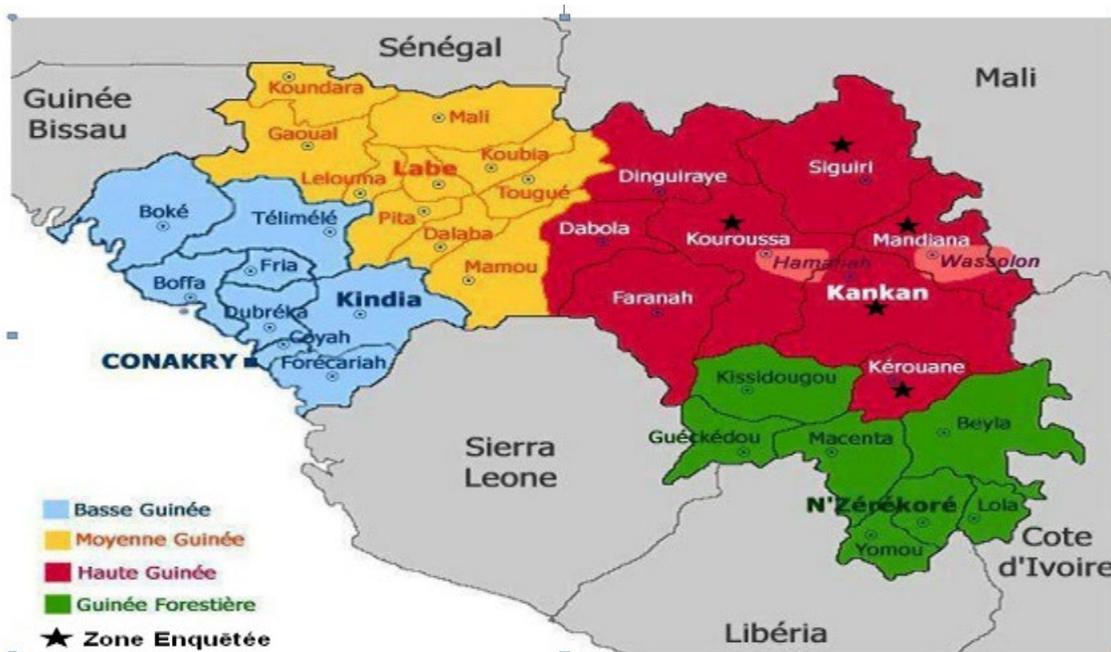
Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations (1). Grâce à une intensification des interventions de soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 60 millions de vies pourraient être sauvées et l'espérance de vie moyenne pourrait augmenter de 3,7 ans d'ici à 2030 (1). En République de Guinée, le centre de santé constitue, avec ses démembrements (postes de santé et réseau des agents de santé communautaire et relais communautaires) le premier niveau de contact des populations avec les services de santé (2). Dans le domaine de l'offre de soins globale, il existe 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés en Guinée (2). Sur ce nombre total, 51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards définis. La notion de soins de proximité dans un contexte généralisé de pauvreté n'est pas assurée (3). Il n'y a pas encore de disponibilité de kits de prise en charge au niveau communautaire. On note un quasi absence d'eau potable (9%), de l'électricité (3%) de latrines fonctionnelles dans les formations sanitaires (2). Or, l'ambition de tout centre de santé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population qu'il a mission de couvrir.

