



REPUBLIQUE DE GUINEE
TRAVAIL-JUSTICE-SOLIDARITE



MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

=====

**Bureau de Stratégie et de Développement
(BSD)**

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE EXERCICE : 2010

Avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers



**Organisation
mondiale de la Santé**

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	8
AVANT PROPOS	9
RESUME.....	11
INTRODUCTION.....	14
I. GÉNÉRALITÉS.....	15
1.1 Présentation du pays.....	15
1.1.1 Caractéristiques physiques	15
1.1.2 Caractéristiques démographiques	15
1.2 Présentation du système de la santé : organisation du système de santé de la République de Guinée.....	17
1.2.1 Structuration administrative	18
1.2.2 Organisation et fonctionnement des structures de soins	18
1.3 Système de Santé (soins).....	18
1.3.1 Mission et organisation du système de santé.....	18
II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES	23
2.1 Définitions	23
2.1.1 Définition et frontière des CNS	23
2.1.2 Définition opérationnelle des concepts.....	25
2.2 Processus d'élaboration des CNS.....	31
2.2.1 Collecte de données	31
2.3 Traitement et analyse des données	34
2.3.1 Techniques d'estimation des dépenses de santé	34

2.3.2	Codification et analyse des données	38
2.4	Monnaie et taux de change utilisés.....	41
2.5	Limites de l'étude	42
III.	RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE (CNS) 2010.....	43
3.1	Volume de financement de la santé.....	43
3.1.1	La Dépense Nationale de Santé (DNS)	43
3.1.2	La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS)	44
3.1.3	La Dépense totale pour la santé (DTS).....	44
3.1.4	Agrégats des dépenses de santé selon l'OCDE pour des comparaisons internationales	44
3.2	Dépenses de santé par entité des CNS.....	46
3.2.1	Sources de financement de la santé	46
3.2.2	Agents de financement de la santé.....	48
3.2.3	Prestataires.....	50
3.2.4	Fonctions	53
3.3	Dépenses de santé par croisement de deux entités des CNS	56
3.3.1	Dépenses de santé par type d'agent de financement et par type de prestataire	56
3.3.2	Dépenses de santé par type de prestataires et par fonction.....	62
3.3.3	Dépenses de santé par type d'agents de financement et par fonction.....	70
3.3.4	Dépenses de santé par type de source de financement et par agent de financement	78
3.4	Indicateurs à produire lors de l'élaboration des comptes nationaux de la santé	84
3.4.1	Indicateurs de base.....	85
3.4.2	Indicateurs optionnels.....	85
3.5	Analyse des dépenses publiques de santé.....	86
3.5.1	Financement du budget alloué au Ministère de la santé	86
3.5.2	Structure du budget alloué au Ministère de la santé par l'Etat en 2010	88

3.6 Analyse des dépenses de santé des partenaires	89
CONCLUSION	91
RECOMMANDATIONS	92
ANNEXES	94
➤ Personnel de production des CNS 2010	95
➤ Codification des entités des CNS	101
a) Sources de financement.....	101
b) Agents de financement	102
c) Prestataires.....	104
d) Fonctions	108
BIBLIOGRAPHIE	111
INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES.....	119
INDICATEURS DE RESSOURCES HUMAINES	121

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. 1 : Evolution des principaux indicateurs démographiques	17
Tableau 1. 2 : Organisation de la pyramide sanitaire	19
Tableau 1. 3 : Instance de coordination et organes consultatifs	20
Tableau 2. 1: estimation des dépenses de santé des ménages de 2007 à 2010	36
Tableau 2. 2 : proportions d'utilisation des ménages par services de santé.....	37
Tableau 2. 3 : Proportions des dépenses de santé des ménages par type de service	37
Tableau 3. 1 : Proportion des dépenses nationales de santé (DNS) dans certains agrégats en 2010	44
Tableau 3. 2 : Agrégats des dépenses de santé selon l'OCDE pour des comparaisons internationales et les agrégats nationaux.	45
Tableau 3. 3 : Dépenses de santé par sources de financement.....	47
Tableau 3. 4 : Dépenses de santé par agent de financement.....	49
Tableau 3. 5 : Dépenses de santé par prestataire	51
Tableau 3. 6 : Dépenses de santé par fonction	54
Tableau 3. 7 : Dépense de santé par type d'agent de financement et par type de prestataire (FAxP).....	58
Tableau 3. 8 : Dépenses de santé par type de prestataires et par fonction (résumé par ligne)	63
Tableau 3. 9 : Dépenses de santé par type de prestataire et par fonction (détail par ligne)	64
Tableau 3. 10 : Dépenses de santé par type d'agents de financement et par fonction.....	74
Tableau 3. 11 : Dépenses de santé par type de source de financement et par agent de financement (résumé par ligne).....	79
Tableau 3. 12 : Dépenses de santé par type de source de financement et par agent de financement (détail par ligne).....	81
Tableau 3. 13 : Indicateurs CNS de base en 2010	85
Tableau 3. 14 : indicateurs CNS optionnels en 2010.....	85
Tableau 3. 15 : Part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé.....	86
Tableau 3. 16 : Structure du budget du MSHP en 2010.....	88
Encadré 1 : Ressources requises pour les comptes nationaux de la santé.....	97
Encadré 2 : Dépenses de santé et pauvreté	112

Encadré 3 : Rapport UNGASS 2012/ ONUSIDA	113
Tableau i. 1 : BUDGET PEV DES ACTIVITES DE ROUTINE ET DES CAMPAGNES DE VACCINATION ²	118
Tableau i. 2 : Evolution des principaux indicateurs d'infrastructures sanitaires.....	120
Tableau i. 3 : Evolution des principaux indicateurs de ressources humaine de la santé	121
Tableau i. 4 : Evolution des indicateurs de santé mère - Enfant.....	122
Tableau i. 5 : Evolution des indicateurs de services de consultation et d'hospitalisation	124

LISTE DES FIGURES

Figure 2. 1 : Schéma relation entre les entités des CNS.....	27
Figure 2. 2 : Représentation des flux financiers entre entités.....	28
Figure 2. 3 : Famille de données pour l'organisation des données sous Excel.....	39
Figure 3. 1 : Dépenses de santé par prestataires	50
Figure 3. 2 : distribution des dépenses de santé par fonction	53
Figure 3. 3 : Dépenses de santé par type de fonctions de services de santé selon les agents de financement	72
Figure 3. 4 : Dépenses de santé par type d'agents de financement selon les fonctions de services de santé.....	73

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ARV :	Anti retro viraux
CNSS :	Caisse nationale de sécurité sociale
DNS :	Dépense nationale de la santé
DRS :	Direction régionale de santé
DTS :	Dépenses totales de santé
EDS :	Enquête démographique et de santé
FS :	Sources de financement (Financing sources)
HF :	Agents de financement (Financing agents)
HP :	Prestataires de soins (Heath providers)
INSD :	Institut national de la statistique et de la démographie
IHPC :	Indice harmonisé des prix à la consommation
ISBLM :	Institution sans but lucratif au service des ménages
MTI :	Moustiquaires traités aux insecticides
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OST :	Office de santé des travailleurs
PADS :	Programme d'appui au développement sanitaire
PIB :	Produit intérieur brut
PNDS :	Plan national de développement sanitaire
PNLP :	Programme national de lutte contre le paludisme
PNT :	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNS :	Politique Nationale de la Santé
RGPH :	Recensement général de la population et de l'habitat
SCN :	Système de comptabilité nationale
SCS :	Système de compte de la santé
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
UEMOA :	Union économique et monétaire ouest africaine
UNICEF :	Fonds des nations unies pour l'enfance

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). Ainsi, cinq axes stratégiques d'intervention ont été définis :

- ❖ Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle et néonatale ;
- ❖ Amélioration de l'offre et la demande des services de santé ;
- ❖ Renforcement des capacités de gestion des services ;
- ❖ Développement des ressources humaines ;
- ❖ Promotion de la santé.

Alors que le PNDS est arrivé à son terme depuis le 31 décembre 2012, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), 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 2013-2022. 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 premier exercice de réalisation des CNS. Le présent rapport présente les Comptes nationaux de la santé de l'année 2010. 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 MSHP et du Ministère du Plan (INS) avec l'accompagnement des Partenaires Techniques et Financiers (Banque Mondiale, UNICE, OMS).

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 DELEGUE A LA SANTE



Dr Naman KEITA

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 premier exercice concerne l'année 2010.

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 (DNS) en Guinée pour l'année 2010 était de 1 692,2 milliards de francs guinéens, soit 282,6 millions de dollars américains (\$ US) au taux de change de 1 \$ US = 5987,8 FG.

En rapportant ce montant à la population guinéenne en 2010 (10 532 065), on trouve une Dépense Nationale de Santé par tête de l'ordre de 26,8 \$ 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 6,25% du Produit Intérieur Brut (PIB) et du 20,92% du budget² de l'Etat en 2010 (tableau n°3.01), semble être sous-estimée dans la mesure où, pour des raisons diverses, toutes les dépenses de santé n'ont pas pu être collectées pour ce premier 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 en 2010.*

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

² Dépenses budgétaires engagées

Les CNS ont permis aussi de déterminer deux autres niveaux de financement des dépenses de santé :

- La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS) a été estimée à 1 479,10 milliards FG en 2010, soit 247,02 millions de dollars américains. Elle représente 87,41% des DNS (1 692,18 milliards FG).
- La **Dépense totale pour la santé (DTS)** a été estimée à 1 597,93 milliards FG en 2010, soit 266,86 millions de dollars américains. Elle représente 94,43% des DNS (1 692,18 milliards FG).

