



RÉPUBLIQUE DE GUINEE

Travail- Justice- Solidarité

MINISTRE DE LA SANTE

BUREAU DE STRATEGIE ET DEVELOPPEMENT

Rapport

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE
ANNEES 2011-2012-2013**



MARS 2016

COMPTES DE LA SANTE- GUINEE 2011- 2013

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LISTE DES ILLUSTRATIONS	2
ACRONYMES	3
AVANT- PROPOS	4
RESUME	5
INTRODUCTION	8
I.GENERALITES	9
1.1 PRESENTATION GENERALE DE GUINEE	9
1.2 PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE	10
1.3 PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE DE 2011 A 2013	11
1.4 SYSTEME DE SANTE DE 2011 A 2013	13
Financement de la santé	14
II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES	15
2.1 DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE	15
2.2 DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS	16
2.3 PROCESSUS D'ELABORATION DES SOUS COMPTES	18
2.3.1. Manifestation de besoins ressentis et la volonté manifeste de réalisation des comptes santé	18
2.3.2. Activités préparatoires	18
2.3.3. Collecte de données	18
2.3.4. Saisie, codification, tabulation et analyse des données	19
2.3.5. Rédaction et la validation du rapport	20
2.3.6. Limites de l'étude	20
III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE DE 2011 A 2013	21
3.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTE	21
3.2. ANALYSE DE LA DIMENSION FINANCEMENT DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2011 A 2013	22
3.2.1 Analyse selon les sources de financement de la santé	22
3.2.2 Analyse selon les recettes des régimes de financement	24
3.2.3 Analyse selon les régimes de financement	25
3.3. ANALYSE DE LA DIMENSION PRESTATAIRE DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2011 A 2013	25
3.4. ANALYSE DE LA DIMENSION CONSOMMATION DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2011 A 2013	29
3.4.1 Analyse selon la fonction	29
3.5. REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR MALADIE	32
3.6 INVESTISSEMENTS	35
3.7 INDICATEURS	35
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	39

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Quelques indicateurs de performance du système de santé en Guinée, de 2005 à 2012	11
Tableau 2: Listes des structures visitées	18
Tableau 3: Listes des Ressources exploitées	19
Tableau 4: Répartition en pourcentage de la DTS selon les sources de financement entre 2011 et 2013	23
Tableau 5: Dépense totale de santé selon les sources de financement et les bailleurs bilatéraux et multilatéraux 2011-2013 (en millions GNF)	23
Tableau 6: Poids des recettes des revenus de financement dans la DCS de 2011- 2013 (en %)	24
Tableau 7: Dépenses courantes de santé par régime de financement et par an (en million de GNF)	25
Tableau 8: Répartitions des dépenses courantes de santé par prestataire de 2011 à 2013	26
Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de santé par facteurs de prestation de soins de santé sur la période 2011- 2013	26
Tableau 10: Distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2013	27
Tableau 11: Distribution des dépenses courantes de santé liées aux facteurs de prestation selon les prestataires de soins de santé en 2013	28
Tableau 12: Répartitions des dépenses courantes de santé par fonction de soins entre 2011 et 2013 (en million de GNF)	29
Tableau 13: Distribution des dépenses courantes de santé selon régime de financement et fonction de financement (en million GNF)	30
Tableau 14 : Répartitions des dépenses courantes de santé par fonction de soins et par prestataire en 2013 (en million GNF)	31
Tableau 15: Répartition des dépenses courantes de santé par maladies entre 2011 et 2013	32
Tableau 16: Répartition des dépenses courantes de santé par maladies, agents de financement 2013	33
Tableau 17: Série des indicateurs de base de 2011 à 2013	35
Tableau 18: Série des indicateurs optionnels de 2011 à 2013	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte administrative de la Guinée	9
Figure 2: Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée	12
Figure 3 : Présentation schématique du système de financement de la santé	15
Figure 4 : Principaux agents et modalités de financement	16

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution des dépenses courantes et des investissements 2011- 2013	21
Graphique 2 : Dépenses totale de santé selon les sources de financement de 2011- 2013	22
Graphique 3 : Evolution des dépenses courantes de santé selon les recettes des revenus de financement de 2011- 2013 (en GNF)	24
Graphique 4: Dépenses d'investissement entre 2011 et 2013 (en million de GNF)	35

ACRONYMES

CSU	:	Couverture Sanitaire Universelle
BAD	:	Banque Africaine de Développement
CAMME	:	Centrale d'Achat des Médicaments et Matériels Essentiels
CNRSR	:	Centre National de Référence en Santé de Reproduction
CNS	:	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	:	Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
DCS	:	Dépenses Courantes de Santé
BSD	:	Bureau de Stratégie et Développement
DRH	:	Division des Ressources Humaines
DAF	:	Division des Affaires Financières
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DTS	:	Dépenses Totales de Santé
EDS-MICS IV	:	Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples
GNF	:	Franc Guinéen
LFR	:	Loi de Finance Rectificative
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODM	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PCIMNE	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants
PIB	:	Produit Intérieur Brute
PNUD	:	Programme des Nations Unies Pour le Développement
SIDA	:	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UNFPA	:	United Nations Population Fund (FNUAP)
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence Internationale des Etats Unies d'Amérique pour le Développement
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ELEP	:	Enquête Légère Evaluation de la Pauvreté

AVANT- PROPOS

En 1984, la République de Guinée s'est engagée dans un vaste programme de réforme du secteur de la santé. La conférence nationale de la santé (en juillet 1984) a défini les grands axes de la politique sanitaire en optant pour les Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie de mise en œuvre de cette politique.

Le programme de réforme hospitalière, engagé en 1990, est venu compléter le dispositif de l'organisation sanitaire. Dans le but d'améliorer davantage les performances du système, le forum national de la santé a été organisé en 1997. Ce forum a recommandé l'élaboration d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour orienter les efforts du Gouvernement et des partenaires vers les priorités nationales. Après une analyse situationnelle du système de santé, une Politique Nationale de Santé (PNS) a été élaborée. L'objectif général visé par cette PNS est de réduire les effets de la maladie sur la population en général et sur les populations pauvres en particulier. Pour atteindre cet objectif, un premier **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)** a été élaboré pour couvrir la période **2002-2012**. Ce plan avait retenu comme priorité des interventions reliées à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Alors que le PNDS arrive à son terme le 31 décembre 2012, le Ministère de la Santé (MS), ainsi que l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF), se sont engagés dans un processus de révision de la Politique Nationale de Santé et de formulation d'un nouveau PNDS qui couvrira la période 2015-2024. C'est dans ce cadre qu'une feuille de route a été élaborée pour la révision de la Politique Nationale de la Santé (PNS) et l'élaboration du nouveau PNDS. Parmi les actions inscrites dans cette feuille de route il y a l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Rappelons que les CNS constituent un outil de suivi évaluation cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils permettent de calculer le montant total des soins et des biens médicaux consommés dans le pays. Ce qui facilite le suivi-évaluation de l'ensemble des ressources financières mobilisées dans un pays pour atteindre les objectifs nationaux et les engagements internationaux en matière de santé.

En outre, les CNS sont d'une importance capitale pour la planification et l'allocation optimale des ressources en matière de politique de santé. C'est la raison pour laquelle l'élaboration des CNS est devenue une impérative pour la Guinée, surtout pour la révision de la PNS et l'élaboration du nouveau PNDS. Contrairement à certains pays de la sous-région (Burkina Faso, Niger, Sénégal ...), la Guinée est à son deuxième exercice de réalisation des CNS. Le présent rapport présente les Comptes nationaux de la santé des années 2011, 2012 et 2013. Son but est de disséminer les résultats des comptes nationaux de la santé afin de contribuer à améliorer la prise de décision sur des bases factuelles.

Les résultats ici présentés sont la synthèse d'un long processus qui a impliqué une équipe multidisciplinaire de cadres du MS et du Ministère du Plan (INS) avec l'accompagnement des partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, etc.).

Ainsi, j'adresse mes encouragements et ma reconnaissance à toute l'équipe et aux partenaires techniques et financiers qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport. Enfin, j'invite tous les acteurs à l'exploitation du présent rapport, pour plus d'efficacité et d'efficience dans la prise de décisions.

Le Ministre de la Santé

Dr Abdourahmane DIALLO

RESUME

Les comptes nationaux de la santé (CNS) constituent un instrument de diagnostic du système de santé qui permet d'identifier les problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

Ils regroupent un ensemble d'informations économiques et financières systémiques et cohérentes sur le système de santé. Combinés avec les autres indicateurs de santé liés à l'offre de soins, à la morbidité, à la mortalité,... ces comptes permettent aux décideurs de disposer de plus d'évidences pour une meilleure appréhension du système de santé et pour une planification stratégique éclairée.

Malgré cette importance capitale des CNS, la Guinée en est à son premier essai. Ce deuxième exercice concerne les années 2011, 2012 et 2013.

Avant tout rappelons que la Dépense Nationale de Santé (DNS) englobe toutes les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer et entretenir la santé d'une nation et des individus sur une période définie. Cette définition s'applique indépendamment de la nature de l'institution qui fournit les soins ou qui finance l'activité de santé. En d'autres termes, la DNS inclut toutes les fonctions en rapport avec la santé.

Ainsi, selon cette définition, et sur la base des données collectées, la Dépense Nationale de Santé ou Dépense Totale de Santé (DTS) en Guinée pour l'année 2011 était de 1 738 milliards de francs guinéens, soit 260,52 millions de dollars américains (\$ US) au taux de change de 1 \$ US = 9200 FG. En 2013, cette dépense s'élève à 1974 1 738 milliards de francs guinéens, soit 285,83 millions de dollars américains (\$ US)

En rapportant ce montant à la population guinéenne en 2013 (10 280304), on trouve une Dépense Nationale de Santé par tête de l'ordre de (169061,14 GNF) 24,47 \$ US, ce qui est en dessous du niveau fixé par la commission macroéconomie et santé de l'OMS.

En effet, dans un de ses rapports¹, l'OMS estime que le financement minimum de santé doit se situer entre 30 et 40 \$ US par personne et par an pour couvrir les interventions essentielles y compris celles nécessaires pour combattre la pandémie de SIDA.

En outre, il est à noter que la Dépense Nationale de Santé qui représente 3,4% du Produit Intérieur Brut (PIB) et du 3,5% du budget² de l'Etat en 2013 (tableau n°17), *semble être sous-estimée dans la mesure où, pour des raisons diverses, toutes les dépenses de santé n'ont pas pu être collectées pour cet exercice des CNS. Parmi ces dépenses de santé qui n'ont pas pu être collectées, on peut citer entre autres : celles des mutuelles de santé, des micro-assurances santé, des systèmes de partage de coûts, et celles de la plupart des ONG intervenant dans le domaine de la santé ainsi que des dépenses de santé des institutions étrangères (multi-bilatérales) pour leurs personnels résidents en Guinée. Nonobstant cette limite, ce montant de la Dépense Nationale de Santé (DNS) traduit un effort important d'investissement en matière de santé en Guinée de 2011 à 2013.*

Les CNS ont permis aussi de déterminer les niveaux de financement des dépenses totales et courantes de santé durant la période 2011-2013:

- La Dépense totale pour la santé (DTS) a connu une tendance haussière passant de 1 737, 68 milliards FG en 2011 à 1974,54 milliard en 2013, soit un accroissement de 13,6%.
- La Dépense courante de santé (DCS) a aussi connu une tendance haussière durant cette période, passant de 1 711,97 milliards FG en 2011 à 1 956,67 milliard en 2013, soit un accroissement de 14,3%.

En ce qui concerne des dépenses de santé par source de financement, nos données indiquent que la première source de financement des dépenses de santé en 2013 provient des ménages, avec 63% des dépenses. Avec 20% des dépenses de santé, le Reste du monde est la seconde source de financement des

¹ Macro économie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique ; décembre 2001

² Dépenses budgétaires engagées

dépenses de santé,. Enfin, l'Etat est la troisième source de financement de la santé, il ne finance que 15% des dépenses de santé en 2013.