Cette contribution s'apprécie à travers plusieurs paramètres, notamment : la disponibilité des ressources, l'utilisation des services, la qualité des prestations, les relations avec les autres structures de soins, la production et l'utilisation rationnelle des ressources financières. Cette liste n'est pas exhaustive (4). Il est primordial de s'attaquer à la qualité des ressources matérielles et humaines pour réduire les décès évitables qui surviennent en raison d'une non-disponibilité ou d'une mauvaise qualité des médicaments et d'autres ressources, d'une mauvaise infrastructure inadéquate ou non hygiénique, d'un manque de personnel compétent et motivé, d'une insuffisance de documentation et d'une utilisation médiocre des informations disponibles (5). Pour élaborer des stratégies et politiques appropriées, une analyse globale de la situation des ressources matérielles et humaines des centres de santé s'avère nécessaire. C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé avec l'appui financier technique de l'UNICEF se propose de faire un état des lieux des centres de santé implantés dans 10 communes de convergence de la région de Kankan. Les objectifs spécifiques sont les suivants : Evaluer la fonctionnalité des structures de santé des 10 communes de convergence, Collecter les données statistiques de l'année antérieure (2023) ; identifier les points forts, les faiblesses et proposer les actions de remédiation

MATERIELS ET METHODES

Cadre de l'étude

La région administrative de Kankan a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. En 2022, la population était estimée à 2 476 006 habitants (6). Au point de vue infrastructure et personnel de santé, la région compte 1 hôpital régional, 4 hôpitaux préfectoraux, 74 centres de santé. Le nombre d'habitants par médecin est de 15 974, le nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme est 5 477, le nombre d'habitants par infirmier d'Etat



est 10 672(7).

Carte de la république de Guinée

METHODES

Type d'étude et période

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui a été réalisée du 21 août au 24 septembre dans les préfectures de Kankan, Kouroussa, Kérouané, Mandiana et Siguiri (voir carte de la Guinée). Les catégories des structures de santé enquêtées étaient celles des centres de santé et les centres de santé améliorés. Dans chaque centre de santé, nous nous sommes entretenus avec 2 personnes (le chef de centre et son suppléant). Pour la sélection des centres de santé, nous avons utilisé un échantillonnage par choix raisonné car la région de Kankan ne compte que 10 communes de convergence où sont implantés les 10 centres de santé.

Collecte des données

L'outil qui a été utilisé était celui du Standard 8 de l'OMS (8). La collecte des données a été effectuée par un médecin généraliste et un médecin de santé publique. Au cours de l'évaluation, nous avons examiné 10 critères de performance qui sont : infrastructure des

salles, effectif du personnel, système d'information sanitaire et dossiers médicaux, médicaments essentiels et matériels, laboratoire, directives et protocoles, politiques des établissements de santé, transport, eau et électricité.

Traitement et analyse des données

Pour chaque information collectée, des notes de 5 à 1 ont été attribuées ; 5 : 100% indiquant que l'infrastructure, les ressources matérielles et humaines sont conformes aux normes ; 4 : 80% ; montrant peu de besoin d'amélioration pour être conforme aux normes; 3 : 60 % signifie un certain besoin d'amélioration pour atteindre les normes; 2 : 40 % indiquant un besoin considérable d'amélioration pour atteindre les normes; 1 : 20 % indique que l'infrastructure, ressources humaines et matérielles sont inexistantes. La qualité des critères de performance a été évaluée sur la base de la formule suivante: score obtenu/score attendu*100. Le niveau de critère de performance a été apprécié selon trois degrés : le niveau élevé correspond à un score entre 95% et 100% (excellent) ; le niveau moyen correspond à un score compris entre 75 et 95% (satisfaisant) ; le niveau faible correspond à un score inférieur à 75 % (9). Pour le calcul de la densité des ressources humaines, nous avons divisé le nombre total des agents de santé par la population totale de la commune et multiplier par 10 000. Les données quantitatives sont analysées à l'aide du logiciel Epi info. Version. 6.

RESULTATS

Les résultats couvrent les infrastructures des salles, le matériel et fournitures, les ressources humaines et les statistiques de l'année 2023. Le score global obtenu pour l'ensemble des critères de performance est de 58 %. La densité globale des ressources humaines pour toutes les communes de convergence confondues était de 0, 71 pour 424078 habitants.