Ainsi, malgré que l'Etat contribue peu au financement de la santé (15%), il est le troisième payeur des services de santé auprès des prestataires. *Toutefois, ceci doit être pris avec prudence, car nous avons supposé pour la plupart des cas, que les fonds du reste du monde ont été mobilisés par l'Etat, puis l'Etat à son tour a payé les services de santé avec ces fonds mobilisés. Plus concrètement, on suppose que les paiements faits directement par le reste du monde (Partenaire Technique et Financier), l'ont été au nom de l'Etat et à sa demande, ce qui est parfois difficile à établir*

Pour ce qui est de la distribution des dépenses de santé par prestataire, nos estimations révèlent qu'en 2013:

- La distribution des dépenses de soins de santé selon les prestataires et les fonctions de soins de santé (tableau 14) révèle que les hôpitaux (159 383,49 millions de GNF), les prestataires de soins ambulatoires (697 396,85 millions de GNF), le reste de l'économie (65 422,99 million de GNF) et le reste du monde (17 164,67 million de GNF) ont enregistré des dépenses de santé liées aux soins curatifs.
- Les dépenses de santé effectuées au titre des services auxiliaires n'ont été comptabilisées qu'au niveau des prestataires de services auxiliaires pour un montant de 69 889,75 millions de GNF.
- L'offre de soins préventifs par les prestataires de soins préventifs a permis de capitaliser 420 548,04 millions de GNF en 2013.
- Les postes de gouvernance, d'administration du système de santé et des financements ont permis aux prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé d'accumuler 65 566,35 millions de GNF.

S'agissant de la répartition des dépenses de santé par maladie, nos données indiquent que :

- I) Les dépenses courantes de santé allouées aux maladies/affections sont en constante augmentation depuis 2011 en termes de volume et de proportion. Elles sont passées de 1 711 966,98 millions de GNF en 2011 à 1 956 668,90 millions de GNF en 2013, soit un taux d'accroissement de 14,3%.
- II) La part des dépenses de santé consacrée aux **maladies infectieuses et parasitaires** restent les plus élevées durant la période 2011-2013 (respectivement 60,19%, 54,22% et 56,92%) suivie des dépenses allouées à la **santé de la reproduction**, qui passe de 10,95% en 2011 à 13,49% en 2013.
- III) En ce qui concerne les parts des dépenses de santé allouées aux **maladies non transmissibles** et les **traumatismes**, elles ont connu une tendance haussière dans la période 2011-2013. Elles varient d'un montant de 186 917,87 millions (soit 10,92%) en 2011 à 229 911,51 millions de GNF (soit 11,75%) en 2013. De même, la part de dépenses allouées aux **traumatismes** varie de 149 679,02 millions de GNF (soit 8,74%) en 2011 à 184 091,91 millions de GNF (soit 9,41%) en 2013.
- IV) La distribution des dépenses courantes de santé par maladie et par agents de financement et bailleurs de fonds (tableau 18) révèle que les **maladies infectieuses et parasitaires (124 994,16 millions de GNF)**, les **Santé de la reproduction (70 057,58 millions de GNF)** et les **maladies non transmissibles (32 555,15 million de GNF)** ont été les plus financés par l'**Administration publique**. Les entreprises et les ménages ont aussi plus dépensés dans les maladies infectieuses et parasitaires que dans les autres affections (respectivement **59,27% et 58,95%**). Cette situation reste de même pour les ISBLSM et le reste de monde.

En ce qui concerne l'investissement, les ressources allouées sont principalement affectées aux infrastructures de bâtiments résidentiels et non résidentiels. Les dépenses d'investissement ont subi une baisse tendancièrè durant la période 2011-2013. Elles passent de 25,71 milliards GNF en 2011 à 17,87 milliards GNF en 2013, soit une diminution de 30,5%.

INTRODUCTION

La santé publique est un thème très controversé et les documents de référence dans le contexte de notre pays n'apportent qu'une vision contrastée du débat selon les données disponibles.

Dans bien de pays, les soins de santé sont assurés et régis par une multitude d'efforts des entités publiques et privées et de la médecine traditionnelle, en l'occurrence dans les pays en développement. Et, comme marque singulière de ces pays, l'une des contraintes majeures qui handicapent l'effectivité des stratégies et politiques en la matière, reste certainement l'insuffisance et/ou la pauvreté des statistiques.

De même, si le financement des économies en développement reste d'actualité au regard de l'importance des défis à relever, il n'en demeure pas moins cependant que la nécessité d'une planification rigoureuse pour une meilleure lisibilité de ces politiques se pose aujourd'hui avec acuité.

En outre, l'importance du besoin croissant en informations nationales fiables sur les sources et les usages des fonds alloués au secteur de la santé devient cruciale dans l'analyse des efforts nationaux et la comparabilité entre pays.

A cet égard, pour rendre les systèmes de santé plus performants dans un environnement mondial en mutation, les décideurs doivent désormais disposer d'un système d'informations régulières sur les dépenses en santé à l'échelle internationale, nationale et locale. C'est pourquoi ce premier exercice d'élaboration des comptes nationaux de la santé va permettre en amont d'outiller non seulement les décideurs mais aussi de renforcer les capacités des opérationnels qui implémentent et déclinent les recommandations utiles qui en résultent.

Par ailleurs, bien que la Guinée s'inscrive désormais dans cette dynamique nouvelle sur le système d'informations stratégiques en matière de santé soit à son premier essai, des insuffisances liées entre autre à la collecte des données et au manque de certaines clés de répartition apparaissent néanmoins dans le document même si l'équipe d'experts ait intégré progressivement les principes, méthodes et outils des comptes nationaux de la santé.

Vous aurez compris en conséquence que l'élaboration des comptes nationaux de la santé (CNS), connaît ainsi donc la difficulté de réunir toutes les données requises, notamment sur les pathologies quoiqu'une équipe de travail, appuyée par un expert international recruté par l'OMS, ait été mise en place. .

Ce rapport qui présente une vue panoramique des dépenses de santé versus 2011, 2012 et 2013, s'articule autour de deux grandes parties. La première partie qui présente la méthodologie et les sources de données indispensables pour la réalisation des CNS et la seconde expose les résultats des CNS 2011, 2012 et 2013.

En tout état de cause, le comité de rédaction ose espérer que le présent document versus 2011, 2012 et 2013, ouvrira de nouveaux horizons en élargissant le débat dans l'impérieuse nécessité de servir de référence et d'outil d'aide à la décision dans un pays marqué par une quasi-absence de données historiques.

I.GENERALITES

1.1 PRESENTATION GENERALE DE GUINEE

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km². Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau de la sous-région : le fleuve Konkouré, le fleuve Kolenté, le fleuve Niger, le fleuve Sénégal, le fleuve Lofa et le fleuve Gambie.

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière.



Figure 1: Carte administrative de la Guinée

Les effectifs annuels de la population utilisés dans ce document sont issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 3) de 2014 et des projections réalisés par l'Institut National de la Statistique (INS). Rappelons aussi que pour des raisons diverses le troisième Recensement Général de la population et de l'Habitation (RGPH 3) de 2014 n'a été réalisé que dix-huit (18) ans après le deuxième recensement Général de la population (RGPH 2) de 1996.

Selon les résultats définitifs du RGPH 3, la population résidente de la Guinée est de 10 523 261 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km², contre une population de 7 156 406 habitants en 1996. Ce qui donne un d'accroissement annuel moyen de 2,2% sur la période 1996-2014. Avec ce taux la population guinéenne serait respectivement de 9919453 habitants en 2011, 10137681 habitants en 2012 et de 10 280 304 habitants en 2013. Pour les projections des populations de 2015 à 2020, l'INS a estimé un taux d'accroissement démographique de 2,9%. Avec ce taux, la population guinéenne serait de 12 965 197 habitants en 2020. Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 7 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans³.

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178^{ème} rang sur 186 pays⁴ à l'indice de développement humain durable (IDH).

La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs⁵.

1.2 PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Le système national de soins est organisé de manière pyramidale (Niveaux Central, Régional et Préfectoral ou district de santé) et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Sur le plan administratif, on distingue, le niveau central est chargé de la conception, de la supervision, du contrôle et de l'évaluation de la mise en œuvre des orientations du Gouvernement en matière de santé. En ce qui concerne le niveau régional, c'est la structure intermédiaire chargée de la supervision et du contrôle des orientations données par le niveau central, en vue de leur traduction en activités opérationnelles. Quant au niveau préfectoral, appelé opérationnel (District), est chargé de la réalisation des activités sur le terrain, sur le plan sanitaire. Il existe trois sous-secteurs d'offre de soins à l'intérieur de cette pyramide : (public, parapublic et privé)

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux. Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Ces structures de soins assurent le premier contact du système de santé avec la population. Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base que sont: la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et les services médicotechniques. Les hôpitaux régionaux (second niveau) offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités⁶ et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche. **Le sous-secteur parapublic** est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles. **Le sous-secteur privé** est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets

3 PNUD, RMDH 2010.

4 PNUD, Rapport Mondiaux sur le Développement Humain, 2012

5 Enquêtes sur le tabagisme en milieu scolaire (Avril 2001), Guinée

6 Section Équipement de la DNEHS 2011

1.3 PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE DE 2011 A 2013

En Guinée, les taux de mortalité restent parmi les plus élevés de la sous-région (ratio de mortalité maternelle 724 pour 100.000 naissances vivantes, taux de mortalité infanto juvénile 123‰, taux de mortalité infantile 67‰⁷). Malgré les diminutions observées, la mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile restent encore très élevées. Entre 2005 et 2012, la mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infantojuvénile a baissé de 163‰ à 123‰ et la mortalité infantile de 91‰ à 67‰.

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

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une parasitémie de 44% chez les enfants⁸. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. Il constitue la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012⁹ dans la population générale. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations avec une épidémie de de type « généralisée ». La prévalence chez les femmes enceintes de 2,5%.

La prévalence de la Tuberculose de 178 TPM+ pour 100 000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coinfection TB/VIH. De plus, la méningite, le choléra et la rougeole sévissent de manière endémo-épidémique. Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge¹⁰. Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère.

Il est à noter que les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine¹¹.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs sociodémographiques et économiques du pays.

Tableau 1: Quelques indicateurs de performance du système de santé en Guinée, de 2005 à 2012

Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDSG IV2012)	67‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSG IV2012)	123‰
Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)	724/100.000 NVs
Prévalence de la Tuberculose (2005)	178 TPM+ pour 100.000 habitants
Proportion d'accouchements assistés (EDS IV, 2012)	45% en 2012
Taux de césarienne (Annuaire 2008 de gestion des Hôpitaux)	1,54% ^[2]

⁷EDS 2012Ministère do Plan, Guinée

⁸EDS 2012

⁹EDS 2012

¹⁰EDS 2012

¹¹ Enquête STEPS 2010

[2]Selon l'EDS3, la moyenne nationale était de 1,7 (2% à Conakry et dans certains centres urbains mais a peine 1% dans certains Préfectures).

Nombre de contacts/habitant/an (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	0.3
Enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	37%
Couverture CPN 1 (EDS IV, 2012)	85%
Couverture en CPN 4 (EDS IV, 2012)	57%
ISF (EDS IV, 2012)	5.1
Dépenses sanitaires (% PIB), 2006 (DSRP 2007)	0,40%
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté	49,2% (DRSP1-2002) ; 53,4% (EICB 2006) ; 58% (DSRP3 -2010) ****

Sources : * PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009, ** Ministère du Plan et de la Coopération-Guinée : INS, Septembre 2009, 2012 (www.statguinee.org/index.htm), *** Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

Pour la prestation des soins, on note des Occasions Manquées par rapport à la continuité des soins comme l'illustre la figure 2 ci-dessous.

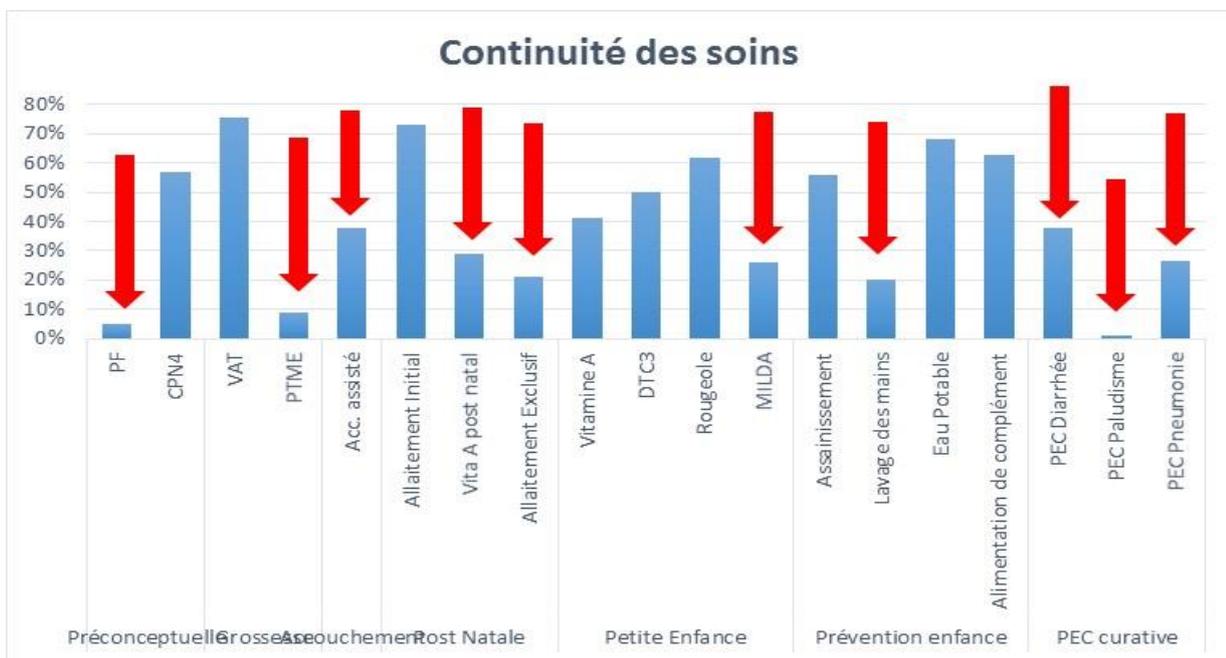


Figure 2: Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée

Pour le niveau familial et communautaire, les principales entraves à l'extension de la couverture des services de santé sont entre autres :

- la faible disponibilité des intrants au niveau des SBC est due à une insuffisance de dotation de kits de communication et de sensibilisation aux ASC, la faible dotation des ASC en kits de prise en charge des maladies comme le paludisme simple, les IRA, la diarrhée et la malnutrition modérée et en contraceptifs pour la distribution à base communautaire.
- Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé) est insuffisant au regard du paquet d'activités actuellement développé dans la communauté. En outre le bénévolat ne permet pas une fidélisation de ce type de ressources humaines en santé.
- l'insuffisance de moyen logistique pour les ASC et l'utilisation insuffisante des canaux de communication ne permettent pas à l'ensemble de la population d'accéder aux messages véhiculés par les ASC mais

également à la prise en charge des maladies pour les villages enclavés (soit situés au-delà de l'aire géographique de la formation sanitaire, soit lié à des obstacles naturels).

- Le faible niveau d'utilisation des services au niveau communautaire est lié à la mise en œuvre insuffisante de la PCIME communautaire, aux pesanteurs socioculturelles et religieuses, à l'insuffisance des messages pour le changement des comportements, à l'insuffisance de ressources financière pour la mise en œuvre d'activités d'IEC et à la faible implication des leaders d'opinion dans la mise en œuvre des activités de promotion.
- La faible qualité : la faible couverture effective des interventions à haut impact au niveau des groupes cibles s'explique essentiellement par l'insuffisance de formation des ASC sur la promotion de la santé mais également sur la PCIME communautaire.
- une insuffisance de la disponibilité des intrants par rapport aux populations cibles. les ruptures fréquentes en intrants dus à la mauvaise estimation des besoins en fonction de la population
- une insuffisance en ressources humaines, cette insuffisance en ressources humaines est occasionnée par la mauvaise répartition du personnel, la faible motivation du personnel (administrative et financière) qui ne les incitent pas à rester dans les zones défavorisées.
- une insuffisance d'accès géographique aux stratégies fixes et avancées de prestations des services et soins de santé. Cette situation est due à une mauvaise répartition des formations sanitaires, à la faible intégration des structures privées dans ces types d'activités mais surtout l'insuffisance de mise en œuvre de la stratégie avancée par manque de moyens logistiques ou de carburant.

1.4 SYSTEME DE SANTE DE 2011 A 2013

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le Décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. L'organisation administrative du secteur est faite de manière pyramidale avec des services centraux et des services déconcentrés. Le Ministère s'est doté d'outils de gestion notamment le manuel simplifié de gestion administrative du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) en juillet 2010.

Plusieurs éléments caractérisent le dispositif institutionnel actuel au niveau central : le dispositif mis en place contribue au renforcement d'une logique verticale (multiplicité des programmes dont la coordination reste assez complexe.). Il est caractérisé par la faiblesse des capacités opérationnelles de nombreuses structures centrales soit en raison de leur faible position dans la hiérarchie, soit en raison de l'insuffisance des moyens humains et matériels pour leur fonctionnement.

Au niveau déconcentré et décentralisé, la mission note : Le niveau déconcentré du système de santé repose sur les Directions Régionales de santé, mais plusieurs éléments indiquent que l'espace sanitaire régional est relativement peu cohérent en tant qu'entité unique de gestion et de promotion de la santé à l'échelon régional. La synergie d'action entre Hôpitaux régionaux (HR) et Directions Régionales de la Santé (DRS) n'est pas toujours effective pour plusieurs raisons dont l'insuffisance des ressources humaines dans les HR qui ne facilite pas leur implication dans l'appui aux DPS avec la DRS, et l'interprétation parfois différente des rôles et attributions entre DRS et HR

De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de coordination aussi bien au niveau central, régional que préfectoral. Ces structures notamment au niveau régional et préfectoral se tiennent régulièrement (CTRS, CTPS) avec production des rapports. Ce dispositif de coordination reste relativement interne, et des efforts sont encore à faire pour systématiser des cadres de concertation avec les PTF, aussi bien au niveau central qu'au niveau régional et préfectoral. La coordination avec le secteur sanitaire privé reste à réaliser notamment en zone urbaine où ces structures sont numériquement importantes.

Les processus de monitoring et de planification apparaissent assez systématisés mais restent assez théorique en raison de la faiblesse des ressources locales pouvant permettre la prise de décision pour une mise en œuvre des actions correctrices. En raison de la rareté des ressources financières, le processus des PTA est essentiellement axé sur les ressources disponibles et ciblées (venant des partenaires), et non sur une vision systémique des problèmes spécifiques au district. Le processus de planification reste insuffisant. En effet, l'analyse telle que conduite (i) ne permet pas d'identifier les insuffisances relatives à l'équité et les disparités populationnelles et géographiques ; (ii) n'examine pas de manière systématique les goulots d'étranglement et barrières relatifs à l'environnement, l'offre, la demande et la qualité des services et interventions (iii) ne permet pas d'avoir des cibles et des objectifs réalistes prenant en compte les performances du programme et les capacités réelles de mise en œuvre et (iv) conduit à un budget non basé sur des cibles et objectifs réalistes, les capacités d'absorption et l'espace fiscale.

La participation communautaire est caractérisée par une faible appropriation du processus par les élus locaux, une faiblesse de la motivation financière des acteurs communautaires, une insuffisance dans la gestion des centres de santé, une faible diffusion du code des collectivités décentralisées et une absence de rétro information large au niveau de la population.

Le SNIS est caractérisé par une insuffisance qualitative des ressources humaines à tous les niveaux, une insuffisance d'utilisation des NTIC pour l'exploitation et l'archivage des données et une insuffisance de la logistique roulante à tous les niveaux.

Financement de la santé

Le financement de la santé est mal connu ; on ne sait pas exactement ce que l'on dépense dans le secteur, bien qu'il soit approché par le premier exercice des comptes nationaux de la santé (CNS 2010).

Le budget du Ministère de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé de 2010 à 2013: 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012, 1,75% en 2013.

Selon les sources du MEF. Les crédits exécutés en 2010 et 2011 sont supérieurs à ceux de 2009 en valeurs absolues ; toutefois, les taux d'exécution chutent considérablement entre 2010 et 2011, passant respectivement de 90% à 67%.

Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau)¹², soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

Les ménages constituent la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 62,20% de la dépense totale de santé en 2010 sous forme de paiements directs.

II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

2.1 DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE

Les comptes de la santé (CS) fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. Les CS permettent d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leurs impacts dans le temps. La flexibilité du cadre d'élaboration des CS permet d'analyser les données de certaines interventions sanitaires telles que le VIH/sida, le Paludisme, la Tuberculose, les maladies respiratoires, la santé de la reproduction, etc. Les interrelations entre les différentes entités intervenant dans le financement de la santé peuvent être représentées selon le schéma ci-dessous.

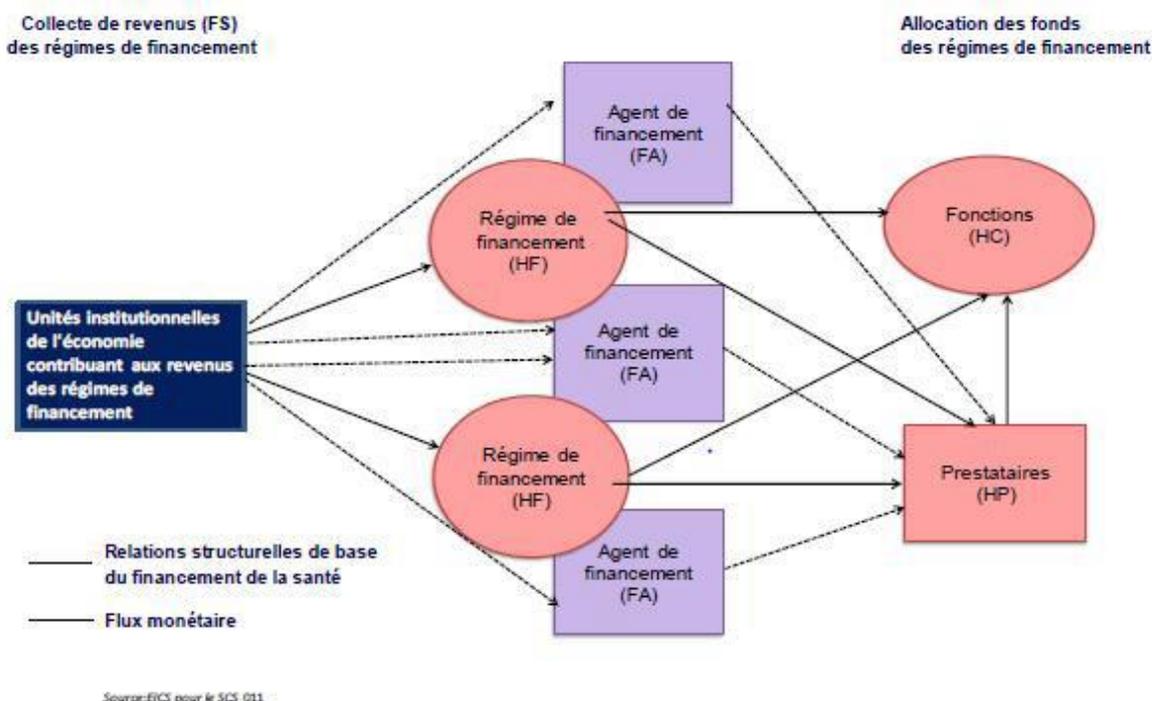


Figure 3 : Présentation schématique du système de financement de la santé

L'analyse des flux des dépenses entre les différentes entités permet d'évaluer l'efficacité des politiques publiques, leur impact dans le temps et l'utilisation des ressources afin de corriger les déséquilibres du financement du système de santé.