Score moyen des critères de performance des centres de santé

En cumulant les scores des 10 centres de santé (Tableau.1) par rapport à chaque critère de performance évalué, les scores les plus élevés ont été attribués aux critères suivants : l'électricité (78%), eau (72%), infrastructure des salles (68%), laboratoire (68%), système d'information et dossiers médicaux (62 %) et médicaments essentiels (64%). Les scores les plus faibles ont été attribués à la disponibilité des moyens de transfert (44%), aux directives/ et protocoles (46%), au personnel (46%) et à la disponibilité de politique des établissements de santé (50%).

Statistiques des activités maternelles et néonatales (2023)

En 2023, tout centre de santé confondu, le nombre d'accouchement enregistré dans les différentes maternités était de 9792 dont 9500 naissances vivantes soit 92,18%. Le nombre de nouveau-né à faible poids de naissance (< 2500 grammes) était de 185 cas soit 1,95%. La proportion de bébé né dans les CS et ayant bénéficié les 4 composantes de soins essentiels était de 62% soit 5890/9500 naissances vivantes. Le nombre de mort-nés était de 298 soit 3,04%. Les

femmes ayant reçue de l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé était de 9500 soit 97,01%. La durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse était de 6 heures. Les femmes ayant subi un d'avortement et ayant été pris correctement en charge étaient au nombre 156 cas soit 1,59%. Les nouveau-nés ayant souffert d'asphyxie à la naissance était de 218 cas soit 2,29. Les femmes transférées à l'hôpital préfectoral était au nombre de 128 soit 1,31%. Les femmes enceintes âgées 20 ans et plus ayant effectuées au moins une CPN était au nombre de 23226 soit 76,40%. Les femmes enceintes âgées de moins 19 ans ayant effectuées au moins une CPN était au nombre de 7183 soit 23,62 %.

Statistiques des activités pédiatriques (2023)

Pour l'ensemble des CS, les principaux diagnostics admission des enfants par ordre de décroissance de fréquence des pathologies sont : le paludisme (21900 cas) soit 64,72 %, la pneumonie (9819 cas) soit 29,02%, la diarrhée (1455 cas) soit 4,30% et la malnutrition (666 cas) soit 1,97%. Les informations sur les autres pathologies ne sont pas disponibles. Le nombre d'enfants nécessitant d'être transférés qui ont reçu un traitement pré-transfert approprié est de 759 cas soit 2,24%.

DISCUSSION

Au cours de cette étude, nous avons procédé à un état des lieux des centres de santé (CS) des 10 communes de convergence de la région administrative de Kankan. Elle a permis de recueillir des informations pouvant permettre d'orienter les efforts pour une amélioration de la qualité des ressources matérielles et humaines. Le score global obtenu pour l'ensemble des critères de performance était de 58 % (tableau.1), ce qui inférieur au niveau de score requis pour atteindre la performance moyenne (75 et 95%) des normes de qualité des services de l'OMS. Les critères de performance ayant eu les scores les plus élevés étaient ceux en lien avec la fonctionnalité des dispositifs pour l'électricité, l'eau, l'infrastructure et le laboratoire (tableau.1).

Electricité

Tous critères de performance confondus, le plus grand score (78 %) a été attribué à l'électricité, ce qui correspond au niveau de score requis (75 et 95%). En comparant les CS visités entre eux, par rapport à l'accès à l'électricité ce sont les CS de Baro et de Balato qui ont eu le plus grand score (100%) et les CS de Siguirini et de Norassoba ont eu le plus petit score (60%). Dans ces 2 centres de santé, les panneaux solaires ne fonctionnent que de 7 heures du matin à 20 heures. Dans tous les CS, l'électricité était générée par des panneaux solaires mais, en cas de coupure de courant il n'existe pas une source d'alimentation électrique de secours (par exemple un groupe électrogène). Dans la région de Kankan, il existe un large fossé entre les villes et les campagnes : les établissements de santé urbains font souvent état d'un meilleur accès à l'électricité d'une manière générale et d'un approvisionnement plus fiable que les établissements ruraux. Comprendre ces disparités est essentiel pour déterminer où des actions sont les plus urgentes et pour

prioriser l'affectation des ressources là où elles sauveront des vies. Dans plusieurs pays en voie de développement, l'accès à l'électricité ou à un approvisionnement fiable en électricité est en général plus fréquent dans les hôpitaux que dans les établissements non hospitaliers, tels que les centres de santé primaires (10). Dans la poursuite d'une électrification efficace des soins de santé, il est crucial de développer une méthode adaptée pour catégoriser les pays, en tenant compte de leurs paysages et de leurs capacités uniques en matière d'électrification(11).