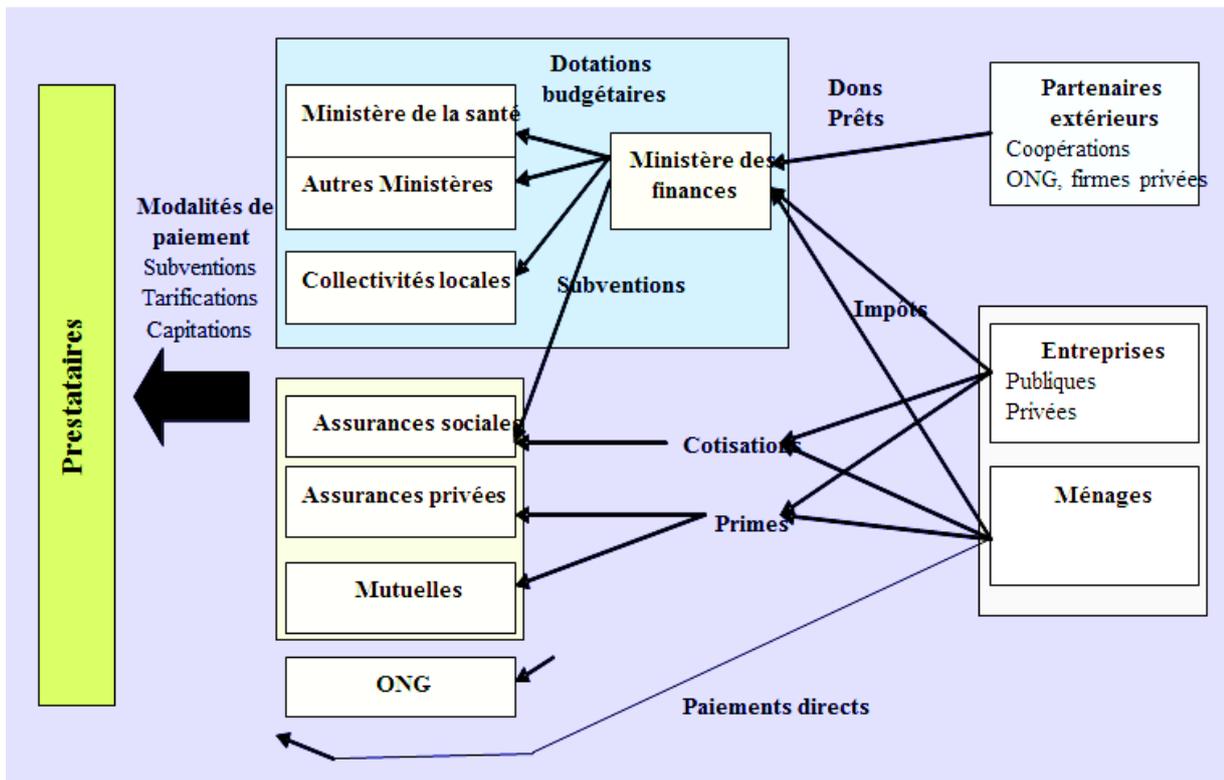


Figure 4 : Principaux agents et modalités de financement

2.2 DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

- La dépense de santé

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances qualifiées en santé.

- Les paiements directs des ménages

Les paiements directs sont des sommes d'argent versées par les ménages en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire ou non. Ne sont pas comptabilisées dans les débours directs, les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie).

- La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé

Il s'agit des investissements réalisés (équipements médico- techniques, microscopes,...) acquis au profit des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.

- La dépense totale de santé (DTS)

La DTS est égale à la dépense courante de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur hospitalier public et privée, les dépenses liées au handicap et on retranche les indemnités journalières, les dépenses de recherche, dépenses d'enseignement et les dépenses de prévention collective alimentaire.

- Les biens médicaux dispensés

Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.

- Les revenus des régimes de financement (FS)

Le revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.

- Les régimes de financement (HF)

Ce sont les composantes du système de financement de la santé d'un pays qui canalisent les revenus reçus et utilisent ces fonds pour payer, ou acheter les activités à l'intérieur de la frontière des Comptes de la santé (CS).

- Les prestataires (HP)

Les entités qui reçoivent de l'argent en échange ou en anticipation de la réalisation d'activités au sein de la frontière des comptes de la santé.

- Les fonctions (HC)

Les types de biens et services fournis et les activités réalisées dans la frontière des comptes de la santé.

- La formation de capital (HK)

Les types d'actifs que les prestataires de soins de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés fréquemment ou continuellement pendant plus d'une année pour la production des services de santé.

- Les transferts directs étrangers

Les revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.

- Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique

Les fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé. Les pays dont l'administration publique est décentralisée peuvent ressentir le besoin de souligner le rôle joué par les administrations centrale et locale dans l'allocation des revenus aux régimes de financement des soins.

- Les produits

Les divers biens et services fournis par les prestataires, y compris les biens et services non liés à la santé produits et consommés.

- Les données de sources primaires

Les données de sources primaires sont issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés en respectant un plan de sondage établi.

- Les données de sources secondaires

Les données de sources secondaires aussi appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure.

2.3 PROCESSUS D'ELABORATION DES SOUS COMPTES

La réalisation des comptes de la santé s'est faite selon les étapes suivantes : (i) la manifestation de besoins ressentis et la volonté manifeste, (ii) les activités préparatoires, (iii) les activités de collecte, (iv) la saisie, la codification, la tabulation des données et l'analyse des données, (v) la rédaction et la validation du rapport.

2.3.1. Manifestation de besoins ressentis et la volonté manifeste de réalisation des comptes santé

En 2013, les exercices des états généraux de la santé ont démarré. Cet exercice nécessite une revue exhaustive et l'analyse de des six piliers du système dont le financement. Les données des comptes de santé 2010 qui existent en 2013 s'étaient avérées obsolètes, ce qui a suscité le besoin d'actualisation et la volonté des Partenaires à accompagner le Ministère de la santé à disposer des dépenses de santé 2011, 2012 et 2013.

2.3.2. Activités préparatoires

Les activités préparatoire ont consisté à renforcer le cadre de l'élaboration des Comptes de la santé(CS) afin de disposer de façon permanente, des bases factuelles sur les dépenses de santé, permettant aux autorités d'opérer des choix raisonnés de politiques et de stratégies basées sur l'équité dans la contribution financière aux soins et services de santé de qualité pour tous et surtout aux plus démunis et aux groupes vulnérables. Ainsi, une formation à Abidjan, de deux formateurs nationaux (Bureau de Stratégie et de développement) à la production des CS avec le nouveau système des comptes de la santé (SHA 2011) a été réalisée. L'équipe technique de la production des CS de Guinée a été formée pour conduire le processus.

2.3.3. Collecte de données

Les principales sources qui ont été utilisées pour collecter les données sont :

- les données de source primaire ont été collectées auprès des Partenaires techniques et financiers (PTF), Organisations non-gouvernementales (ONG), et des assurances.

Tableau 2: Listes des structures visitées

Type de questionnaire	Structures enquêtées
Bailleurs de fonds	OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, ONUSIDA, FOND Mondial, GAVI, UE, BAD, Banque Mondiale, PMI, PNUD, Fonds Muskoka
ONG	JHPIEGO, CRS, PSI, MSF-Belgique, CICR, Plan Guinée,
Assurances	UGAR, SOGAM, MUTRAGUI, NSIA, I.I.C, SONAG, LGV

- les données de sources secondaires ont été obtenues à partir des rapports financiers des projets et programmes de santé, de la chaîne des dépenses du Ministère de l'Economie et des Finances, des rapports d'enquêtes et des comptes nationaux produits par l'Institut National de la Statistique (INS), des rapports des ONG et de certains partenaires techniques et financiers. Les rapports d'activités des hôpitaux, des régions sanitaires et de certaines directions centrales.

Tableau 3: Listes des Ressources exploitées

Structure	Ressources exploitées
Ministère de l'économie et des finances	Rapport d'exécution du budget de l'Etat
Ministère de la santé	Rapport d'activité DRS, Hôpitaux, Annuaire statistiques
Institut National de la Statistique (INS)	Rapports d'enquêtes et des comptes nationaux : ELEM 2007 et 2012, EDS-MICS IV,
Comité National de Lutte contre le SIDA	Rapports UNGAS 2011, 2012 et 2013
CNSS	Etats financiers 2011, 2012 et 2013

- L'estimation des dépenses des ménages selon la nature des biens ou de services consommés a pris comme base l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEM) réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) en 2007 et 2012. ELEM reposait sur un échantillon d'environ 7 632 ménages. Les dépenses de 2011, 2013 ont été estimées à partir de celles de 2012 en utilisant le taux de croissance des dépenses des ménages entre 2007 et 2012.
- d'autres sources d'informations ont été obtenues en exploitant les sites web :
 - <https://www.who.org>
 - www.theglobalfund.org
 - www.gavi.org
 - www.unicef.org
 - www.unfpa.org
 - www.banquemondiale.org

2.3.4. Saisie, codification, tabulation et analyse des données

L'outil de production des comptes de la santé (HAPT) élaboré par l'OMS a été utilisé pour le codage des données. Cet outil renferme plusieurs modules organisés autour des différentes sources.

Les données des partenaires, ONG, CNSS, et ménages ont été organisées autour de plusieurs feuilles contenant l'ensemble des dépenses en santé en format Excel suivant la nouvelle nomenclature des CS. Une triangulation des données a été faite avec d'autres sources (site web des bailleurs internationales); ceci a permis de supprimer les doublons et corriger les aberrations.

Les données du de l'exécution budgétaire de l'Etat ont été réorganisées sous un format importable dans l'outil de production des comptes. Des identifiants ont été créé suivant une logique standard qui prend en compte la structure, l'activité, et la source de financement.

Toutes les données ont été importées dans l'outil et codifié suivant la nouvelle classification du système compte de santé 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque dépense, les codes FS, HF, FS.RI, FA, HP, HC, FP et DIS.

Des clefs de répartition ont été créées à tous les niveaux de la codification sur la base des rapports financiers des partenaires, annuaire statistiques, rapport d'activité de certaines structures (Hôpitaux) etc. Ces clefs ont été utilisées pour répartir les dépenses de santé.

Nous avons utilisé les options de répétition du codage pour importer le codage de 2011 sur les autres études. Les tableaux croisés ont été produits sur les dépenses globales et sur les dépenses par maladie et par bénéficiaires. Ces tableaux ont servi de base à l'analyse du rapport des Comptes de la santé 2011 - 2013 suivant un plan d'analyse. Toutes les dépenses sont libellées en GNF (Francs Guinéen).

2.3.5. Rédaction et la validation du rapport

Une équipe mixte, constituée de l'INS et le Ministère de la santé a procédé à la rédaction du rapport. La validation a consisté à la dissémination du rapport préliminaire Ministère de la Santé pour la validation technique.

2.3.6. Limites de l'étude

La distribution de dépenses réalisées n'a pas pu être répartie par région, par âge et par genre. Il sera intéressant d'avoir des dépenses réelles désagrégées pour un meilleur arbitrage politique et stratégique.

Les investissements réalisés pour la santé des populations n'ont pas pu être répartis selon les différentes maladies. Les informations collectées ne permettaient pas une telle distribution des dépenses.

Nous avons enregistrées les difficultés suivantes dans la collecte des données :

- Refus de fournir les données par certaines structures,
- Absence de désagrégation des données d'exécution de l'Etat et des partenaires par région, par âge et par sexe,
- absence de spécification des données financières par domaine de santé, ainsi que des poches de dépenses telles que le salaire, autres indemnités dans l'exécution des activités financées par les bailleurs).

III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE DE 2011 A 2013

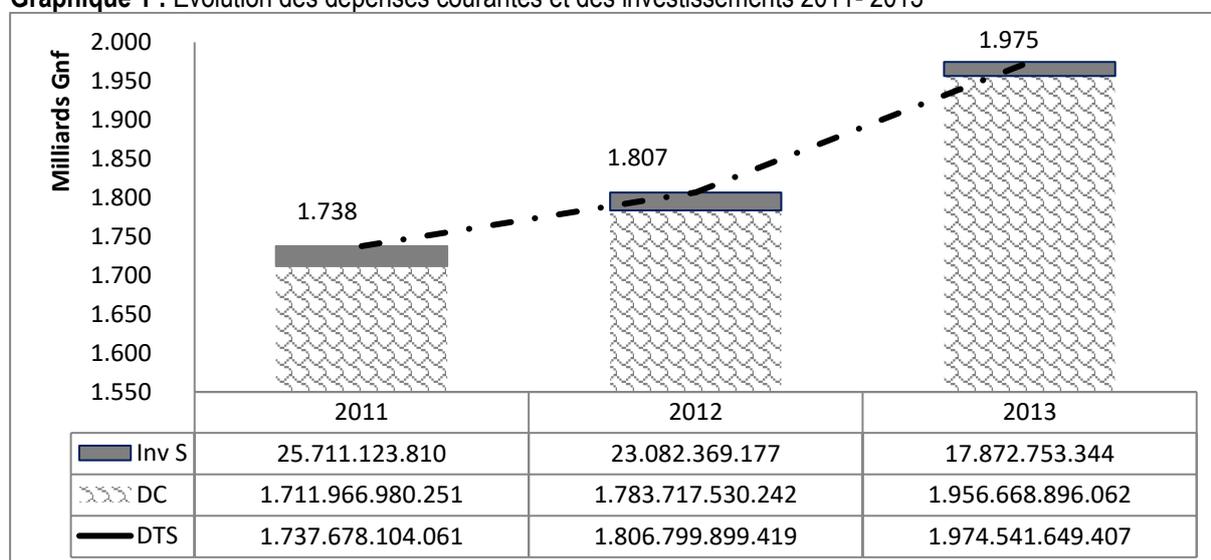
3.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Le volume moyen de la dépense totale de santé (DTS) est de GNF 1.839.673.217.629 entre 2011 et 2013. La part moyenne allouée aux investissements en représente 1,2%.

Sur ces trois années (2011-2013), la dépense totale de santé présente globalement une tendance en augmentation, plus élevée en 2013 (**GNF 1.974.541.649.401**) et plus basse en 2011 (**GNF 1.737.678.104.061**). Inversement, les investissements (Inv S) demeurent faibles sur toute la période, et se caractérisent par une allure en baisse significative de 2011 (**GNF 25.711.123.810**) à 2013 (**GNF 17.872.753.344**), soit une réduction de près du tiers (31%).

Concernant la dépense courante (DC) de santé, elle présente la même caractéristique que les Dépenses totales de santé, progresse de façon arithmétique de 2011 à 2013. Le niveau record de la dépense courante de santé sur la période 2011-2013 est de **GNF 1.956.668.896.062**, atteint en 2013 avec cependant le niveau d'investissement le plus bas (0,9%).

Graphique 1 : Evolution des dépenses courantes et des investissements 2011- 2013



3.2. ANALYSE DE LA DIMENSION FINANCEMENT DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2011 A 2013

3.2.1 Analyse selon les sources de financement de la santé

La principale source de financement de la DTS en 2013 est supportée par les ménages, pour une contribution de 63%, suivie du reste du monde (20%) et de l'administration publique (15%). Le financement de la DTS provenant des entreprises et des ISBLM représente 1,6% de l'ensemble. La contribution des ménages et de l'administration publique se caractérisent par une légère augmentation et restent globalement stable entre 2011 et 2013 avec respectivement une moyenne de 61% et de près de 15%. Par rapport à 2010, on note une stabilité de la part des ménages autour de 63%.

Sur la période 2011-2013, les dépenses engagées par les entreprises dans le domaine de la santé ont connu une augmentation significative en chiffre absolu de 11 055 603 170 GNF en 2011, de 16 931 939 289 GNF en 2012 et de 25 989 854 912 GNF en 2013, toutefois sa part de la DTS est très faible et inchangée (1%). Par contre la contribution de ISBLM, observent une baisse importante durant la période avec une diminution de près de la moitié (44%) de 2011 à 2012 et de plus du tiers (41%) de 2012 à 2013. Quant à la contribution du Reste du monde (Financement extérieur) à la DTS, elle a peu varié entre 2011 (403 362 831 585 GNF) et 2013 (393 893 362 189 GNF). On note cependant nette réduction de 23% (2011) à 20% (2012 et 2013), contre 28% en 2010 de la DTS.

La forte baisse globale de l'investissement durant la période de 2011 à 2013 pourrait se justifier les conséquences des crises sociopolitique récurrentes et l'amorce des reformes entreprises dans le secteur après l'élection démocratique 2010 à l'Etat de régime (militaire) d'exception de 20108 à 2010.

Graphique 2 : Dépenses totale de santé selon les sources de financement de 2011- 2013

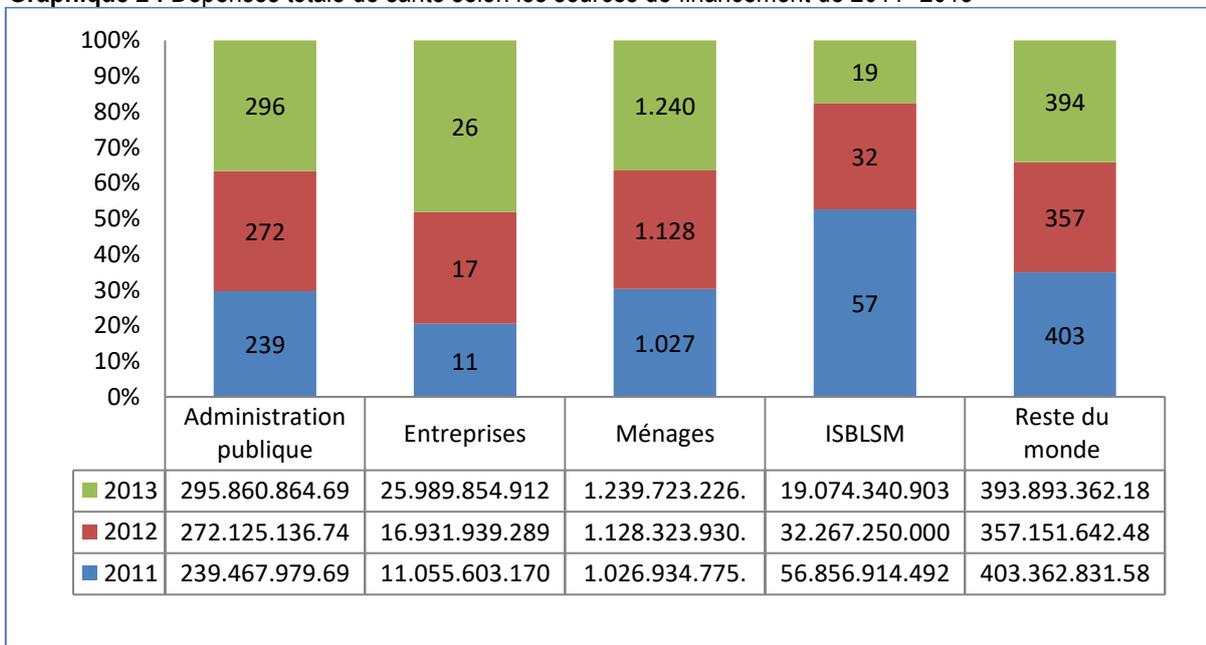


Tableau 4: Répartition en pourcentage de la DTS selon les sources de financement entre 2011 et 2013

Sources de dépenses en %	2011	2012	2013
Administration publique	14	15	15
Entreprises	1	1	1
Ménages	59	62	63
ISBLSM	3	2	1
Reste du monde	23	20	20
Total	100	100	100

A l'image de CNS 2010 (62,2%), les ménages demeurent la principale source de financement de la santé (Dépenses Totales de Santé) en Guinée, avec des proportions croissantes de 59% en 2011, de 62% en 2012 et de 63% en 2013 (Tableau 4). Le reste du monde, bien que décroissant durant la période 2011 (23%) et 2013 (20%), garde la seconde place, suivi de l'administration publique qui par contre augmente nettement de 2011 (14%) à 2013 (15%) contre 8% en 2010.

Le financement de la santé reste ainsi dominé dans le contexte actuel de la Guinée par le paiement direct des ménages et l'aide extérieur (Reste du monde) avec une contribution à eux seuls de 83% en 2013, soit une contribution de plus de 8 GNF sur 10 au financement de la santé.

La part du **financement privé par le prépaiement à travers les entreprises** reste constante sur la période de 2011 à 2013 de l'ordre de 1% des dépenses totales de santé (Tableau 4). Cependant, en terme de volume on observe une augmentation significative du **financement privé par le prépaiement à travers les entreprises** de 2011 (11 milliard GNF) à 2013 (26 milliard GNF), soit plus que le double (Tableau 5).

Tableau 5: Dépense totale de santé selon les sources de financement et les bailleurs bilatéraux et multilatéraux 2011-2013 (en millions GNF)

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	2011	2012	2013
Administration publique	239 467,98	272 125,14	295 860,86
Entreprises	11 055,60	16 931,94	25 989,85
Ménages	1 026 934,78	1 128 323,93	1 239 723,23
ISBLSM	56 856,91	32 267,25	19 074,34
Reste du monde	403 362,83	357 151,64	393 893,36
Bailleurs bilatéraux	154 410,05	158 071,93	143 825,68
Bailleurs multilatéraux	248 952,78	199 079,71	250 067,68
Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	9,44	0,00	0,00
TOTAL	1 737 678,10	1 806 799,90	1 974 541,65

3.2.2 Analyse selon les recettes des régimes de financement

L'analyse du poids des recettes des revenus de financement dans la dépense courante de santé sur la période 2011-2013 (tableau 6) montre que la dépense courante de santé est financée par trois sources principales. Qui sont par ordre croissant : les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (11% en moyenne), les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (20,57% en moyenne) et autres revenus nationaux (64,27% en moyenne).

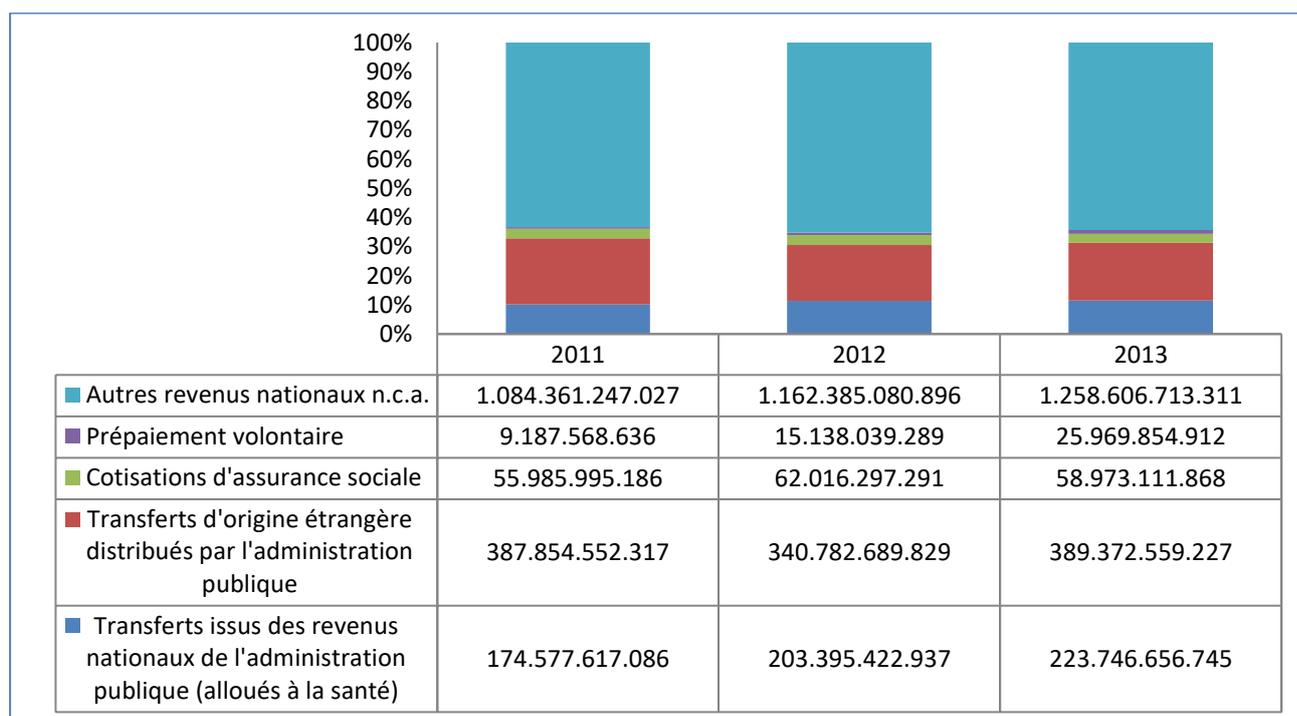
Les cotisations d'assurance sociale et les prépaiements volontaires sont très faibles comparées aux trois précédents régimes de financement avec respectivement des proportions moyennes de 3,27% et de 0,87%.

Tableau 6: Poids des recettes des revenus de financement dans la DCS de 2011- 2013 (en %)

Recettes des régimes de financement	2011	2012	2013	Moyenne (2011-2013)
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	10,20	11,40	11,40	11,00
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	22,70	19,10	19,90	20,57
Cotisations d'assurance sociale	3,30	3,50	3,00	3,27
Prépaiement volontaire	0,50	0,80	1,30	0,87
Autres revenus nationaux n.c.a.	63,30	65,20	64,30	64,27
Total	100	100	100	100,00

Toutefois, on observe durant la période une évolution substantielle en valeurs absolues des prépaiements volontaires de l'ordre de 9 milliard en 2011, de 15 milliard en 2012 et de près de 26 milliard en 2013 (Graphique3).

Graphique 3 : Evolution des dépenses courantes de santé selon les recettes des revenus de financement de 2011- 2013 (en GNF)



3.2.3 Analyse selon les régimes de financement

Sur la période 2011-2013, le régime de financement par **paiement direct des soins** par les ménages demeure le principal dispositif de financement des dépenses courantes de santé en Guinée, avec des proportions croissantes de 59,99% en 2011, de 63,26% en 2012 et de 63,36% en 2013 (Tableau 7).

Le **Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé**, reste le deuxième dispositif de financement des dépenses courantes de santé avec respectivement en 2011 (36,12%), 2012 (33,98%) et 2013 (34,35%). En bas d'échelle, on trouve le **Régime volontaire de paiement privé des soins de santé** avec respectivement un poids relatif de 3,89% en 2011 et 2,29% en 2013.