Eau

Les résultats de l'analyse des scores calculés concernant l'accès à l'eau démontrent un score global de (72%). En comparant les CS visités entre eux, ce sont les CS de Siguirini et de Norassoba qui ont eu le score le plus élevé (80%). Le score était insuffisant (60 %) dans 8 centres de santé sur 10. Comme on le dit ici, dans tous les CS visités, l'eau était obtenue à partir des forages alimentés par le système de panneaux solaires qui étaient souvent en panne par défaut d'entretien. La maintenance et l'entretien sont des facteurs extrêmement importants à considérer dans le cadre des achats et de la gestion des dispositifs médicaux. Ils sont cependant souvent négligés lors de l'élaboration des normes de structure sanitaire. C'est pour cette raison que l'OMS (12), encourage les établissements de santé à inclure dans leurs plans d'infrastructures les coûts et les capacités pour le fonctionnement et l'entretien continus. Au Mali, par exemple, les fonds d'intérêt communautaire permettent de répondre aux besoins de petits travaux d'entretien, tels que remplacer les robinets et nettoyer les toilettes dans les centres de soins de santé primaires (12).

Infrastructure

Au cours de cette évaluation, un score global de 68% a été attribué à la disponibilité des infrastructures. En comparant les CS visités entre eux, le score le plus élevé (80%) a été attribué aux CS de Baro, Balato, Tokounou, Dialakoro et de Damaro (Tableau.1). Dans ces structures, les zones de service étaient propres, bien aérées et bien éclairées, notamment la nuit. L'intimité était assurée (grâce à des rideaux ou à des cloisons). Les installations de base (lits, matelas) étaient en place. Ils étaient également dotés de points de vente des médicaments essentiels, de salle d'accouchement, de salle de consultation prénatale (CPN), de salle de consultation primaire curative (CPC), de laboratoire, de salle d'accueil et des salles d'observations séparées (une pour les soins curatifs et l'autre pour les parturientes). Les toilettes étaient disponibles, propres, utilisables et bien éclairés la nuit. Celles destinées aux hommes et celles destinées aux femmes étaient séparées de celles du personnel. Les poubelles étanches et boîtes imperméables étaient aussi disponibles pour les déchets perforants. Les déchets étaient triés suivant quatre catégories: déchets infectieux perforants, déchets infectieux non perforants, déchets ménagers non infectieux (nourriture, emballages) et déchets anatomiques (par exemple placentas). Selon l'OMS, ce genre de pratique, aide le personnel à identifier et à hiérarchiser les risques, ainsi qu'à établir des plans d'amélioration concernant l'hygiène (12). Le CS de Damaro était flambant

neuf et il a bénéficié du programme d'appui au renforcement du système de santé (PASA2), projet cofinancé par l'Union Européenne et coopération Allemande. Les scores les moins élevés (60%) ont été attribués aux centres de santé de Norassoba, de Siguirini, de Gbérédou-Baranama et de Kiniéran. Tous ces CS étaient vétustes et ne répondent pas aux normes de construction actuelles, nécessitent soit, une restauration ou une nouvelle construction.