Tableau 7: Dépenses courantes de santé par régime de financement et par an (en million de GNF)

	2011	%	2012	%	2013	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	618 418	36,12	606 194	33,98	672 092	34,35
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	66 614	3,89	49 199	2,76	44 853	2,29
Paiement direct des ménages	1 026 935	59,99	1 128 324	63,26	1 239 723	63,36
Total	1 711 967	100,00	1 783 717,53	100,00	1 956 668,90	100

3.3. ANALYSE DE LA DIMENSION PRESTATAIRE DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2011 A 2013

La répartition des dépenses courantes de santé suivant les prestataires (tableau 9) montre les Prestataires de soins de santé ambulatoire comme principale prestataire en 2011 (34%), 2012 (36%) et 2013 (36%) de ces dépenses. Ils sont suivis durant la période même période par les Prestataires de soins préventifs et les Détaillants/autres prestataires de biens médicaux qui cumulent tous les deux les volumes moyens de dépenses semblables de 22% chacun. De 2011 (26%) à 2013 (21%) le volume de dépenses cumulé par les Prestataires de soins préventifs chute significativement, tandis que celui des Détaillants/autres prestataires de biens médicaux indique une évolution en légère hausse en 2013.

En 2011 (7%) et 2013 (9%), on observe un faible recours aux prestataires des hôpitaux avec un volume cumulé de dépenses courant de santé deux fois plus faible que les trois premières dimensions de prestation, notamment les Prestataires de soins de santé ambulatoire (36% en 2013), les Détaillants/autres prestataires de biens médicaux (23% en 2013) et les Prestataires de soins préventifs (21% en 2013). Par ailleurs, le volume de dépenses courantes de santé absorbé par les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé est seulement de 3% en moyenne de 2011 à 2013. Cette situation pourrait s'expliquer par les difficultés liées à la l'amélioration de la qualité des services du secteur publique de soins de santé.

Tableau 8: Répartitions des dépenses courantes de santé par prestataire de 2011 à 2013

Prestataires	2011		2012		2013	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	121 825 784 225	7.0	150 012 361 306	8.3	172735 441 371	8.7
Prestataires de soins de santé ambulatoire	597 628 917 084	34.4	650 693 985 543	36.0	701 917 652 112	35.5
Prestataires de services auxiliaires	57 893 739 201	3.3	63 652 400 162	3.5	69 889 748 509	3.5
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	372 444 444 493	21.4	413 843 253 450	22.9	461 296 759 174	23.4
Prestataires de soins préventifs	449 300 822 080	25.9	379 479 711 683	21.0	420 548 037 760	21.3
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	52 642 077 058	3.0	64 632 040 518	3.6	65 566 353 580	3.3
Reste de l'économie	54 193 663 483	3.1	59 544 197 832	3.3	65 422 989 841	3.3
Reste du monde	31 748 656 438	1.8	24 941 948 26	1.4	17 164 667 060	0.9
TOTAL	1 737 678 104 061	100	1 806 799 899 419	100	1 974 541 649 407	100

Sur la période 2011-2013, les recettes des prestataires de soins de santé (tableau 9) ont été principalement allouées aux Equipements et services utilisés. En effet, ils ont représenté sur toute cette période plus de 2/3 des dépenses liées aux facteurs de prestations de soins de santé.

Sur la période 2011-2013, le deuxième principal facteur de prestation sont les Rémunération des employés. En effet, ils représentaient respectivement en 2011 (21%), 2012 (18%) et 2013 (20,41%) des dépenses liées aux facteurs de prestation.

Quant aux Facteurs de prestation de soins de santé non spécifié, ils ont constitué le troisième principal facteur de prestation de santé avec un poids stable de 12% sur toute la période.

Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de santé par facteurs de prestation de soins de santé sur la période 2011- 2013

Postes budgétaires	2011		2012		2013	
	Montant (GNF)	%	Montant (GNF)	%	Montant (GNF)	%
Facteurs de prestation de soins de santé	1 711 966,98		1 783 717,53		1 956 668,90	
Rémunération des employés	361 392,13	21	318 597,67	18	399 385,66	20,41
Traitements et salaires	361 259,31	100	318 188,50	100	398 894,38	99,88
Tous autres coûts relatifs aux employés	132,81	0	409,17	0	491,28	0,12
Equipements et services utilisés	1 141 944,66	67	1 239 821,54	70	1 322 658,08	67,60
Services de soins de santé	10,13	0	-	0	0,00	0,00
Autres services de soins de santé (n.c.a.)	10,13	0	-	0	0,00	0,00
Biens de santé	953 165,36	83	1 076 843,77	87	1 134 436,80	85,77
Produits pharmaceutiques	932 998,76	98	1 073 003,39	100	1 128 712,06	99,50
ARV	4 909,52	1	-	0	6 375,00	0,56
Anti-paludiques	0,00	0	3 379,34	0	0,00	0,00
ACT	0,00	0	3 379,34	100	0,00	0,00
Vaccins	51 668,78	6	60 381,46	6	33 800,20	2,99
Autres produits pharmaceutiques (n.c.a.)	876 420,46	94	1 009 242,59	94	1 088 536,86	96,44
Autres produits de santé	20 166,61	2	3 840,38	0	5 724,74	0,50
Autres produits de santé et produits non spécifiés (n.c.a.)	20 166,61	100	3 840,38	100	5 724,74	100,00
Services non sanitaires	13 137,65	1	19 199,31	2	12 905,60	0,98
Autres services non sanitaires (n.c.a.)	13 137,65	100	19 199,31	100	12 905,60	100,00
Biens non sanitaire	113 178,11	10	80 168,88	6	99 988,22	7,56

Postes budgétaires	2011		2012		2013	
	Montant (GNF)	%	Montant (GNF)	%	Montant (GNF)	%
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	62 453,40	5	63 609,58	5	75 327,46	5,70
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	1 581,06	0	4 500,43	0	3 597,10	0,18
Autres rubriques de dépenses	1 581,06	100	4 500,43	100	3 597,10	100,00
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	207 049,13	12	220 797,89	12	231 028,05	11,81
TOTAL	1 711 966,98	100	1 783 717,53	100	1 956 668,90	100

La distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2013 (tableau 10) montre que le régime de financement par paiement direct des ménages est le plus utilisé (63,36%) suivis du régime de financement l'administration publique (34,35%) et du régime volontaire de paiement privé des soins de santé (2,29%).

En outre, elle indique que les Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé et le Régime volontaire de paiement privé des soins de santé sont utilisés dans tous les types de structures de soins de santé sauf chez les Prestataires de services auxiliaires et le reste de l'économie.

On y note aussi que la part du régime de financement par paiement direct des ménages est quasiment nulle dans les Prestations de soins préventifs et administratives.

Tableau 10: Distribution des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les prestataires de soins de santé en 2013

Prestataires de soins de santé	Régimes de financement							
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé		Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé		Paiement direct des ménages		TOTAL	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Hôpitaux	85 813,26	12,77	2 596,99	5,79	70 973,25	5,72	159 383,49	8,15
Prestataires de soins de santé ambulatoire	101 744,94	15,14	2 856,68	6,37	592 795,23	47,82	697 396,85	35,64
Prestataires de services auxiliaires		0,00		0,00	69 889,75	5,64	69 889,75	3,57
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	6 631,03	0,99	14 023,72	31,27	440 642,01	35,54	461 296,76	23,58
Prestataires de soins préventifs	401 664,55	59,76	18 883,49	42,10		0,00	420 548,04	21,49
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	59 073,89	8,79	6 492,46	14,47		0,00	65 566,35	3,35
Reste de l'économie		0,00		0,00	65 422,99	5,28	65 422,99	3,34
Reste du monde	17 164,67	2,55		0,00		0,00	17 164,67	0,88
TOTAL	672 092,33	100	44 853,34	100	1 239 723,23	100	1 956 668,90	100
Pourcentage Régime de Financement (%)	34,35		2,29		63,36		100	

La distribution des dépenses liées aux facteurs de prestation par prestataire (tableau 11) présente des disparités selon les prestataires de soins de santé. En effet, elle montre l'opposition de deux groupes de prestataires en termes d'affectations des dépenses par facteur de prestation. Le premier groupe est composé des **Hôpitaux**, les **Prestataires de soins de santé ambulatoire**, et les **Détaillants et autres prestataires de biens médicaux** où le poste le plus important en termes des dépenses de santé est le **Bien de santé**. Dans ce groupe il représente respectivement 41% (Hôpitaux), 83,66% (Détaillants et autres prestataires de biens médicaux) et 86% (Prestataires de soins de santé ambulatoire) des dépenses de santé en 2013. Le deuxième groupe est composé de **Prestataires de soins préventifs** et les **Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé**. Dans ce groupe, le facteur de prestation le plus élevé est la **Rémunération des employés**. Son poids y varie respectivement de 55,02% (Prestataires de soins préventifs) à 78,19% (Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé) dans les dépenses de santé.

Tableau 11: Distribution des dépenses courantes de santé liées aux facteurs de prestation selon les prestataires de soins de santé en 2013

Facteurs de prestation	Hôpitaux		Prestataires de soins de santé ambulatoire		Prestataires de services auxiliaires		Détaillants et autres prestataires de biens médicaux		Prestataires de soins préventifs		Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé		Reste de l'Economie		Reste du monde		Total (en millions GNF)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Rémunération des employés	62 295,53	39	54 430,50	8		0,0		0,00	231 394,28	55,02	51 265,35	78,19		0,00		0,00	399 385,66	20,41
Biens de santé	66 089,01	41	601 113,23	86		0,0	385 915,00	83,66	80 492,28	19,14	751,16	1,15	76,12	0,12		0,00	1 134 436,80	57,98
Services non sanitaires	594,91	0	769,03	0		0,0		0,00	6 775,89	1,61	4 765,78	7,27		0,00		0,00	12 905,60	0,66
Biens non sanitaire	1 442,26	1	1 864,38	0		0,0		0,00	96 447,88	22,93	233,70	0,36		0,00		0,00	99 988,22	5,11
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)		0		0	69 889,75	100,0		0,00	5 437,71	1,29		0,00		0,00		0,00	75 327,46	3,85
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)		0		0		0,0		0,00		0,00	3 597,10	5,49		0,00		0,00	3 597,10	0,18
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	28 961,78	18	39 219,72	6		0,0	75 381,76	16,34		0,00	4 953,26	7,55	65 346,87	99,88	17 164,67	100,00	231 028,05	11,81
TOTAL	159 383,49	100	697 396,85	100	69 889,75	100	461 296,76	100	420 548,04	100	65 566,35	100	65 422,99	100	17 164,67	100	1 956 668,90	100
Pourcentage prestataires de soins	8,15%		35,64		3,57		23,58		21,49		3,35		3,34		0,88		100,00	

3.4. ANALYSE DE LA DIMENSION CONSOMMATION DES COMPTES DE LA SANTE (CS) DE 2011 A 2013

3.4.1 Analyse selon la fonction

Sur la période 2011-2013, les dépenses courantes de santé sont principalement utilisées pour assurer des soins curatifs. En effet, son poids représente respectivement 45,92% (2011), 48,33% (2012) et 48,01% (2013) dans les dépenses courantes de santé.

On note aussi que quel que soit l'année (2011, 2012 et 2013), la part des soins préventifs dans les dépenses courantes de santé est au-dessus de 21%. En ce qui concerne le poste de **Gouvernance, d'Administration du système de santé et des financements** son poids ne dépasse pas les 4% des dépenses courantes de santé. Il est respectivement 2,7% (2011), 3,62% (2012) et 3,35% (2013).

Tableau 12: Répartitions des dépenses courantes de santé par fonction de soins entre 2011 et 2013 (en million de GNF)

Postes budgétaires	2011		2012		2013	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Fonctions des soins de santé	1 711 966,98		1 783 717,53		1 956 668,90	
Soins curatifs	786 126,98	45,92	862 110,12	48,33	939 368,00	48,01
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	57 893,74	3,38	63 652,40	3,57	69 889,75	3,57
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	372 444,44	21,76	413 843,25	23,20	461 296,76	23,58
Soins préventifs	449 300,82	26,24	379 479,71	21,27	420 548,04	21,49
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	46 201,00	2,70	64 632,04	3,62	65 566,35	3,35
TOTAL	1 711 966,98	100	1 783 717,53	100,00	1 956 668,90	100

La distribution des dépenses de santé par régime de financement montre des disparités selon la fonction de financement (tableau 13) en 2013. En effet, pour le **Régime de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé**, les soins préventifs (59,76%) est le post budgétaire le plus élevé, suivis respectivement par les Soins curatifs (30,46%) et Gouvernance, administration du système de santé et des financements (8,79%) en 2013. Alors que pour les **Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé**, les Soins préventifs (42,10%) et les Biens médicaux (31,27%) sont respectivement les postes budgétaires les plus importants. Ils sont suivis de la Gouvernance, administration du système de santé et des financements (14,47%). Pour ce qui est du régime de **Paiement direct des ménages**, il est sert à consommer essentiellement par les Soins curatifs (58,82%) et les Biens médicaux (35,54%).