Laboratoire

En cumulant les points de l'ensemble des CS, le critère de performance en lien avec le laboratoire (tableau.1) a eu un score de 68%, ce qui est inférieur au niveau de score requis (75%). L'analyse des scores calculés par CS montre que ce sont les CS Banakoro, Damaro, Baro et Dialakoro qui ont eu le scores le plus grand (80% chacun). Le score le plus petit (20%) a été attribué au centre de santé Gbérédou Baranama qui ne disposait pas de laboratoire, mais doté de tests de dépistage rapide du VIH, de la syphilis et du paludisme. Neuf (9) CS sur 10 disposaient un laboratoire équipé pour la réalisation des examens de routine (parasitologie des selles, glycémie, hémoglobine, hémétoците, groupe sanguin, bandelette urinaire, test VIH, test rapide de la syphilis (TPHA, VDRL, RPR) et bacilloscopie des crachats par endroit. Certains examens tels que la biochimie, ECBU n'étaient pas réalisés par manque de matériels et du personnel compétent. Les préoccupations majeures liées à ce domaine étaient principalement l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, le manque de manuels des techniques de base en laboratoire et le sous-équipement.

Directives et Protocole

Concernant les directives et protocoles, le cumul des scores de l'ensemble des CS a montré un score faible (46%). En confrontant les CS visités entre eux, ce sont les CS de Damaro, de Siguirini et Baro qui ont eu le score le plus grand (60%) et 7 CS sur 10 ont eu le plus petit score (40%). Comme on le dit ici, aucun centre de santé visité ne dispose ces outils de travail sous forme de guide de poche, de cartes murales touchant la prise en charge du travail et de l'accouchement normal, des urgences obstétricales, de protocoles écrits et de matériels de sensibilisation (affiches) sur le nettoyage et la désinfection, l'hygiène des mains. D'un autre côté, nous avons constaté leur existence dans le cadre de la prise en charge des situations d'urgences pédiatriques et néonatales dans la majorité des CS visités.

Système d'information et dossiers médicaux

Quant au système d'information et dossiers médicaux (tableau.1), le score global pour l'ensemble des CS visités était de 62 %. Cela sous-entend que la qualité du système d'information existant dans les structures de santé visitées n'a pas atteint le niveau requis d'opérationnalisation selon les directives de l'OMS. En comparant les CS visités entre eux, ce sont les CS de Damaro et de Balato qui ont eu un score satisfaisant (80%). Par contre 8 CS sur 10 visités n'ont pas atteint le niveau de score requis (75 et 95%). Malgré ce faible score, nous avons observé dans tous les centres de santé visités l'existence des registres de soins et des dossiers médicaux, complets et lisibles, où sont consignées des

informations de l'admission à la sortie. Le document principal qui était utilisé par tous les CS pour compiler le nombre total d'accouchements mensuels effectués dans l'établissement était le registre d'accouchement. Celui qui était utilisé pour la compilation des statistiques mensuelles était le registre de consultation. En 2023 par exemple, tout centre de santé confondu, le nombre d'accouchement enregistré dans les différentes maternités était de 9792 dont 9500 naissances vivantes soit 92,18%. Les femmes ayant reçue de l'ocytocine immédiatement après la naissance du bébé était de 9500 soit 97,01%. Tous les dossiers prénatals et intrapartum étaient disponibles pour le personnel fournissant des soins pendant la période post-partum. L'information sanitaire produite dans tous les centres de santé visités servait essentiellement à la notification de certaines maladies et à l'enregistrement de l'activité. En revanche, elle ne se prête guère à l'analyse de l'état de santé des populations, ni des résultats des actions sanitaires. Les données étaient souvent recueillies et présentées de façon brute, sans qu'elles ne soient soumises à la synthèse ou à l'analyse nécessaire à la gestion quotidienne ou planification à plus long terme. Or, il est inutile d'accorder du temps et des ressources considérables à la collecte de données si on ne s'engage pas à analyser les données recueillies, à diffuser l'information qui en découle et à utiliser cette information pour améliorer le fonctionnement du système de santé.

Politique

A propos de politique de santé, le score obtenu était de 50%, ce qui est inférieur au niveau de score requis pour une qualité de performance moyenne (75%). En confrontant les CS visités entre eux, c'est le CS de Balato qui a eu le plus grand score (80%). Les scores les plus faibles (40%) ont été attribués à 9 centres de santé sur 10 (tableau.1). En dépit de ces faibles résultats, nous avons observé dans chaque CS la mise en place de politique basée sur la fourniture gratuite de certains médicaments essentiels destinés à la prise en charge des mères, des nouveau-nés et des enfants (par exemple MgSO₄, ocytocine, SRO, antipaludiques, tétracycline pommade), de politique de surveillance concernant l'hygiène, de politique pour la participation communautaire. En revanche, dans la quasi-totalité des CS visités, il n'existait pas de politique basée sur les frais de consultation et d'accouchement qui fait en sorte que les frais ne constituent pas un obstacle majeur aux soins (Exemple frais de consultation, coût des médicaments ou d'examen de laboratoire). Ces frais ne sont ni communiqués aux patients, ni affichés dans les salles et à l'extérieur des CS visités. Aucun prix n'était affiché sur l'ensemble des panneaux d'affichages, où sont notés les actes. Il n'existait pas non plus de politique de formation continue concernant : les soins d'urgence néonatales ; la réanimation du nouveau-né ; l'évaluation de l'urgence ; le triage ; la prise en charge des maladies courantes de l'enfance ; la PCIMNE et la prise en charge des complications de la grossesse.

Transfert

Comme indiqué dans le (tableau.1), le score global attribué au critère de performance concernant les moyens de transfert était de 44 %, ce qui est nettement inférieur au niveau de score requis (75%). En examinant les CS visités entre eux, c'est le CS de Baro qui a eu le

plus grand score (100%). Le niveau de performance requis a été insuffisant (< 75%) dans 9 centres de santé sur 10 (tableau.1). Seul, le CS Baro avait un moyen de transport adapté (ambulance) destiné au transfert des malades graves vers les structures de référence. Les centres de santé qui ne disposaient pas de moyens de transport adaptés, les malades utilisaient les moyens de transport non conventionnels: portage, pirogue, vélo, engins motorisés à deux roues ou à trois roues. Le taxi individuel étant l'exception, on peut penser que ces déplacements ne sont pas aisés à entreprendre lorsque l'on est malade. Selon H. J. K. N'Guessan, le déplacement des malades des localités rurales vers les structures sanitaires implique divers modes de transport non conventionnels, ce qui peut davantage altérer leur condition sanitaire voire occasionner leur décès. (13).

Personnel

L'examen des effectifs des professionnels de santé selon les différents corps (SF, IDE, ATS et MG) a permis de mettre en évidence la déficience en ressources humaines. En cumulant les points des 10 CS, la disponibilité du personnel a eu un score global de 46 %. Aucun CS visité n'a été atteint le niveau de score requis (75 et 95%). Comme le démontre cette enquête, pour toute catégorie professionnelle confondue, les agents techniques de santé (ATS) étaient les plus représentés (33, 3%) suivi par les infirmiers diplômés d'état (30%), les sages-femmes (20%) et les médecins (16, 7%). Nous avons également observé des disparités géographiques de répartition du personnel de santé (Tablea.2). Les CS de Dialakoro, de Baro et Balato et de Norassoba étaient des structures les mieux doter en personnel de santé (Tableau.2). Rapporté à l'ensemble de la population des dix communes de convergence, le nombre de professionnels de santé est inférieur aux normes d'effectif minimum défini par le ministère de la santé (9 professionnels de santé pour 10 000 habitants). Cette insuffisance en ressources humaines pourrait s'expliquer par la mauvaise répartition du personnel, la faible motivation (administrative et financière) qui ne les incite pas à rester dans les zones défavorisées.

Médicaments essentiels

En ce qui concerne la disponibilité des médicaments et du matériel dans les CS visités, elle a eu un score de 62%. En comparant les CS entre eux, nous avons constaté que ce sont les CS de Damaro, de Norassoba, de Baro, et de Balato qui viennent en tête avec un score de 80% chacun. Les CS de Dialakoro et de Kiniéran ont eu le plus petit score (40%). Cette évaluation, nous a permis de constater la rupture récurrente des médicaments essentiels et du matériel dans 6 centres de santé sur 10 visités. Cela est dû au fait que l'état Guinéen ne subventionne plus l'achat des médicaments essentiels, les CS sont obligés de s'endetter pour mieux fonctionner. En Guinée, la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux se pose avec acuité dans les structures sanitaires publiques. Le dysfonctionnement de l'offre pharmaceutique et du contrôle de qualité, la faible solvabilité de la demande (pauvreté, absence de mécanismes de solidarité), le prix élevé des produits réduisent considérablement l'accessibilité aux médicaments de qualité (3).

L'ambition de cette enquête était en fin de compte de contribuer à l'identification des lacunes dans les domaines de ressources matérielles et humaines au niveau des centres de santé visités qui nécessitent une amélioration. L'insuffisance du personnel, de l'approvisionnement en eau, de la disponibilité des médicaments essentiels, de la mise place des politiques, de l'infrastructure des salles et le manque des moyens de transport ont été les principales lacunes. En revanche, la disponibilité de l'électricité; des registres de CPN, CPC et d'accouchement, des dossiers médicaux, des KITS pour le diagnostic du (paludisme, VIH et Syphilis), l'existence de système d'information sanitaire ont été les points forts.

Le ministère de la santé doit développer et mettre en œuvre un plan harmonisé de construction et de réhabilitation des infrastructures, d'acquisition et de distribution des équipements dans les centres de santé vétustes. Il doit également promouvoir la production locale des médicaments et autres produits de santé y compris les préparations galéniques dans les pharmacies centrales.

Conclusion

Au cours de cette étude, nous avons observé une insuffisance en ressources humaines et matérielles dans l'ensemble des centres santé visités. La note globale obtenue pour la totalité des critères de performance est de 58 %, ce qui signifie un certain besoin pour atteindre les normes de l'OMS. L'examen des effectifs des professionnels de santé selon les différents corps (SF, IDE, ATS et MG) dans les centres de santé a mis en exergue la déficience en ressources humaines. Rapporté à l'ensemble de la population des 10 communes de convergence, le nombre de professionnels de santé est inférieur aux normes d'effectif minimum défini par le ministère de la santé. L'insuffisance des médicaments essentiels, du personnel soignant et du matériel, la vétusté des infrastructures peuvent se répercuter sur la qualité des soins et pourraient entraîner une morbidité et mortalité élevée dans les structures de santé.

Remerciements

Cette étude a été financée par l'UNICEF-Guinée et réalisée sous la direction du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique. Nos remerciements vont aux Directeurs préfectoraux de la santé de la région de Kankan ainsi qu'à Monsieur l'Inspecteur régional de la santé ; ils s'adressent également à tous les agents de santé qui ont collaboré à la réalisation de l'étude.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé primaires [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle. Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2023-2027 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 5]. p. 1–101. Available from: https://p4h.world/app/uploads/2024/09/PSNSC-2023-2027_Guinee.x23411.pdf
3. Ministère de la santé de la République de Guinée. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Guinée | interfacelonny [Internet]. 2015 [cited 2025 Jan 5]. p. 25. Available from: <https://interfacelonny.com/documents/do-1602349724>
4. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle. Plan de suivi-évaluation du plan stratégique de santé communautaire 2018-2022 [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 5]. p. 10. Available from: https://globalcompass.wpengine.com/wp-content/uploads/GIN_DSNCMT_Plan20S26E20SaCo_0104192028129.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé. Normes destinées à améliorer la qualité des soins des enfants et des jeunes adolescents dans les établissements de santé [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 5]. p. 14–5. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/333252>
6. Institut National de la Statistique, Ministère du plan et du développement économique. La région de Kankan en chiffre 2022 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 5]. p. 2. Available from: https://www.stat-guinee.org/images/Documents/Publications/INS/annuelles/annuaire/region/Rgion_d_e_Kankan.pdf
7. Département Informations sanitaires et Recherche, Bureau de Stratégie et de Développement. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. 2023. Annuaire des statistiques sanitaires 2022.
8. Organisation mondiale de la Santé. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 5]. p. 58. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf>
9. Ahmadou BALDE, Christel JANSEN, Laurence CODJIA. Ministère de la santé. 2013 [cited 2025 Jan 5]. Les ressources humaines en santé maternelle et néonatale en Guinée de 2014 à 2023 - KIT. Available from:

<https://www.kit.nl/institute/publication/les-ressources-humaines-en-sante-maternelle-et-neonatale-en-guinee-de-2014-a-2023/>

10. Organisation mondiale de la Santé. L'électricité dans les établissements de santé [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/electricity-in-health-care-facilities>
11. SEforALL (Energie durable pour tous). Rapport sur l'état du marché de l'électrification des soins de santé. 2024.
12. Organisation mondiale de la santé, Unicef. Organisation mondiale de la Santé. 2019 [cited 2025 Jan 5]. p. 30–7 L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé : mesures pratiques pour instaurer l'accès universel à des soins de qualité. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/329521>
13. N'GUESSAN Hassy, Joseph Kablan. Mobilité des malades en milieu rural, cas de la fréquentation du centre de santé de Krindjabo, sud-est de la Côte d'Ivoire. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* [Internet]. 2018 Jan 19 [cited 2025 Jan 5];1(2):76–89. Available from: <https://www.retssa-ci.com/pages/Numero2/Hassy/6.Retssa-V-1-Jan-2019.pdf>

Tableau.1: score des critères de performance par centre de santé visité

Critères de Performance	*BAN	*DAM	*TOK	*GBA	*SIG	*NOR	*BAL	*BAR	*KIN	*DIA	Score moyen	%
Infrastructure des salles	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3,4	68
Electricité	4	4	4	4	3	3	5	5	4	3	3,9	78
Eau	3	3	3	3	4	5	4	5	3	3	3,6	72
Système d'information sanitaire et dossiers médicaux	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3	3,1	62
Médicaments essentiels et matériels	3	4	3	3	3	4	4	2	4	2	3,2	64
Laboratoire	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3,4	68
Politique des établissements de santé	2	2	2	2	3	2	4	3	2	3	2,5	50
Personnel	3	2	2	2	3	1	2	3	2	3	2,3	46
Transfert	1	3	1	3	1	3	1	5	1	3	2,2	44
Directives/protocole	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2,3	46
Scores moyens	2,8	3,3	2,7	2,8	3,0	2,9	3,1	3,7	2,7	2,9	2,9	58

*BAN: Banakoro, *DAM: Damaro, *TOK: Tokounou, *GBA: Gnérédou Baranama, *SIG: Siguirini, *NOR: Norassoba, *BAL: Balato, *BAR: Baro, *KIN: Kiniéran, *DIA: Dialakoro

Tableau.2: répartition des agents de santé selon la catégorie professionnelle, la population et la densité des ressources humaines par commune de convergence.

Commune de convergence	MG	SF	IDE	ATS	Effectif	Population	Densité ressources humaines
Dialakoro	1	1	1	2	5	19179	2,6
Kiniéran	0	1	1	0	2	44595	0,45
Baro	1	1	1	2	5	20716	2,41
Balato	0	1	1	2	4	21848	1,83
Norassoba	1	1	1	1	4	53461	0,75
Siguirini	1	0	1	1	3	71685	0,42
Gbérédou Baranama	0	0	1	1	2	23669	0,84
Tokounou	0	1	1	0	2	43731	0,46
Damaro	1	0	0	0	1	36489	0,27
Banakoro	0	0	1	1	2	88705	0,23
TOTAL	5	6	9	10	30	424078	0,71

MG: Médecin généraliste, **SF:** Sage-femme, **IDE:** Infirmier diplômé d'Etat, **ATS:** Agent technique de Santé