Tableau 13: Distribution des dépenses courantes de santé selon régime de financement et fonction de financement (en million GNF)

Régimes de financement	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	%	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	%	Paiement direct des ménages	%	Total	%
Soins curatifs	204 722,86	30,46	5 453,67	12,16	729 191,47	58,82	939 410,62	48,0
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)		0,00		0,00	69 889,75	5,64	69 889,75	3,57
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	6 631,03	0,99	14 023,72	31,27	440 642,01	35,54	461 329,01	23,5
Soins préventifs	401 664,55	59,76	18 883,49	42,10		0,00	420 649,90	21,5
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	59 073,89	8,79	6 492,46	14,47		0,00	65 589,62	3,35
Total	672 092,33	100,00	44 853,34	100,00	1 239 723,23	100,0	1 956 868,90	100,
%	34,35	0,01	2,29	0,01	63,35	0,01	100,00	0,01

La distribution des dépenses de soins de santé selon les prestataires et les fonctions de soins de santé (tableau 14) révèle que les hôpitaux (159 383,49 millions de GNF), les prestataires de soins ambulatoires (697 396,85 millions de GNF), le reste de l'économie (65 422,99 million de GNF) et le reste du monde (17 164,67 million de GNF) ont enregistrés des dépenses de santé liées aux soins curatifs. Les dépenses de santé effectuées au titre des services auxiliaires n'ont été comptabilisées qu'au niveau des prestataires de services auxiliaires pour un montant de 69 889,75 millions de GNF. De même, l'offre de soins préventifs par les prestataires de soins préventifs a permis de capitaliser 420 548,04 millions de GNF. Les postes de gouvernance, d'administration du système de santé et des financements ont permis aux prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé d'accumuler 65 566,35 millions de GNF.

Tableau 14 : Répartitions des dépenses courantes de santé par fonction de soins et par prestataire en 2013 (en million GNF)

Fonctions des soins de santé	Prestataires de soins de santé								
	Hôpitaux	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Prestataires de services auxiliaires	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Reste de l'économie	Reste du monde	TOTAL
Soins curatifs	159 383,49	697 396,85					65 422,99	17 164,67	939 368,00
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)			69 889,75						69 889,75
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)				461 296,76					461 296,76
Soins préventifs					420 548,04				420 548,04
Gouvernance, administration du système de santé et des financements						65 566,35			65 566,35
TOTAL	159 383,49	697 396,85	69 889,75	461 296,76	420 548,04	65 566,35	65 422,99	17 164,67	1 956 668,90

3.5. REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR MALADIE

Les dépenses courantes de santé allouées aux maladies/affections sont en constante augmentation depuis 2011 en termes de volume et de proportion. Elles sont passées de 1 711 966,98 millions de GNF en 2011 à 1 956 668,90 millions de GNF en 2013, soit un taux d'accroissement de 14,3%.

La part des dépenses de santé consacrée aux **maladies infectieuses et parasitaires** restent les plus élevées durant la période 2011-2013 (respectivement 60,19%, 54,22% et 56,92%) suivie des dépenses allouées à la **santé de la reproduction**, qui passe de 10,95% en 2011 à 13,49% en 2013.

En ce qui concerne les parts des dépenses de santé alloués aux **maladies non transmissibles** et les **traumatismes**, elles ont connu une tendance haussière dans la période 2011-2013. En effet, la part de dépenses allouées aux maladies non transmissibles varie d'un montant de 186 917,87 millions (soit 10,92%) en 2011 à 229 911,51 millions de GNF (soit 11,75%) en 2013. De même, la part de dépenses allouées aux **traumatismes** varie de 149 679,02 millions de GNF (soit 8,74%) en 2011 à 184 091,91 millions de GNF (soit 9,41%) en 2013.

Tableau 15: Répartition des dépenses courantes de santé par maladies entre 2011 et 2013

Maladies/Affections	2011		2012		2013	
	Montant		Montant		Montant	
Classification des maladies / affections	1 711 966,98		1 783 717,53		1 956 668,90	
Maladies infectieuses et parasitaires	1 030 481,26	60,19	967 089,99	54,22	1 113 723,08	56,92
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	251 914,47		116 762,15		157 425,22	
Tuberculose	4 911,09		5 476,69		15 653,87	
Paludisme	381 429,56		417 461,29		501 937,26	
Infections des voies respiratoires	138 074,16		153 979,98		169 818,96	
Maladies diarrhéiques	48 809,90		54 431,34		59 719,06	
Maladies tropicales négligées	87 036,45		97 062,85		107 047,12	
Maladies évitables par la vaccination	93 424,65		94 170,15		71 902,21	
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	24 880,97		27 745,55		30 219,39	
Santé de la reproduction	187 383,87	10,95	272 816,94	15,29	264 039,56	13,49
Carences nutritionnelles	57 666,56	3,37	67 377,03	3,78	63 993,82	3,27
Maladies non transmissibles	186 917,87	10,92	208 636,40	11,70	229 911,51	11,75
Maladies cardiovasculaires	30 616,39		34 427,60		37 858,30	
Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	5 210,35		5 810,57		6 408,26	
Maladies de l'appareil digestif	52 695,54		58 765,94		64 810,84	
Maladies de l'appareil urogénital	3 197,26		3 565,57		3 932,34	
Troubles des organes des sens	38 248,67		42 654,83		47 042,47	
Maladies bucco-dentaires	18 860,83		20 935,51		23 061,98	
Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a.)	32 049,57		35 741,40		39 369,56	
Traumatismes	149 679,02	8,74	166 921,69	9,36	184 091,91	9,41
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	99 838,40	5,83	100 875,47	5,66	100 909,01	5,16
TOTAL	1 711 966,98	100,00	1 783 717,53	100,00	1 956 668,90	100,00

La lecture des dépenses courantes de santé par maladie et par agents de financement et bailleurs de fonds traduit une répartition inégale des ressources entre les maladies. Cela pourrait s'expliquer d'une part par la prépondérance de chaque maladie au sein de la population et d'autre part par les objectifs spécifiques définis par certains bailleurs de fonds. Néanmoins, les ressources des administrations publiques concernent tous les types de maladie. Il en est de même pour les ménages, les bailleurs bilatéraux et multilatéraux et quasiment pour l'OMS et les entreprises.

La distribution des dépenses courantes de santé par maladie et par agents de financement et bailleurs de fonds (tableau 18) révèle que les **maladies infectieuses et parasitaires (124 994,16 millions de GNF)**, les **Santé de la reproduction (70 057,58 millions de GNF)** et les **maladies non transmissibles (32 555,15 million de GNF)** ont été les plus financés par l'**Administration publique**. Les entreprises et les ménages ont aussi plus dépensés dans les maladies infectieuses et parasitaires que dans les autres affections (respectivement **59,27% et 58,95%**). Cette situation reste de même pour les ISBLSM et le reste de monde.

Tableau 16: Répartition des dépenses courantes de santé par maladies, agents de financement 2013

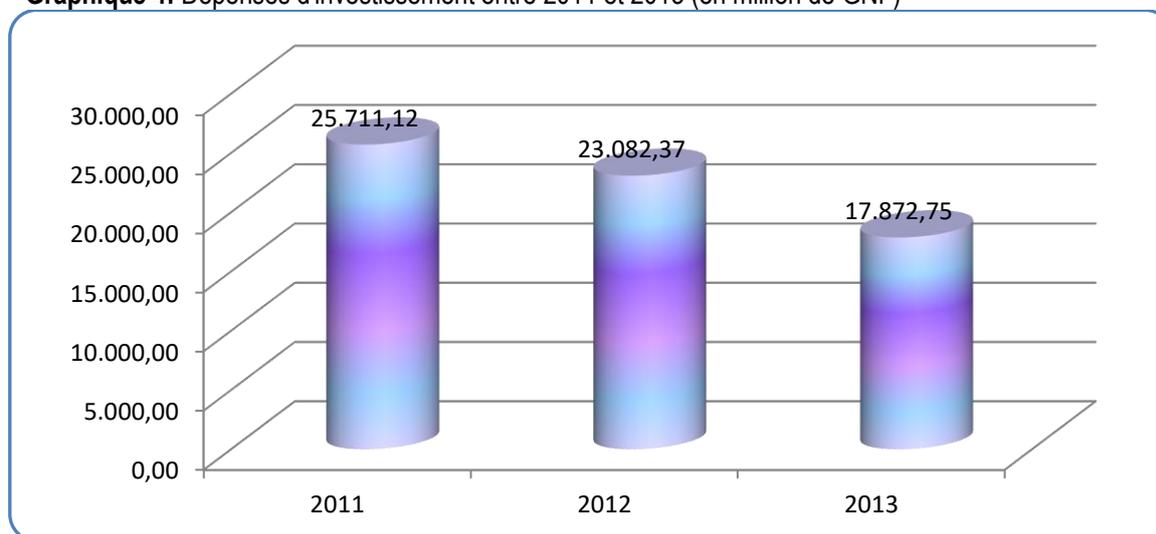
Classification des maladies / affections	Administration publique	%	Entreprises	%	Ménages	%	ISBLSM	%	Reste du monde	TOTAL	%
Maladies infectieuses et parasitaires	124 994,16	44,21	15 404,54	59,27	730 807,13	58,95	18 863,49	100,00	223 653,76	1 113 723,08	56,92
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	10 546,70	8,44	1 396,40	9,06	65 239,56	8,93	18 863,49	100,00	61 379,07	157 425,22	14,14
Tuberculose	815,88	0,65	106,48	0,69	5 046,83	0,69			9 684,68	15 653,87	1,41
Paludisme	52 335,50	41,87	6 830,07	44,34	323 735,92	44,30			119 035,77	501 937,26	45,07
Infections des voies respiratoires	23 202,73	18,56	3 028,09	19,66	143 527,03	19,64			61,12	169 818,96	15,25
Maladies diarrhéiques	8 118,97	6,50	1 059,57	6,88	50 222,15	6,87			318,37	59 719,06	5,36
Maladies tropicales négligées	14 626,08	11,70	1 908,78	12,39	90 473,73	12,38			38,52	107 047,12	9,61
Maladies évitables par la vaccination	11 268,92	9,02	542,77	3,52	27 327,75	3,74			32 762,77	71 902,21	6,46
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	4 079,38	3,26	532,38	3,46	25 234,17	3,45			373,45	30 219,39	2,71
Santé de la reproduction	70 057,58	24,78	1 706,22	6,56	80 872,43	6,52			111 403,32	264 039,56	13,49
Carences nutritionnelles	1 353,16	0,48	176,60	0,68	8 370,36	0,68			54 093,71	63 993,82	3,27
Maladies non transmissibles	32 555,15	11,51	3 926,64	15,11	193 304,35	15,59			125,38	229 911,51	11,75
Maladies endocriniennes et métaboliques	1 014,87	3,12	132,45	3,37	6 277,77	3,25			2,67	7 427,76	3,23
Maladies cardiovasculaires	7 302,77	22,43	631,07	16,07	29 911,72	15,47			12,74	37 858,30	16,47
Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	875,57	2,69	114,27	2,91	5 416,11	2,80			2,31	6 408,26	2,79
Maladies de l'appareil digestif	8 855,25	27,20	1 155,66	29,43	54 776,61	28,34			23,32	64 810,84	28,19
Maladies de l'appareil urogénital	537,28	1,65	70,12	1,79	3 323,52	1,72			1,42	3 932,34	1,71
Troubles des organes des sens	6 427,52	19,74	838,83	21,36	39 759,20	20,57			16,93	47 042,47	20,46
Maladies bucco-dentaires	2 169,04	6,66	283,07	7,21	20 604,16	10,66			5,71	23 061,98	10,03

Classification des maladies / affections	Administration publique	%	Entreprises	%	Ménages	%	ISBLSM	%	Reste du monde	TOTAL	%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a)	5 372,85	16,50	701,19	17,86	33 235,25	17,19			60,28	39 369,56	17,12
Traumatismes	25 152,88	8,90	3 282,59	12,63	155 590,19	12,55			66,25	184 091,91	9,41
Non lié à une maladie spécifique	139,30	0,05	18,18	0,07	861,65	0,07			0,37	1 019,50	0,05
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	28 467,54	10,07	1 475,09	5,68	69 917,11	5,64			29,77	99 889,51	5,11
TOTAL	282 719,77	100,0	25 989,85	100,00	1 239 723,23	100,00	18 863,49	100,00	389 372,56	1 956 668,90	100,00

3.6 INVESTISSEMENTS

De 2011 à 2013, les ressources allouées aux investissements sont principalement affectées aux infrastructures de bâtiments résidentiels et non résidentiels. Les dépenses d'investissement d'infrastructures ont subi une baisse tendancièrè durant la période 2011-2013. Elles passent de 25, 71 milliards GNF en 2011 à 17, 87 milliards GNF en 2013, soit une diminution de 30,5%.

Graphique 4: Dépenses d'investissement entre 2011 et 2013 (en million de GNF)



3.7 INDICATEURS

Deux séries d'indicateurs ont été arrêtées par les Etats membres de l'UEMOA. Il s'agit des indicateurs de base et des indicateurs optionnels. Les indicateurs de base permettent la comparaison des efforts faits par les Etats pour l'amélioration de l'état de santé des populations. Quant aux indicateurs optionnels, ils permettent aux pays de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de la santé.

De 2011 à 2013, les dépenses allouées à la santé ont connu une tendance haussière passant de 1 737 ,68 milliard de GNF en 2011 à 1 974, 54 milliard en 2013, soit accroissement de 13,6%. Cette tendance reste de même pour l'ensemble des indicateurs, sauf les dépenses allouées aux soins préventifs qui a subi une fluctuation entre 2011-2013. Elle a connue est forte baisse entre 2011 et 2012, passant de 449 ,3 milliard de GNF en 2011 à 379,48 milliard de GNF en 2012, soit une baisse de 15,5%. Entre 2012 et 2013, les dépenses de soins préventifs ont subi une légère hausse, passant de 379,4 milliard à 420,55 milliard, soit un taux d'accroissement de 10,8%.

Tableau 17: Série des indicateurs de base de 2011 à 2013

INTITULE	2011	2012	2013
Population	9 919 453,03	10 137 681,00	10 280 304,00
PIB Nominal (milliard GNF)	45 176,00	53 358,00	57 865,00
Budget de l'Etat (millions de GNF) exécution	6 988 541,45	9 114 668,79	8 391 325,91
Dépense nationale en santé ou DTS (millions GNF)	1 737 678,10	1 806 799,90	1 974 541,65
Dépense courante de santé (millions GNF)	1 711 966,98	1 783 717,53	1 956 668,90
Dépenses des ménages (millions GNF)	1 026 934,78	1 128 323,93	1 239 723,23
Dépenses publiques en santé (millions GNF)	239 467,98	272 125,14	295 860,86
Dépenses de soins curatifs (millions GNF)	786 126,98	862 110,12	939 368,00
Dépenses de soins préventifs (millions GNF)	449 300,82	379 479,71	420 548,04
Dépense des salaires de santé payés par l'Etat (millions de GNF)	74 771,89	87 690,64	102 699,05
Dépenses assurance maladie (millions de GNF)	65 173,56	77 154,34	84 942,97

INTITULE	2011	2012	2013
Dépenses publiques de santé/Dépenses totales de santé (en %)	13,78	15,06	14,98
Dépenses de santé par habitant (GNF)	175 179	178 226	192 070
Dépenses de santé par habitant (USD)	26,26	25,51	27,80
Dépenses de santé/PIB (%)	3,85	3,39	3,41
Dépenses courantes de santé des ménages/Dépenses totales de santé (en %)	59,99	63,26	63,36
Dépenses totales de santé des ménages/Dépenses totales de santé (en %)	59,10	62,45	62,79
Dépenses de soins préventifs/Dépenses totales de santé (en %)	25,9	21,0	21,3
Dépenses de soins curatifs/Dépenses totales de santé (en %)	45,2	47,7	47,6
Taux de change USD	6 670	6 986	6 908

Sur la période 2011-2013, la part des dépenses de santé du reste du monde a subi une tendance baissière, passant de 403,36 milliard en 2011 à 393,90 milliard en 2013, soit une baisse de 2,3%. Cette tendance reste de même pour les dépenses de santé du reste du monde en des dépenses totales de santé, passant de 23,21% en 2011 à 19,95% en 2013.

La part des dépenses de santé de l'Etat dans le budget de l'Etat ont subi une légère augmentation dans la période 2011-2013, passant de 3,43% du budget de l'Etat en 2011 à 3,53% en 2013. Soit une augmentation 0,1 points. Concernant, la part des dépenses de santé prises en charge par les assurances maladies, elle a subi une forte croissance entre 2011-2013, passant de 3,75% en 2011 à 4,30% en 2013, soit une hausse de 0,55 points.

Tableau 18: Série des indicateurs optionnels de 2011 à 2013

INTITULE	2011	2012	2013
Dépenses de santé du reste du monde	403 362,83	357 151,64	393 893,36
Dépenses de santé du reste du monde en des dépenses totales de santé	23,21	19,77	19,95
Dépenses de santé de l'Etat en du budget de l'Etat*	3,43	2,99	3,53
Dépense des salaires payés par l'Etat en les dépenses de santé de l'Etat	31,22	32,22	34,71
Dépenses assurance maladie en dépense totale de santé	3,75	4,27	4,30

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats des comptes de la santé révèlent un système sanitaire financé majoritairement en 2013 par les ménages (63%) suivi du reste du monde (20%). Enfin, l'Etat est la troisième source de financement de la santé, il a financé à hauteur de 15% des dépenses totales de santé en 2013 mais toutefois tributaire des financements extérieurs et qui exige de la population un effort financier non négligeable pour son fonctionnement. Aussi, la structure de la répartition des dépenses de santé selon les différentes composantes structurelles et fonctionnelles de la santé affiche des disparités. Ainsi, globalement, des efforts doivent être fournis conformément à la politique sanitaire du pays afin d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux structures de soins et assurer une répartition plus équilibrée des ressources tout en tenant compte des priorités sanitaires du moment.

Recommandations

1. En Guinée, on note l'existence de politique pour la gratuité des médicaments de la tuberculose, du VIH sida et du paludisme dans les formations sanitaires publique. Cela contribue à démunier la charge des ménages, également, nous avons noté une gratuité dans les accouchements. Il y a également la CNSS qui prend en charge la santé des travailleurs et leur ayant droit. Toutefois, les enquêtes sur les conditions de vie montrent que les ménages effectuent des dépenses de santé dans les officines privés et dans les formations sanitaires privés. Il sera intéressant que l'Etat accélère la mise en place de l'assurance maladie universelle pour réduire la charge des ménages et assurer une bonne santé de la population gage d'un développement durable.
2. Les investissements sont en grande partie prise en charge par les investisseurs étrangers et les dépenses courantes sont en partie supporté par l'administration publique, Pour permettre une durabilité des investissement, il est nécessaire que l'état revoie la structure de ses dépenses (FP) pour réduire les rémunérations au profit des travaux d'entretien des bâtiments et des équipements et aussi prévoir des fonds pour le renouvellement des investissements et la réalisation des investissement en fonction de l'accroissement de la population et du profil épidémiologique.
3. On note une faible part des sommes affectées aux soins préventifs. Pour faciliter la prise en charge des maladies, il est souhaitable de mettre un accès sur la prévention des maladies par les activités d'IEC et des vaccinations. Le gouvernement de Djibouti devrait travailler à mettre plus d'accents sur la prévention des maladies.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé, 2005
2. Lois de finances, 2010
3. Annuaire statistique du MSHP, 2011, 2012 et 2013
4. Rapport UNGASS 2011, 2012, 2013/ ONUSIDA22
5. RAPPORT REVUE EXTERNE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE LA GUINEE 2011, 2012, 2013
6. Cadrage macroéconomique
7. Perspectives démographiques de la Guinée de 1996 à 2010
8. Rapport des comptes nationaux 2010

Annexe1 : Personnel de production des CNS 2011, 2012 et 2013

DIRECTEUR GENERAL DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS)

- ✓ Aboubacar KABA¹³ Tel : +224 628 43 82 57 E-mail : kababoubacar@yahoofr

DIRECTEUR GENERAL DU BUREAU DE STRATEGIE ET DEVELOPEMENT (BSD)

- ✓ Abdoulaye KABA Tel : +224 6202000486 E-mail : akaba1@gmailcom

ÉQUIPE TECHNIQUE D'ANALYSE ET REDACTION

- ✓ Dr Abdoulaye KABA
- ✓ Dr Yéro Bhoie CAMARA
- ✓ Mr Aboubacar KABA
- ✓ Mr Moussa DOUMBOUYA
- ✓ Mr Ousmane DIAKITE

APPUI TECHNIQUE

- ✓ Mr Moussa DOUMBOUYA Statisticien à l'Institut National de la Statistique (INS)
- ✓ Mr Ousmane DIAKITE, Gestionnaire Informaticien au Ministère de la Santé
- ✓ Mr Fodé Bangaly KEITA, Informaticien au Ministère de l'Economie et des Finances

COMITÉ DE PILOTAGE

- ✓ Dr Younoussa BALLO Secrétaire Général du Ministère de la Santé
- ✓ Mr Abdoulaye KABA Directeur Général du BSD
- ✓ Dr Yero Bhoie CAMARA Directeur Général Adjoint du BSD

COLLECTE DES DONNÉES

- ✓ Chargés de Statistiques dans les Districts Sanitaires du pays

INFORMATICIEN/TRAITEMENT DES DONNÉES

Principaux Agents de saisie

- ✓ Mamady KAKORO
- ✓ Mohamed Lamine KABA
- ✓ Karim SACKO

ASSISTANT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

- ✓ Mr Mamadouba BANGOURA, Gestionnaire à l'INS

B. Questionnaire bailleur de fonds

Région :				Nom de l'enquêteur :			
Nom de la structure :				Nom du Superviseur :			
Année :				Nom du répondant :			
				Contact du répondant :			
N°	Nom du projet/programme	Libellé activité	Source de financement	Organisation bénéficiaire/agence d'exécution	Code fonction	Montant dépense (GNF)	Code maladie /type d'intervention
1					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
2					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
3					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
4					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
5					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
6					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
7					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /

Code fonction : 1. Formation courte durée, 2. Formation longue durée, 3. Supervision, 4. Suivi-évaluation, 5. Elaboration document, 6. Fournitures de bureau, 7. Outils de gestion, 8. Vaccination, 9. Ateliers de Validation/Diffusion, 10. Approvisionnement, 11. Journée Mondiale, 12. Communication/Sensibilisation/Plaidoyer et Habilitation communautaire, 13. Carburant, 14. Maintenance, 15. Etudes/Enquêtes, 16. Mobilisation des Ressources, 17. Fonctionnements. 18. Investissement (Construction/Rénovation/Equipement), 19. Autres

8	/ /		/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / / /
9	/ /		/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / / /

Code prestataires : 1. Votre propre établissement de santé, 2. Assurance privée, 3. Contrat avec des fournisseurs de santé, 4. Remboursement des dépenses de santé des employés, 5. Assurance médicale nationale, 6. Traitements à l'étranger, 7. Programmes de santé et sécurité sur le lieu de travail (ex: prévention), 8. CNSS, Autre.

Code fonction : 1. Hospitalisation, 2. Soins Ambulatoires, 3. Produits pharmaceutiques achetés à des pharmacies indépendantes (non-inclus les médicaments reçus lors des soins hospitaliers ou ambulatoires), 4. Soins préventifs, 5. Autres.

Code maladie/Type d'intervention : 1. Paludisme, 2. VIH/Sida, 3. Tuberculose, 4. Santé de la mère et de l'enfant, 5. Nutrition, 6. Autres maladies prioritaires, 7. MNT, 8. Médicaments, 9. Formation/ renforcement de capacité institutionnelle, 10. Investissement, 11. Promotion de la santé, 12. vaccination, 13. biens/produits médicaux, 14. Salaires/Primes, 15. Autres

Nombre de questionnaire / _ / _ // _ / _ /

D. Questionnaire ONG

Région :				Nom de l'enquêteur :			
Nom de la structure :				Nom du Superviseur :			
Année :				Nom du répondant :			
				Contact du répondant :			
N°	Nom du projet/programme	Libellé activité	Source de financement	Prestataire	Code fonction	Montant dépense	Code maladie /type d'intervention
1					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
2					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
3					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /
4					/ / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / /