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 2010 est le secteur privé, avec 64,3% des dépenses, dont 62,2% proviennent des paiements directs des ménages (paiements catastrophiques). Avec 26,9% des dépenses de santé, le Reste du monde est la seconde source de financement des dépenses de santé, dont 17,9% proviennent des fonds de coopérations multilatérales et 6,3%, des fonds des ONG, des fondations et firmes internationales. Enfin, l'Etat est la troisième source de financement de la santé, il ne finance que 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent de l'administration centrale.

En outre, nos estimations suggèrent que les ménages, par leurs paiements directs (62,2%), sont les premiers agents qui mobilisent des fonds pour payer les services de santé auprès des prestataires, conduisant ainsi à des paiements directs catastrophiques avec toutes ses conséquences pour le système de santé. Ils sont suivis respectivement par l'Etat (32,9% dont 28,8% pour le MSHP) et les ONG, Fondation et firmes internationales (3,5%). On note aussi un taux faible des sociétés d'assurance privées (0,5%) et de la CNSS (1,5%) et des ONG nationales (0,00%).

Ainsi, malgré que l'Etat contribue peu au financement de la santé (8,8%), il est le deuxième 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 que:

- les «Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)» sont les premiers (48,10%) types de prestataires qui ont offert les services de santé marchands en 2010, dont 47,6% pour les autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux (HP.4.9).
- Avec 17,8% des dépenses de santé, les prestataires de soins ambulatoires (HP.3) viennent en deuxième position, dont 9,49% pour les Centres de soins ambulatoires du Ministère de la Santé (HP.3.4.5.1.1) et 5,75% pour les Tradipraticiens (HP.3.9.3.1)
- le troisième type de prestataires est constitué des fournisseurs et de gestion des programmes de santé publique (HP.6) avec 16,56% des dépenses de santé, dont 8% pour le programme PEV, suivi respectivement par le programme de lutte contre le

paludisme (4,37%) et le Programme de lutte contre le VIH/SIDA (HP.5.5), avec 2,93% des dépenses ;

- le quatrième de type de prestataires en termes d'importation des dépenses de santé est «l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6)», avec 9,14%, dont 7,02% pour l'administration générale du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, et 1,37% pour l'administration des régimes de sécurité sociale (HP.6.2) ;
- les hôpitaux avec 7,24% des dépenses de santé se placent en cinquième position dont 6,01% pour les hôpitaux publics (HP.1.1.1) et 1,23% pour les hôpitaux privés (HP.1.1.2).

S'agissant de la répartition des ressources entre fonctions, nos données indiquent que :

- I) en 2010, l'achat des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) est de loin le premier poste des dépenses de santé (65,9%), dont 47,6% pour les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1), 13,63% pour l'achat d'autres biens médicaux non durables (HC.5.1.3), 3,4% pour l'achat d'autres biens médicaux durables (HC.5.2.9 et seulement 1,23% pour les médicaments délivrés sur ordonnance (HC.5.1.1) ;
- II) le deuxième type de services de santé en termes d'importance des dépenses est composé des services de soins curatifs (HC.1), avec 13,94% des dépenses, dont 6,93% pour les autres soins curatifs ambulatoires (HC.1.3.9) et 5,51% pour les soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif) (HC.1.1) ;
- III) avec 7,79% de dépenses, les fonctions sanitaires connexes (HCR.1-5) viennent en troisième position, dont 7,02% pour la formation du capital des établissements prestataires de soins de santé (HCR.1) ;
- IV) les services de prévention et de santé publique (HC.6) occupent la quatrième place, avec 6,45% des dépenses, dont 3,63% et 2,36% respectivement pour le VIH/SIDA (HC.6.3.3) et pour le Paludisme (HC.6.3.1) ;
- V) le poste administration de la santé et Assurance Maladie (HC.7) vient en cinquième position, avec 3,14% des dépenses répartie en 1,88% pour l'administration générale de santé: publique sauf sécurité sociale (HC.7.1.1) et 1,25% pour les activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale (HC.7.1.2)

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.

Notons en passant que l'exercice ciblé couvre l'année civile de 2010.

Par ailleurs, bien que la Guinée s'inscrivant 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 2010, 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 2010.

En tout état de cause, le comité de rédaction ose espérer que le présent document versus 2010, 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. GÉNÉRALITÉS

1.1 PRESENTATION DU PAYS

1.1.1 CARACTERISTIQUES PHYSIQUES

La République de Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer, entre 7° et 12° de latitude nord et 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie totale est de 245.857 km². Elle est limitée :

- A l'ouest par l'océan atlantique et la Guinée Bissau,
- Au nord par le Sénégal et le Mali,
- A l'est par la Côte d'Ivoire,
- Au sud par le Liberia et la Sierra Leone.

Du point de vue géo écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement homogènes qui sont : la basse Guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière. Le pays doit cette originalité à son milieu naturel qui se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue climat, sols, végétation et mode de vie des populations. L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans (RGPH, 1996). Attendue en 2009 est de 62 ans ou plus sous l'hypothèse que la prévalence du VIH n'excède pas 5%. L'atteinte de ce résultat nécessite des efforts soutenus au cours des années à venir, notamment en matière d'amélioration des services de santé. En effet, la mortalité est élevée en Guinée. Cela se traduit par des taux de mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle qui valent respectivement 91 pour mille.

1.1.2 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

La population totale de la Guinée est estimée à 10 869 003 habitants en 2011. La densité moyenne pour l'ensemble du pays est de 44 habitants au km².

La Guinée est un pays à forte natalité et à fécondité élevée, caractérisée par des maternités précoces, tardives et une proportion importante de femmes en âge de procréer. Le taux brut de natalité est estimé à 39,7 ‰ (RGPH 1996) et l'indice synthétique de fécondité à 5,7 enfants par femme (EDSIII, 2005). Le retard économique, les normes sociales et culturelles, l'insuffisance d'informations sur les méthodes de régulation des naissances ainsi que des infrastructures sociales favorisent cette descendance élevée 163 pour mille et 980 pour 100 mille naissances vivantes (EDS, 2005). En définitive, avec un taux d'accroissement naturel de 2,8 % (RGPH 1996), l'effectif de la population guinéenne doublera tous les vingt-sept ans.

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

résultats de l'enquête confirment donc toute l'ampleur de l'immigration à Conakry et de l'émigration en Moyenne Guinée.

Tableau 1. 1 : Evolution des principaux indicateurs démographiques

INDICATEURS	Valeur des indicateurs/Source et année			
	RGPH-1996	EDS-1992	EDS-1999	EDS-2005
Taux d'accroissement démographique annuel (intercensitaire)	3,1 p cent			
Taux d'accroissement naturel	2,6 p cent			
Taux brut de natalité	39,7 p mille	41 p mille	36,9 p mille	38,4 p mille
Taux global de fécondité générale	170 p mille	195 p mille	193 p mille	194 p mille
Indice synthétique de fécondité		5,7 Enfant en moyenne	5,5 Enfant en moyenne	
Taux brut de mortalité	14,6 p mille			
Pourcentage de la population urbaine	29,9 p cent			
Taux de Mortalité néonatale		67 p mille	48 p mille	39 p mille
Taux de Mortalité infantile		136 p mille	98 p mille	91 p mille
Mortalité Infanto-Juvenile		229 p mille	177 p mille	163 p mille
Taux de Mortalité maternelle		666 p c mille	528 p c mille	980 p cent mille naissances vivantes
Espérance de vie	54 ans			62 ans

1.2 PRESENTATION DU SYSTEME DE LA SANTE : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE

Le système de santé en République de Guinée est quasiment basé sur le découpage administratif du pays, en 8 régions, 38 Districts sanitaires, 334 communes rurales et 38 Communes urbaines. Ainsi, les districts sanitaires sont logés dans les Régions Administratives.

1.2.1 STRUCTURATION ADMINISTRATIVE

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

- le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales de la santé (au nombre de 8) ;
- le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé (au nombre de 38).

1.2.2 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES DE SOINS

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :
 - le premier échelon de soins est le Centre de santé (CS) qui est la structure sanitaire de base du système de santé. Leur nombre est de 399 en 2011,
 - le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il en existe 33 en 2011,
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux HP. Les CHR sont au nombre de 7 en 2011.
- Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il s'agit de 02 hôpitaux nationaux (Hôpital de DONKA et Ignace Deen.)

En plus des structures publiques, la Guinée compte un nombre important de structures privées et de tradi-thérapeutes avec la reconnaissance de l'importance de la médecine traditionnelle par le MSHP.

1.3 SYSTEME DE SANTE (SOINS)

1.3.1 MISSION ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé est organisé, administré et géré par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

La mission de celui-ci peut se résumer en quatre points qui sont :

La conception, la formulation, l'élaboration et l'exécution de la politique du Gouvernement en matière de santé.

Ce faisant, il

- coordonne et contrôle l'exécution des activités des services qui sont chargés de la mise en œuvre de cette politique,
- élabore et veille à l'application de la législation et de la réglementation en matière de santé et de pharmacie,
- réglemente la pratique de la profession libérale dans le secteur.

Le Système de santé est organisé de façon pyramidale en 3 niveaux comme présenté dans le tableau suivant :

Tableau 1. 2 : Organisation de la pyramide sanitaire

Niveau	Structures administratives	Structures de soins
Central	<ul style="list-style-type: none"> - Directions Nationales (DN) - Services d'appui (SA) - Services rattachés (SR) - Etablissements publics (EP) 	Hôpitaux Nationaux (HN)
Intermédiaire	Directions Régionales de la Santé (DRS)	Hôpitaux Régionaux (HR)
Périphérique	Direction Préfectorale de la Santé (DPS) / Direction Communale de la santé (DCS)	Hôpitaux Préfectoraux (HP) Centres médico-Communaux (CMC) Centre de Santé Amélioré (CSA) Centres de Santé (CS) Poste de Santé (PS)

A ces structures organiques chargées de la prise de décisions et de la production de soins, le MSP a mis en place, dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles, des instances de coordination et des organes consultatifs aux différents niveaux de la pyramide.

Tableau 1. 3 : Instance de coordination et organes consultatifs

Niveau	Instances de coordination	Organes d'orientation
Central	Comité Technique de Coordination (CTC)	Conseil National de la Santé Commissions Nationales Conseils d'Administration (CA) des Hôpitaux Nationaux
Intermédiaire	Comité Technique Régional de la Santé (CTRS)	Comité Régional de Santé Conseil d'Administration (CA) de l'Hôpital Régional
Périphérique	Comité Technique Préfectoral de la Santé (CTPS)	Conseil d'Administration (CA) de l'Hôpital Préfectoral Comités de Santé et d'Hygiène Publique (CSHP)

➤ **Niveau central** : en plus du Cabinet ;

Les services d'appui sont:

- l'Inspection Générale de la Santé (IGS),
- la Division des Affaires Financières (DAF),
- le Bureau de Stratégie & Développement (BSD),
- le Secrétariat Central,
- la Division des Ressources Humaines (DRH),
- le Service Stratégique de Formation (SSF),
- le Service National « Promotion de la Santé » (SNPS)
- la Cellule d'Appui à la Gestion des Projets et Programmes (CAGPP)

Les Directions Nationales :

- la Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN),
- la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS),
- la Direction Nationale des Pharmacies et du Laboratoire (DNPL),
- la Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaires (DNPSC)
- la Direction Nationale de l'Hygiène Publique (DNHP).

Les services rattachés :

- les hôpitaux nationaux ;
- les hôpitaux régionaux, préfectoraux et les Centres Médicaux de Commune

- le centre de Recherche et de formation en santé Rurale de Mafèrinyah
- l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant
- le Service National de Santé Scolaire et Universitaire
- l'Institut National de Santé Publique
- le Centre National de Transfusion Sanguine
- le service National de la Médecine du travail

Un Etablissement Public Administratif (EPA) à caractère autonome, la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG).

Le niveau central compte également 18 Programmes et Projets de santé, majoritairement rattachés à la Direction Nationale de la Santé Publique et dont l'action est principalement dirigée vers la lutte contre des maladies spécifiques.

Niveau intermédiaire :

Ce niveau qui correspond à la Direction Régionale de la Santé (DRS) est situé au chef-lieu de chaque Région Administrative et est chargé de :

- Coordonner et contrôler l'ensemble des activités sanitaires des sous-secteurs public et privé de la région,
- Gérer les ressources humaines, matérielles et financières existant dans sa zone de couverture,
- Assurer la formation, la logistique, l'approvisionnement en médicaments et vaccins essentiels et la maintenance dans l'ensemble des structures sanitaires de la région,
- Assurer une assistance technique au gouverneur de région en matière de santé.

Niveau périphérique :

Il est l'équivalent du District Sanitaire de l'OMS et correspond à la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) dans les préfectures et à la Direction Communale de la Santé (DCS) dans la ville de Conakry.

Son rôle se résume à assurer:

- la planification, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires de la Préfecture, en milieu rural, ou de la Commune, en milieu urbain ;
- un appui technique aux collectivités de base et la coordination intra et intersectorielle.

Le fonctionnement de ce niveau est assuré par une équipe de cadres de District comprenant :

- Le Directeur Préfectoral ou Communal de la Santé (DPS/ DCS),
- Le Directeur de l'Hôpital préfectoral ou communal (DH),
- Le Directeur Préfectoral des microréalisations, représentant le département de l'intérieur et de la décentralisation,
- Les représentants des autres partenaires de terrain évoluant dans la préfecture.

Le système de soins est composé des sous-secteurs public et privé

Les structures publiques de soins comportent essentiellement :

- les centres et postes de santé qui constituent la base de la pyramide sanitaire,
- le centre médical communal et l'hôpital préfectoral qui constituent le premier recours,
- l'hôpital régional, le deuxième niveau de recours,
- les hôpitaux nationaux, pour les soins spécialisés,
- les autres services de santé gérés par les autres ministères. Il s'agit des services de santé des armées, les services de santé de CNSS, les services de santé du Ministère des Affaires sociales,...

-

Le secteur privé est composé des sous-secteurs médical et pharmaceutique.

Au titre du sous-secteur médical, on compte les cabinets de consultation et de soins, les cliniques médicochirurgicales, les polycliniques, les cabinets dentaires et les cabinets de sages-femmes.

Le secteur pharmaceutique privé comprend les officines, les points de vente, les agences de promotion et les grossistes répartiteurs.

II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

La méthodologie adoptée dans ce premier exercice d'élaboration des CNS de la Guinée se résume en ces points ci-dessous :

- Définition des concepts ;
- Processus d'élaboration des CNS
 - La collecte des données
 - Le traitement des données

2.1 DEFINITIONS

2.1.1 DEFINITION ET FRONTIERE DES CNS

Selon le Guide³ de l'OMS pour l'élaboration des Comptes nationaux de la santé (CNS), les Comptes nationaux de la santé regroupent un ensemble d'informations économiques et financières systémiques et cohérentes sur le système de santé.

Les indicateurs spécifiques, calculés à partir de ces comptes, peuvent permettre aux différentes parties prenantes du système de santé, notamment les décideurs de disposer de plus d'évidences factuelles pour une meilleure appréhension du système de santé et pour une planification stratégique éclairée. A ce titre, les CNS constituent une approche utile et réalisable de la mesure de l'efficacité du financement du système de santé. Ainsi, ils sont de plus en plus utilisés comme un instrument de diagnostic pour identifier des problèmes d'allocation des ressources, en vue d'améliorer le niveau global du système de santé.

Les CNS permettent également de mesurer la part de financement réservée à chaque domaine d'intervention et fournissent un éventail de données qui expriment le degré d'efficacité et de pertinence en termes d'utilisation des financements investis. En effet, les CNS ne déterminent pas seulement combien chacune des sources de financement dépense pour la santé, ils permettent aussi de faire un suivi détaillé des flux de fonds entre les divers acteurs du secteur de la santé, jusqu'à la destination finale des ressources financières.

En résumé, les CNS permettent de répondre entre autres aux questions suivantes dans un système de santé :

- premièrement qui, dans le pays, paie pour les soins de santé ?
- deuxièmement, quels sont les différents agents de financement ?
- troisièmement, vers quelles structures/prestataires sont dirigés les financements mobilisés ?
- quatrièmement, quels ont été les différentes fonctions de santé financées ?

Mais la réponse à ces questions dépend du cadre d'analyse retenu pour les comptes nationaux de la santé. Ainsi, l'une des premières tâches à accomplir lors de l'élaboration de comptes nationaux

³ Guide de l'OMS

de la santé (CNS) consiste à décider quelles activités sont à inclure et quelles sont celles à exclure. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*⁴, un système de santé inclut **“toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé”**. Vu que la santé fait tellement partie intégrante de la vie humaine que n'importe quelle activité réalisée ou non l'affecte, il est difficile de distinguer les activités de santé de celles qui ne sont pas de santé.

Selon les l'objectifs des CNS définis plus haut, la frontière (entre les activités santé et non santé) est délimitée de la façon suivante en *Guinée (pour l'exercice 2010 des CNS)* : *la dépense nationale de santé 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.*

Par ailleurs, rappelons que dans son manuel sur le Système de Comptes de la Santé (SCS) (p.46), l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) a proposé un cadre plus spécifiquement axé sur les services de santé: “Au niveau d'un pays, les activités de soins de santé comprennent l'ensemble des activités exercées par des institutions ou des individus qui mettent leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales, paramédicales et infirmières au service des objectifs ci-après :

- promouvoir la santé et prévenir les maladies;
- guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée;
- prendre soin des malades chroniques requérant des soins infirmiers;
- prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacité ou de handicaps requérant des soins infirmiers;
- concevoir et mettre en œuvre des actions de la santé publique;
- concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autres mécanismes de financement.”

En outre, dans une économie marchande, l'établissement des CNS repose sur des identités comptables selon lesquelles, toute transaction économique a deux pôles qui doivent être équilibrés à tout moment.

Schématiquement : ***dans une transaction économique, le montant total dépensé par celui qui débourse est égal au montant total des recettes de celui qui reçoit les fonds, pas plus, pas moins.***

En appliquant ce principe sur toutes les transactions dans une économie, on a des identités suivantes :

Les dépenses des uns = les revenus des autres (1)

La valeur totale de tous les biens et services achetés = la valeur totale de tous les biens et services vendus (2)

Les dépenses totales pour l'achat des biens et services = aux recettes totales issues de la vente des biens et services (3)

⁴ OMS

Plus globalement on a :

Les dépenses des uns = les revenus des autres = la production des autres (4)

2.1.2 DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

2.1.2.1 LES DIFFÉRENTES ENTITÉS DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ

2.1.2.1.1 LES SOURCES DE FINANCEMENT

Les sources de financement sont les institutions et entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système par les agents de financement.

Exemples : le Ministère de l'économie et des finances pour le budget de l'Etat, les ménages, les bailleurs de fonds étrangers appelés « reste du monde ». *Rappelons que le reste du monde est un terme généralement utilisé en comptabilité nationale pour désigner tout ce qui ne fait pas parti de l'entité nationale. Dans le cadre des comptes nationaux de la santé, le reste du monde est généralement utilisé pour désigner les financements ou les parties prenantes de l'extérieur.*

Les ménages sont une source de financement à travers les débours directs et les mécanismes de partage de risque (mutuelles de santé, assurance maladie, ...).

2.1.2.1.2 LES AGENTS DE FINANCEMENT

Les agents de financement sont les institutions ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou pour acheter des activités incluses dans le champ des comptes de la santé. Elles contrôlent également leur utilisation.

Exemple : Présidence de la République, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de la défense, Caisse nationale de sécurité sociale, compagnies d'assurance privées, mutuelles de santé, ménages.

Les ménages également sont des agents de financement pour les débours directs en intégralité ou en partie dans les cas de co-paiements.

2.1.2.1.3 LES PRESTATAIRES

Les prestataires de soins sont les entités qui perçoivent des fonds en contrepartie ou en prévision de la réalisation d'activités incluses dans le champ des comptes de la santé. Ils fournissent ou administrent des soins de santé et des services en rapport avec la santé.

Exemples : hôpitaux, cliniques, pharmacies, centres de soins ambulatoires, laboratoires privés d'analyses médicales.

2.1.2.1.4 LES FONCTIONS DE SANTE

Les fonctions sont les types de biens et de services et d'activités réalisées dans le champ des comptes de la santé.

Exemples : soins hospitaliers, soins ambulatoires, produits pharmaceutiques, prévention des maladies, formation du personnel de santé, contrôle sanitaire, recherche.

2.1.2.2 CLASSIFICATION DES ENTITES DES CNS

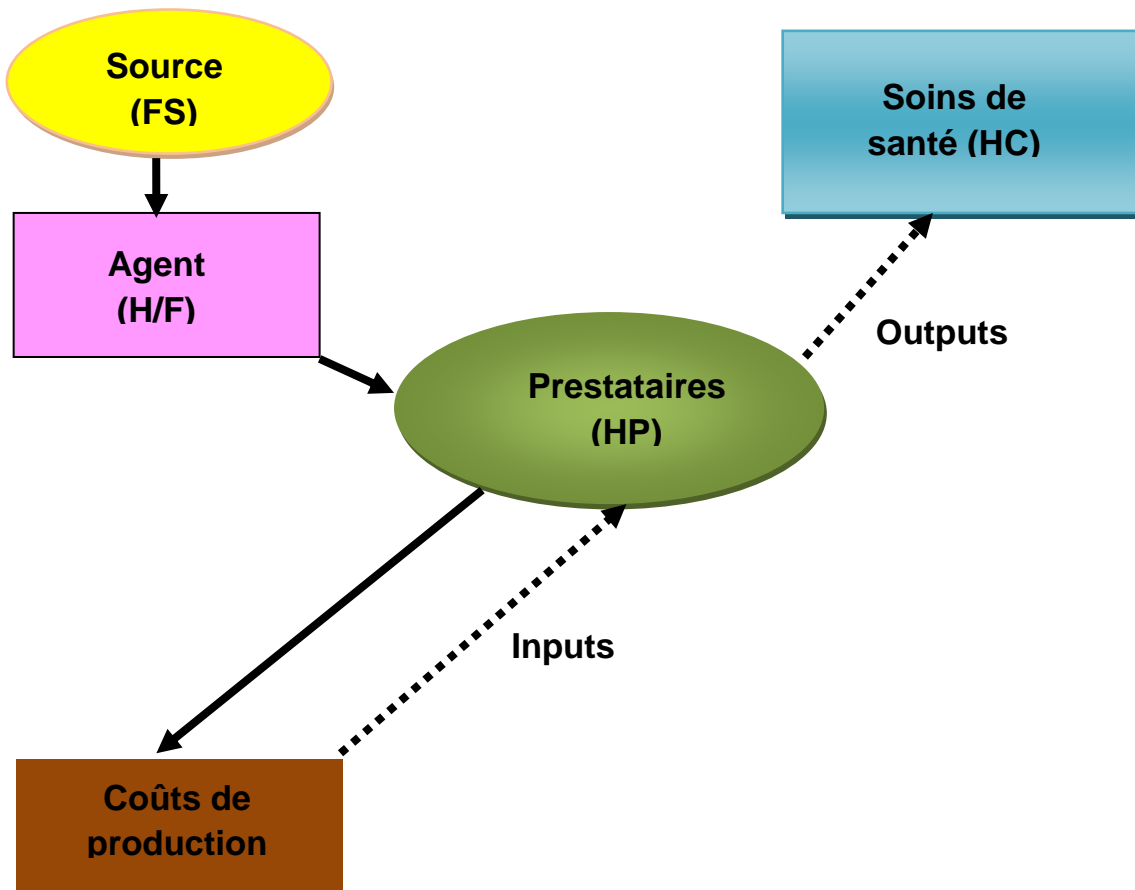
Pour classer ces entités des CNS, qu'on vient de présenter (agents de financement, prestataires, sources de financement et fonctions des services de santé), on fait recours aux différentes classifications issues de la ICHA (et d'autres sources). Ainsi, chacune de ces entités est composée des différentes classes qui obéissent aux principes d'exclusivité mutuelle et d'exhaustivité. Selon le guide d'élaboration des CNS, l'exclusivité mutuelle signifie que chaque transaction (ou autre unité analysée) ne peut être enregistrée que dans une et une seule catégorie. Alors que l'exhaustivité signifie que chacune de toutes les transactions peut être enregistrée dans une catégorie. La combinaison de ces deux principes signifie que chaque transaction est enregistrée dans une seule catégorie. Le respect de ces deux principes de classification est critique pour la réussite des comptes de la santé. Des classifications qui ne sont pas exhaustives font que les comptes ne couvriront pas l'ensemble de la dépense nationale de santé.

Des classifications qui ne sont pas mutuellement exclusives font que les comptes risquent de surestimer la dépense dans les cas où les opérations ou les activités sont comptées deux fois. Alors que la condition d'exhaustivité est facilement identifiable dans une classification, le non respect de la condition d'exclusivité mutuelle peut être difficile à déceler. Elle survient fréquemment lorsque deux éléments ou plus de la dépense de santé sont combinés, comme un mélange de plusieurs types de prestataires ou de plusieurs types de fonctions. Ou bien elle peut également survenir quand l'unité analysée peut prendre plusieurs valeurs de l'attribut, comme les diagnostics effectués lors d'un contact médical. Les comptables de la santé doivent faire particulièrement attention à ce que leurs classifications (ou règles de décision) respectent parfaitement ces deux conditions d'exclusivité mutuelle et d'exhaustivité.

2.1.2.3 INTERRELATIONS ET CIRCUIT FINANCIERS ENTRE LES ENTITES DES CNS

Les interrelations entre sources de financement, agents de financement, prestataires et fonction sont schématisées comme suit :

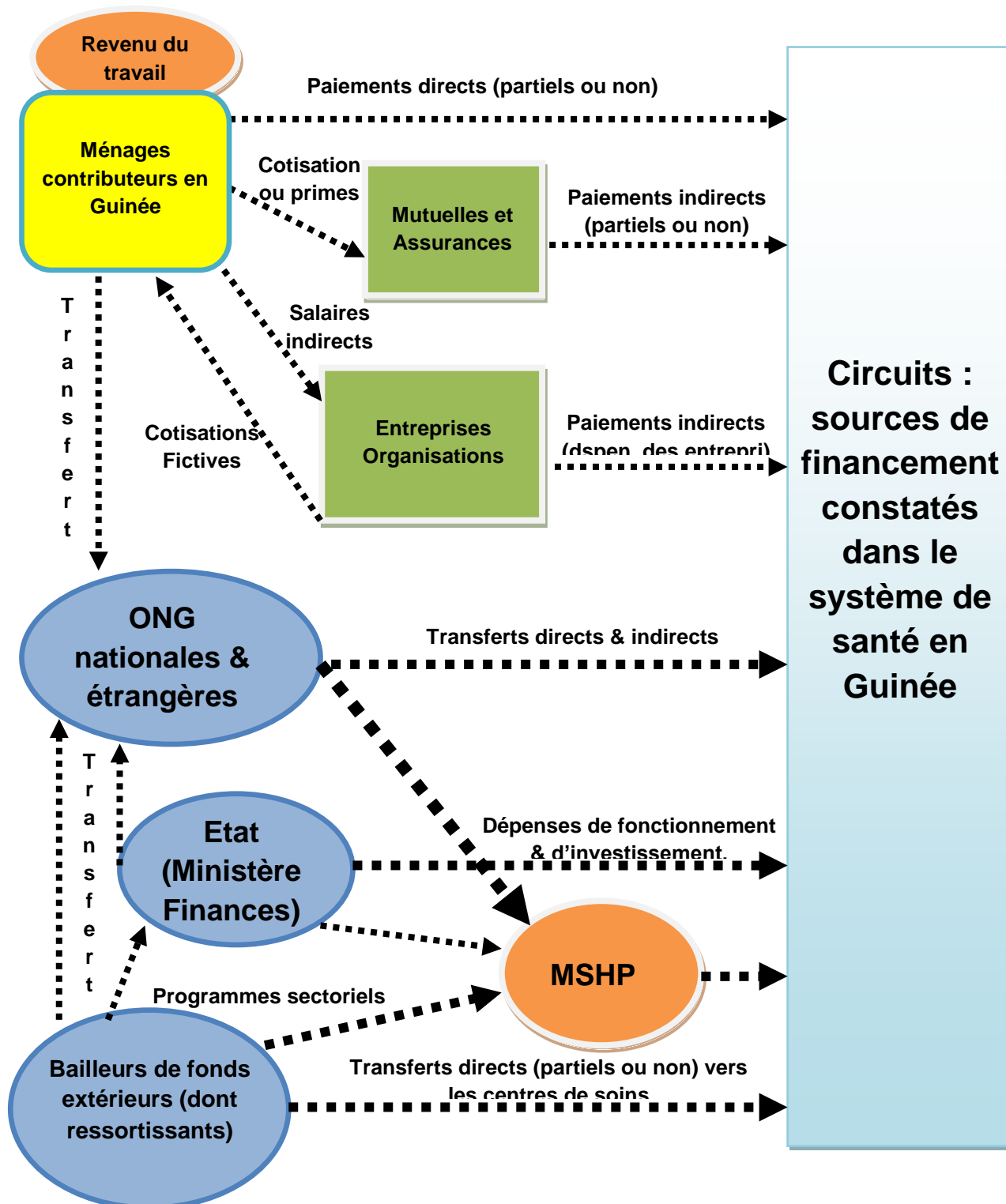
Figure 2. 1 : Schéma relation entre les entités des CNS



2.1.2.4 LES FLUX FINANCIERS

Les flux financiers sont représentés dans la figure 2.2 ci-dessous.

Figure 2. 2 : Représentation des flux financiers entre entités



Comme on le verra plus loin, l'une des conséquences de ces flux financiers entre entités et de l'équation (4) est l'identité suivante⁵ :

Somme des montants financés par les sources de financement = somme des montants mobilisés par les agents de financements = somme des valeurs des services (fonctions) de santé par les prestataires = somme des montants des recettes des prestataires (5)

2.1.2.5 DIFFÉRENTES TYPES DE DÉPENSES DE SANTÉ

Dans son manuel du SCS, l'OCDE propose trois mesures de dépenses de santé à utiliser pour des comparaisons internationales :

2.1.2.5.1 LA DEPENSE DE SANTE

Comme indiqué plus haut, selon la méthodologie standard décrite dans le guide d'élaboration des CNS, les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

2.1.2.5.2 LA DEPENSE TOTALE ACTUELLE POUR LA SANTE (DTAS)

Elle est obtenue en faisant le cumul des dépenses des fonctions :

- services de soins curatifs (HC.1) ;
- services de réadaptation (HC.2) ;
- services de soins de longue durée (HC.3) ;
- services auxiliaires (HC.4) ;
- biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) ;
- service de prévention et de santé publique (HC.6) ;

2.1.2.5.3 LA DEPENSE TOTALE POUR LA SANTE (DTS)

Elle est égale à la DTAS majorée des dépenses de formation de capital des établissements fournissant des soins de santé (HCR.1).

2.1.2.5.4 LES SOINS CURATIFS EN MILIEU HOSPITALIERS

Les soins hospitaliers peuvent être scindés en deux : (i) ceux qui concernent l'activité hospitalière pure et complète (in patient), c'est-à-dire des soins hospitaliers, stricto sensu qu'on ne retrouve que dans les hôpitaux (ii) et ceux qui sont liés à l'hospitalisation partielle et aux consultations

⁵ Ces identités seront plus élaborées plus loin.

externes qu'on peut appeler les « soins ambulatoires à l'hôpital » (out patient). Ce second type de soins n'est pas retenu dans les soins hospitaliers mais ambulatoires.

Sont également compris dans les soins en milieu hospitalier les prestations réalisées par des structures comme le Centre national de transfusion sanguine, dont les produits sanguins participent au rétablissement du malade en milieu hospitalier ;

On entend par hôpital : les hôpitaux **publics** nationaux (HN) et régionaux (/HR), les hôpitaux de district ou préfectoral (HP), les CMC et **les cliniques et polycliniques du secteur privé**.

2.1.2.5.5 LES SOINS CURATIFS AMBULATOIRES

Ce sont des soins qui se font généralement pour les malades non hospitalisés auprès des prestataires suivant :

- centres de santé (CS) et poste de santé (PS) ;
- cabinets de soins infirmiers ;
- laboratoires d'analyses médicales ;
- cabinets de radiologie ;
- infirmeries et maternités isolées ;
- cabinets médicaux ;
- dispensaires ;
- etc.

A cela s'ajoutent les activités de soins ambulatoires réalisées dans les hôpitaux. Sont compris également dans ces soins les prestations assurées dans certaines structures de soins spécifiques à programmes.

2.1.2.5.6 LA PREVENTION ET LA SANTE PUBLIQUE

La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective (définition de l'Organisation mondiale de la santé). Autrement dit, il s'agit de prestations destinées à l'ensemble de la communauté considérée comme un seul bloc et non à la société en tant qu'ensemble d'individus. Parmi les activités de santé publique, il pourrait être cité :

- les activités de surveillance épidémiologique ;
- les activités de sensibilisation contre la tuberculose ;
- les campagnes de lutte contre la filariose lymphatique ;
- les activités d'hygiène et d'assainissement ;
- les campagnes d'information, de sensibilisation, de lutte contre le VIH/SIDA, et le paludisme ;
- etc.

2.1.2.5.7 LES DEBOURS DIRECTS OU PAIEMENTS DIRECTEURS DES MENAGES

Les débours directs (ou paiements directeurs des ménages) 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'une mutuelle de santé ni d'une assurance maladie.

2.1.2.6 CERTAINES FONCTIONS DE SANTÉ

2.1.2.6.1 LA FORMATION DU CAPITAL DES ETABLISSEMENTS PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE

Il s'agit des investissements réalisés et des équipements de soins achetés pour le compte des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.

2.1.2.6.2 LES BIENS MEDICAUX DISPENSES

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.

2.1.2.6.3 LA FORMATION

La formation englobe les activités de formation de base (pour les paramédicaux) et de formation de spécialisation pour le personnel du Ministère de la santé. Les formations de courte durée ne sont pas prises en compte dans ce cas de figure. En effet, ne donnant pas droit à un diplôme, elles ne participent donc pas à une fonction sanitaire connexe, donc pas à un investissement. Les dépenses relatives aux formations à court terme font partir des dépenses de fonctionnement. Les formations initiales des médecins et des pharmaciens ne sont également pas prises en compte.

2.2 PROCESSUS D'ELABORATION DES CNS

La réalisation des comptes nationaux s'est faite selon les étapes suivantes : les activités préparatoires, les activités de collecte, la codification, la saisie et le traitement des données, la validation interne des données et la rédaction du rapport.

2.2.1 COLLECTE DE DONNEES

a) Procédures de collectes

La présente étude de ce premier exercice des CNS en Guinée se veut une enquête légère assurant principalement le recueil d'informations permettant de calculer les indicateurs obligatoires des CNS selon le Guide de l'OMS. Cette option est faite compte tenu des contraintes de ressources humaines qualifiées, de temps impartis et aussi des contraintes financières (voir l'encadré 1)

Ainsi, plusieurs approches complémentaires de collecte des données ont été utilisées dans ce premier exercice des CNS Guinée : approche quantitative basée sur des questionnaires individuels, approche qualitative par interview des sources de financement afin de confirmer ou infirmer les données collectées par l'approche quantitative.

➤ L'approche quantitative

La nécessité de mesurer les dépenses de santé en Guinée par les indicateurs quantitatifs nécessite la collecte d'informations individuelles. Pour cela un ensemble de questionnaires sur les différents aspects des CNS a été élaboré en collaboration avec l'OMS. Ces questionnaires ont été adressés aux différentes structures productrices de données (structures publiques, privés, ONG, partenaires techniques et financiers...).

Globalement six types de questionnaires⁶ ont été élaborés en fonction des cibles des CNS. Ces questionnaires sont :

- Questionnaire source de financement ;
- Questionnaire agent de financement ;
- Questionnaire prestataire ;
- Questionnaire assurance ;
- Questionnaire employeurs ;
- Questionnaire pharmacies privées.

En plus de ces questionnaires, des rapports, des documents financiers et comptables (comptes de gestion, rapports financiers, bilans comptables...) de certaines structures⁷ ont été exploités pour la concordance et la triangulation des données.

➤ L'approche qualitative

Après la collecte et la saisie des données, des interviews individuelles ont été organisées pour confirmer les données collectées. Ces interviews ont concerné essentiellement les PTF et les gestionnaires des programmes/projets de santé. Ce travail a permis de corriger certaines erreurs de collecte des données. Elles ont permis aussi de sensibiliser les sources des données sur l'importance des données fiables sur leurs dépenses de santé. Enfin, des séances de rapprochement des données ont été organisées entre l'équipe des CNS et les consultants chargés de l'étude sur le financement du secteur de la santé.

b) Recrutement et formation des agents de terrain

⁶ Ces questionnaires ont été élaborés avec l'appui technique d'un expert international recruté par l'OMS.

⁷ Notamment les sociétés d'assurance (UGAR, SONAG, NSIA ...), la CNSS...

Pour les besoins de l'enquête proprement dite, cinq équipes d'agents de terrain ont été constituées, en raison d'une équipe par région naturelle et une équipe pour la ville de Conakry. Chaque équipe étant composée d'un chef d'équipe et des enquêteurs.

Les agents enquêteurs ont été sélectionnés essentiellement parmi le personnel du MSHP (BSD, DAF, DNSEH) et de l'INS. Toutes les personnes ayant participé à la collecte ont pris part à un séminaire de formation de cinq (5) jours. Aux termes de cette formation, chaque agent était sensé avoir une connaissance approfondie du rôle qu'il doit jouer afin d'atteindre le maximum d'efficacité sur le terrain. La formation a été assurée par une équipe de l'encadrement technique (dont un formateur).

c) Contrôle de qualité des travaux de terrain

Le contrôle de qualité a été assuré à travers des missions de supervision et le suivi des équipes sur le terrain. Chaque chef d'équipe était directement responsable de la qualité du travail de son équipe. Pour ce faire, il devrait procéder au contrôle et à la correction de tous les questionnaires remplis par ses agents. Par ailleurs, une mission de supervision a été organisée afin de s'assurer que toutes les activités sont exécutées comme prévues. Dans certains cas des séances de travail ont été organisées avec les équipes pour renforcer la formation reçue et corriger toutes les erreurs de collecte décelées sur le terrain. Le Secrétaire Général du MSHP, le Conseiller Politique du MSHP et le Directeur du BSD ont pris part à ces missions de supervision.

d) Zone de collecte

La collecte des données a été faite dans les 33 DPS et 5 DCS/Conakry. Dans chacune de ces 33 DPS et 5 DCS, la collecte a concerné essentiellement :

- l'hôpital préfectoral et régional ;
- les CMC ;
- les hôpitaux privés ;
- deux pharmacies ;
- trois entreprises privées/parapubliques ;
- les sociétés d'assurance privées (Conakry) ;
- la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) (Conakry) ;
- les PTF (en particulier PAM, Plan Guinée, ONUSIDA, UNICEF, OMS, UNFPA, USAID...) ;
- les ONG (nationales et étrangères)
- la Direction préfectorale et régionale de la santé ;
- les programmes/projets de santé ; la mairie ;
- un centre de santé urbain tiré au hasard ;
- un centre de santé rural tiré au hasard ;
- la CRD correspondante au centre de santé rural tiré ;

2.3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

2.3.1 TECHNIQUES D'ESTIMATION DES DEPENSES DE SANTE

a) Cas des données du budget de l'Etat

Les données du budget de l'Etat proviennent de la chaîne des dépenses. Pour chaque ligne budgétaire, la chaîne indique le montant prévu par la loi des finances, le montant engagé, le montant engagé et certifié par le contrôleur financier et le montant effectivement payé. Pour les CNS 2010, c'est le montant engagé et certifié par le contrôleur financier qui est pris comme dépenses de santé, car c'est lui qui constate le service fait.

On ne pouvait prendre ni les prévisions budgétaires, ni le paiement effectif de l'année, car les prévisions ne correspondent pas à un service fait, elles indiquent l'intention de l'Etat pour une prise en charge éventuelle des dépenses de santé ; de même, pour des raisons de trésorerie de l'Etat, un service peut être fait sans qu'il ne soit payé, dans ce cas, le montant total des paiements peut sous estimer les dépenses de santé.

Les dépenses de santé de l'Etat se répartissent en deux grands groupes :

- Les dépenses sur le budget du MSHP
- Les dépenses de santé pour les autres départements ministériels.

A ces dépenses de l'Etat central il faut ajouter les dépenses des collectivités locales qui ont été collectées pendant l'enquête.

b) Cas des dépenses des ménages

- **Estimation des dépenses de santé des ménages**

Les dépenses des ménages ont été obtenues sur la base de l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) réalisée en 2007. La démarche utilisée pour l'actualisation des données se présente comme suite :

Variables d'intérêt :

- ✓ Dépenses totales de santé des ménages en 2010

Variables utilisées :

- ✓ Dépense totale de santé des ménages en 2007 (ELEP 2007) ;
- ✓ Répartition des dépenses de santé par fonction en 2007 ;
- ✓ Taux d'inflation de 2007 ; 2008 ; 2009 et de 2010 ;
- ✓ Taux de croissance démographique et Estimation de la population des années 2007-2010 (RGPH 1996) ;
- ✓ Population totale de la Guinée estimée pendant l'ELEP 2007.

Méthodologie de calcul :

Hypothèse forte d'estimation :

- ✓ la méthode d'actualisation se fonde sur l'hypothèse que la structure de dépense des ménages est restée la même depuis 2007 (par exemple, le ménage qui consacrait 20% de ses dépenses à la santé en 2007 consacre la même proportion en 2010) ;
- ✓ l'estimation des dépenses de santé des ménages en 2010 dépend de deux effets : effet prix (taux d'inflation) et effet population (accroissement démographique)

A partir de ces hypothèses, on calcule successivement les dépenses de santé des ménages de 2008 à 2010, en appliquant tout d'abord le taux d'inflation aux dépenses de santé de 2007 à population inchangée. Ensuite, on applique l'effet population aux dépenses de santé estimées à partir du taux d'inflation.

Plus spécifiquement, les dépenses de santé des ménages ont été estimées en deux étapes.

Première étape : estimations des dépenses de santé des ménages à population constante de 2007.

Pour commencer on pose l'équation suivante :

$$DSM_i = DSM_{i-1} * (1 + txinf_i) \quad (6)$$

avec $i = 2007, 2008, 2009, 2010$ et $txinf_i =$ taux d'inflation à l'année i et $DSM_i =$ dépenses de santé des ménages. DSM_{2007} est donnée par l'ELEP 2007.

En développant l'équation (1) on obtient la forme la plus élaborée suivante :

$$DSM_{2010} = DSM_{i2007} * (1 + txinf_{2008}) * (1 + txinf_{2009}) * (1 + txinf_{2010}) \quad (7)$$

Notons que les dépenses de santé des ménages en 2010 qu'on vient d'estimer correspondent aux dépenses que les ménages de 2007 auraient effectué en 2010 en absence de taux d'accroissement démographique. Ainsi, pour avoir les dépenses des ménages en 2010, il faut appliquer l'effet population (taux d'accroissement démographique) à cette première estimation, d'où la deuxième étape.

Deuxième étape : estimations des dépenses de santé des ménages en 2010 avec effet population.

Une fois estimées les dépenses de santé des ménages en 2010 à population constante de 2007, on applique l'effet population à cette première estimation pour avoir l'estimation réelle des dépenses de santé des ménage en 2010 qui intègre l'effet prix et l'effet population. Notons les par $DSMR_{2010}$.

Ainsi l'équation suivante nous donne ces dépenses en fonction de celles de la première étape :

$$DSMR_{2010} = DSM_{2010} * \frac{P_{2010}}{P_{2007}} \quad (8)$$

P_{2007} est la population de la Guinée en 2007 estimée par ELEP 2007 et P_{2010} est la population de la Guinée en 2010 et DSM_{2010} est l'estimation des dépenses de santé des ménages en 2010 de la première étape.

Une fois ces équations d'estimations des dépenses de santé des ménages établies, il reste à déterminer ses paramètres qui les caractérisent, à savoir : P_{2007} , P_{2010} , $tx\ inf_{2008}$, $tx\ inf_{2009}$ et $tx\ inf_{2010}$. Par définition, P_{2007} est donnée par ELEP 2007, P_{2010} est donnée par la projection démographique de la population guinéenne faite par la DNS dans son document «Perspectives Démographiques de la population guinéenne» sur la base des données du RGPH 1996. Quant aux taux d'inflation, ils sont fournis par la Direction Nationale du Plan dans son document «Cadrage Macro-économique de l'année 2011». Enfin, selon l'ELEP 2007, le montant total des dépenses de santé des ménages en 2007 s'élevait à 653,7 milliards de francs guinéens, soit 3,8% des dépenses totales des ménages.

Ainsi, sur la base de ces informations et en appliquant les équations (7) et (8), le tableau 2.1 ci-dessous donne les estimations des dépenses de santé des ménages de 2007 à 2010.

Tableau 2. 1: estimation des dépenses de santé des ménages de 2007 à 2010

Année	2007	2008	2009	2010
Taux d'inflation	12,8%	13,5%	7,9%	20,8%
Dépenses de santé des ménages sous effet prix uniquement (DSM) ⁸	653,7	741,9	800,6	967,0
Population	9 679 792	10 032 368	10 397 786	10 776 514
Dépenses de santé des ménages sous effet prix et effet population (DSMR) ⁹¹⁰	653,7	759,6	845,0	1 052,6

Pour terminer, l'affectation des dépenses des ménages par prestataire et par fonction a été obtenue en utilisant les proportions d'utilisation des services de santé et les proportions des dépenses de santé des ménages par fonction (voir tableaux 2.2 et 2.3) calculées par ELEP 2007

⁸ Dépenses de santé à population inchangé.

⁹ Dépenses de santé à population inchangé.

¹⁰ Dépenses de santé à population proportionnelle à la population..

Tableau 2. 2 : proportions d'utilisation des ménages par services de santé

Prestataires	Proportion (en %)
Poste de Santé	20,9
Centre de Santé	35,1
Hôpital Préf./ Centre Méd. Communal	13,2
Hôpital Régional/ CHU	7,9
Dispensaire / Clinique Privée	8,3
Médecin/ Dentiste Privé	0,5
CS/ Infirmerie Privée	2,1
Pharmacie/ Pharmacien	1,3
Guérisseur traditionnel/ Marabout	8,6
Autre	2,1
Ensemble	100

Source : ELEP 2007.

Tableau 2. 3 : Proportions des dépenses de santé des ménages par type de service

Type de service	Dépenses de santé (Milliards de FG)	Pourcentage
Consultations médicales	42,10	6,4%
Frais de soins	30,50	4,7%
Achat de médicaments modernes	500,00	76,5%
Consult. et frais soins tradi-pr	15,50	2,4%
Achat de médicaments traditionnels	38,70	5,9%
Radiol. échogr., scanner, exam.	9,80	1,5%
Matériel thérapeutique	0,00	0,0%
Hospitalisation	16,80	2,6%
Frais de vaccination	0,00	0,0%
Total	653,41	100%

Source : ELEP 2007.

2.3.2 CODIFICATION ET ANALYSE DES DONNEES

Avec l'appui de l'OMS, un consultant international¹¹ a été recruté pour appuyer l'équipe de CNS dans la codification des données. Grâce à ce consultant, toutes les quatre entités des CNS ont été codifiées selon les réalités guinéennes. A savoir, les sources de financement, les agents de financement, les prestataires et les fonctions (voir l'annexe). Cette codification a été faite selon le CHA 2003.

Le traitement des données a été effectué avec plusieurs logiciels spécialisés : CSpro/STATA/SPSS/Access/Excel. Il a consisté en trois principales étapes ci-après :

- a) Vérification et codification des questionnaires : après les travaux de terrain, les questionnaires seront envoyés à Conakry pour enregistrement, codification et vérification supplémentaire avant la saisie. Huit (8) agents ont été commis à cette tâche ;

- b) La saisie des données a été effectuée par une équipe de dix (10) opérateurs supervisés par deux chefs d'équipe pendant 10 jours ;

- c) Edition des données : elle a porté sur les contrôles de vraisemblance d'étendue et de cohérence interne. Toutes les erreurs détectées pendant la procédure d'édition ont été corrigées. Une fois les corrections achevées, les données ont été produites sous forme de tableaux qui ont été analysés par la suite.

Toutes les opérations de traitement des données ont été menées sous la responsabilité d'un informaticien de l'Institut National de la Statistique (INS) qui a été recruté à cet effet.

Comme indiqué plus haut, plusieurs logiciels ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données. Tout d'abord, les données collectées via les questionnaires ont été saisies en CSpro puis transférées en SPSS/STATA pour des tests de cohérence avant d'être exportées vers Microsoft Access puis en Excel. Sous Excel, le fichier des données a été organisé autour de plusieurs feuilles dont la principale contient les enregistrements de toutes les données codifiées en langage CNS.

Pour des besoins pratiques de cohérence, les données ont été codifiées par source de données, appelées ici « familles¹² », suivant les techniques d'estimation des dépenses spécifiques dans la table d'enregistrement (voir la figure 2.3). Ensuite, toutes les « familles » de données ont été compilées pour l'analyse et la production des tableaux CNS.

Pour respecter les identités de l'équation (5), les tableaux CNS ont été produits à partir d'une base des données matricielle dans laquelle il a été associé à chaque dépense de santé :

- une source de financement ;

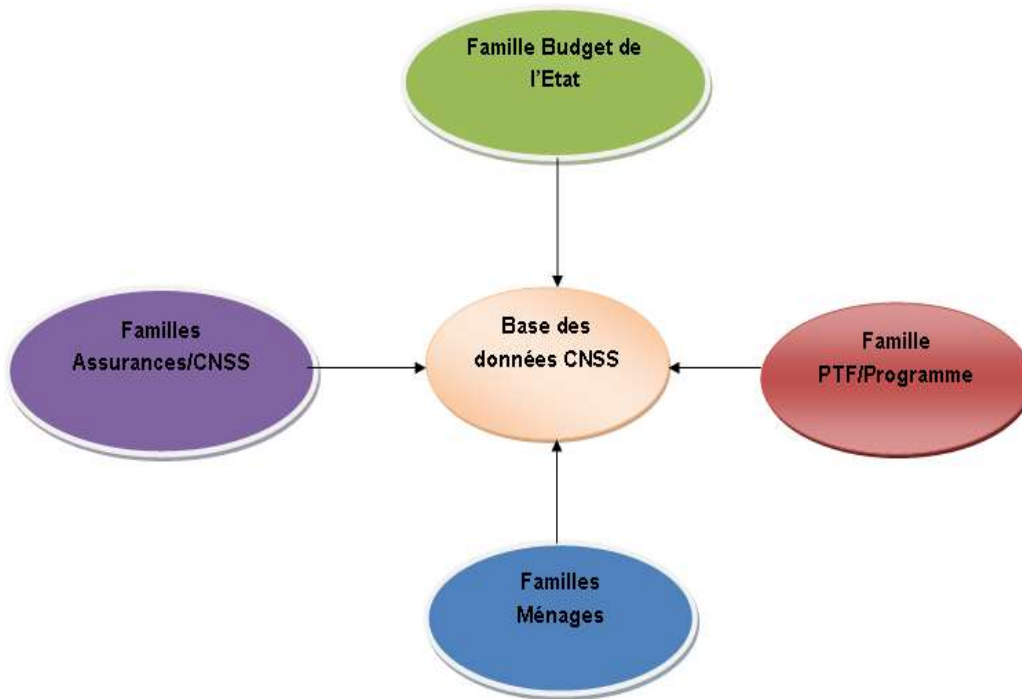
- un agent de financement ;

¹¹ Il s'agit de Moussa Bizo de l'OMS Niger.

¹² Ici on préfère parler de « famille » des données plutôt que de sources des données pour éviter la confusion avec l'entité source de financement.

- un prestataire ;
- une fonction.

Figure 2. 3 : Famille de données pour l'organisation des données sous Excel



Schématiquement, soit k indiquant une des quatre entités des CNS (source de financement, agent de financement, prestataire ou fonction), soient n_k le nombre de classes¹³ de l'entité k , m_{kj} le nombre de modalité de la classe j ($j=1$ à n_k) de l'entité k et i ($i=1$ à m_{kj}) une des modalités de la classe j de l'entité k , alors selon les identités de l'équations (5) si ds_{kji} sont les dépenses de santé de la modalité i de la sous classe j de l'entité k on a :

$\forall k, q \in \langle sources, agent, prestataire, fonction \rangle$

$$\sum_{i=1}^{n_k} \sum_{i=1}^{m_{kj}} ds_{kji} = \sum_{i=1}^{n_q} \sum_{i=1}^{m_{qj}} ds_{qji} \quad (9)$$

¹³ On pouvait aussi compliquer en ajoutant les sous classes d'une classe données

Par exemple si on prend k = sources de financement et q = agents de financement l'équation (9) signifie que :

La somme de toutes les dépenses de santé financées par toutes les sources de financement est égale à la somme de toutes les dépenses de santé mobilisées par tous les agents de financement pour un exercice (année) et un pays donné. (9a)

De même si k = agents de financement et q = prestataires alors l'équation (9) signifie que

La somme de toutes les dépenses de santé dépensées par tous les agents de financement est égale à la somme de toutes les recettes de tous les prestataires de santé pour un exercice (année) et un pays donné. (9b)

De même si k = agents de financement et q = fonctions alors l'équation (9) signifie que :

La somme de toutes les dépenses de santé dépensées par tous les agents de financement est égale à la somme des valeurs de toutes les fonctions (services) de santé pour un exercice (année) et un pays donné. (9c)

De même si k = prestataires et q = fonctions alors l'équation (9) signifie que

La somme de toutes les recettes de tous les prestataires de santé est égale à la somme des valeurs des toutes les fonctions (services) de santé pour un exercice (année) et un pays donné. (9d)

Pour plus de compréhension, on présente ici un extrait de la base des données qui permet d'avoir ces équilibres. Dans laquelle on a :

- FS = sources de financement ;
- HF = agents de financement ;
- HP = prestataires ;
- HC = fonctions
- VI est le montant initial ;
- VF est le montant final correspondant aux dépenses de santé utilisées dans les calculs ;
- Activ indique si la dépense est prise en compte (1) ou pas (2) dans l'estimation des dépenses de santé.

Tableau : Un extrait de la base des données CNS 2010

Année	FS	HF	HP	HC	VI	P1	P2	VF	Activ
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.1.2	HP.1.1.1.1.3	HC.7.1.1	15 515 764	1	1	15 515 764	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.3.4.5.1.1	HC.7.1.1	600 000	1	1	600 000	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.3.4.5.1.1	HC.7.1.1	19 367 600	1	1	19 367 600	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.5.1	HC.7.1.1	2 770 000	1	1	2 770 000	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.3.4.5.1.1	HC.7.1.1	5 278 580	1	1	5 278 580	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.3.4.5.1.1	HC.7.1.1	27 420 000	1	1	27 420 000	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.1.1.1.1.3	HC.7.1.1	10 000 000	1	1	10 000 000	1
2010	FS.3.1.2	HF.3.1.2	HP.1.1.2.1	HC.nsk.	11 537 746 411	1	1	11 537 746 411	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.5.1	HC.7.1.1	66 079 000	1	1	66 079 000	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.5.1	HCR.1	31 941 500	1	1	31 941 500	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.5.1	HCR.1	111 386 100	1	1	111 386 100	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.5.1	HCR.1	18 790 200	1	1	18 790 200	1
2010	FS.1.1.2	HF.1.1.3	HP.3.4.5.1.1	HCR.1	46 283 000	1	1	46 283 000	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.3.4.5.1.1	HCR.1	19 859 000	1	1	19 859 000	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.3.4.5.1.1	HCR.1	25 412 000	1	1	25 412 000	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.3.4.5.1.1	HCR.1	246 408 499	1	1	246 408 499	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.3.4.5.1.1	HC.7.1.1	117 300 000	1	1	117 300 000	1
2010	FS.3.2	HF.1.1.3	HP.5.1	HC.7.1.1	4 800 000	1	1	4 800 000	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.3.4.5.1.1	HC.6.1	131 822 000	1	1	131 822 000	1
2010	FS.3.2	HF.3.2	HP.3.4.5.1.1	HC.5.1.2	50 026 250	1	1	50 026 250	1

2.4 MONNAIE ET TAUX DE CHANGE UTILISES

Les dépenses de santé 2010 de la Guinée sont exprimées en monnaie nationale, c'est-à-dire en Franc Guinéen (FG). Toutefois, pour des besoins de comparaison, on sera amené parfois à donner l'équivalent en dollar américain de certains indicateurs des CNS. Pour cela, le taux de change utilisé est de 1 USD = 5 987,8 FG donné par le cadre macro-économique 2011 de la Direction Nationale du Plan.

Notons aussi, que certaines données des PTF sont exprimées en dollar avec un taux de change différent du taux officiel, dans ce cas, ces dépenses ont été converties en FG au taux de change des PTF puis converties en dollar au taux de change officiel. Le même principe s'applique lorsque les dépenses des partenaires sont exprimées en euro avec 1 euro = 7 558,33 FG (cadre macro-économique 2011).

2.5 LIMITES DE L'ETUDE

Comme tout premier exercice des CNS, cette étude a plusieurs limites dont entre autres :

- Les dépenses des ménages sont estimées à partir des données de l'ELEP¹⁴ 2007 car pendant l'élaboration des CNS 2010, une enquête ménage n'a pas été organisée ;
- L'ELEP n'a pas donné les dépenses des ménages ni par malade/maladie ni par prestataire ;
- Au niveau des prestataires (hôpitaux/CS) et des sociétés d'assurance il y a une difficulté à répartir les dépenses entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires ;
- Les états des structures (prestataires) de santé ne donnent pas des dépenses de santé désagrégées par pathologie ;
- Les données des Mutuelles n'ont pas pu être collectées ;
- Au niveau des partenaires techniques et financiers de l'Etat, les dépenses de santé de leurs personnels administratifs n'ont pas été collectées. De plus, certaines dépenses des PTF ne sont pas totalement désagrégées ni par agence ni par fonction des CNS ;
- Il y a des différences entre les dépenses de santé déclarées par les PTF et celles déclarées par les programmes/projets et prestataires ;
- Les paiements effectués par les PTF à la demande du MSHP sont considérés comme réalisés par le MSHP.

¹⁴ On pouvait utiliser les données de l'ELEP 2012, mais les données détaillées de cette enquête ne sont pas encore publiées.

III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE (CNS) 2010

Nous présentons ici les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus en appliquant la méthodologie décrite pour la collecte et l'analyse des données. Vu le nombre d'indicateurs, de la dimension d'analyse possible, de la complexité et du volume des données collectées, les résultats seront présentés en allant du général au particulier. C'est-à-dire des indicateurs synthétiques aux indicateurs détaillés par dimension d'analyse. Ainsi, plus on avance dans l'analyse, plus on détaillera les informations pour les décideurs politiques.

En effet, bien que les décideurs désirent et ont besoin d'informations assez détaillées sur les diverses fonctions des soins de santé financés dans le pays, ils désirent et ont également besoin de données d'ensemble. Ces données d'ensemble fournissent une image instantanée de la taille et de la croissance du système de santé. Elles offrent également un cadre pour réfléchir aux catégories plus détaillées de dépenses. Il est donc important de commencer la présentation des résultats par des agrégats synthétiques et de terminer par les détails.

3.1 VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Comme indiqué dans la section méthodologies, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) permettent de déterminer trois niveaux de financement des dépenses de santé sous forme d'agrégats. Cette sous section vise à présenter ces indicateurs agrégés pour le pays en 2010.

3.1.1 LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE (DNS)

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 (DNS) en Guinée pour l'année 2010 était de 1 692,2 milliards de francs guinéens, soit 282,6 millions de dollars américains (\$ US) au taux de change de 1 \$ US = 5987,8 FG.

En rapportant ce montant à la population guinéenne en 2010 (10 532 065), on trouve une Dépense Nationale de Santé par tête de l'ordre de 26,8 \$ US ce qui est en dessous du niveau fixé par la commission macroéconomie et santé de l'OMS. En effet, Dans un de ses rapports¹⁵, 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 6,25% du Produit Intérieur Brut (PIB) et du 20,92% du budget¹⁶ de l'Etat en 2010 (tableau 3.1), semble être sous-

¹⁵ Macro économie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique ; décembre 2001

¹⁶ Dépenses budgétaires engagées

estimée dans la mesure où, pour des raisons diverses, toutes les dépenses de santé n'ont pas pu être collectées pour ce premier 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 pour 2010.

Tableau 3. 1 : Proportion des dépenses nationales de santé (DNS) dans certains agrégats en 2010

Agrégat	Valeur en FG (milliards FG)	Valeur en USD (en million)	Ratio/Proportion : DNS/Agrégat
PIB	27 081,62	4 522,80	6,25%
Budget global de l'Etat			
Prévision	8 982,95	1 500,21	18,84%
Engagement	8 089,61	1 351,01	20,92%
Budget de l'Etat pour le MSHP			
Prévision	139,79	23,35	12,11
Engagement	123,04	20,55	13,75
Dépense Nationale de Santé (DNS)	1 692,18	282,60	

3.1.2 LA DEPENSE TOTALE ACTUELLE POUR LA SANTE (DTAS)

La DTAS a été estimée à 1 479,10 milliards FG en 2010, soit 247,02 millions de dollars américains. Elle représente 87,41% des DNS (1 692,18 milliards FG).

3.1.3 LA DEPENSE TOTALE POUR LA SANTE (DTS)

La DTS a été estimée à 1 597,93 milliards FG en 2010, soit 266,86 millions de dollars américains. Elle représente 94,43% des DNS (1 692,18 milliards FG).

3.1.4 AGREGATS DES DEPENSES DE SANTE SELON L'OCDE POUR DES COMPARAISONS INTERNATIONALES

En plus des agrégats des dépenses de santé qu'on vient de présenter, nous présentons ici certains agrégats définis par l'OCDE. En effet, dans son manuel du SCS, l'OCDE propose trois mesures de dépenses de santé à utiliser pour des comparaisons internationales:

- *La dépense totale en soins de santé individuels* : c'est la somme des dépenses classées sous les catégories HC.1 à HC.5 et qui couvre les dépenses de biens et

services administrés pour les soins d'un individu spécifique (à distinguer des services collectifs ou de santé publique).

- *La dépense courante totale de santé (DCTS)* : cette mesure est la somme des dépenses classées sous les catégories HC.1 à HC.7. Elle inclut donc la dépense de soins de santé individuels définie ci-dessus, plus les dépenses en services de santé collectifs ainsi que les opérations des agents de financement du système.
- *La dépense totale de santé (DTS)*. Cet agrégat inclut la DCTS plus la formation de capital des établissements prestataires de soins (HC.R.1).
- En plus de la DCTS et DTS, le manuel de SCS encourage les pays à estimer les autres éléments de dépenses sanitaires connexes (catégories HC.R.2 à HC.R.7), et à présenter ces derniers en tant que "postes pour mémoire".

Notons que ces définitions sont légèrement différentes de celles que nous avons adoptées dans la section méthodologie. Toutefois, ces agrégats de l'OCDE peuvent être calculés plus facilement à partir du tableau 3.6 sur les «**Dépenses de santé par fonction** » (certains agrégats tels que HC.R.2 à HC.R.7 y sont déjà calculés).

Tableau 3. 2 : Agrégats des dépenses de santé selon l'OCDE pour des comparaisons internationales et les agrégats nationaux.

Agrégats des dépenses de santé	Pourcentage		
	Dépenses de santé (en Milliards de FG)	Dépenses de santé en millions de US \$	
Agrégats l'OCDE			
La dépense totale en soins de santé individuels (HC.1 à HC.5)	1 369,95	228,79	83,0%
La dépense courante totale de santé (DCTS : HC.1 à HC.7) :	1 532,18	255,88	92,8%
<i>La dépense totale de santé (DTS= (DCTS + HC.R.1).</i>	1 651,01	275,73	100,0%
Agrégats nationaux			
DTAS (HC1-HC6)	1 479,10	247,02	87,41%
DTS (DTAS+HCH.1)	1 597,93	266,86	94,43%
DNS	1 692,18	282,60	100,00%

Dans ce tableau, on constate que malgré des différences dans les définitions des agrégats des dépenses de santé entre l'OCDE et nous, l'écart entre les indicateurs similaires ne sont pas aussi importants. Par exemple, l'écart entre DNS et DTS est de 6,88 millions de dollars américains, soit un écart relatif de 2,4%. De même, les écarts absolu et relatif entre DTAS et DTCS sont respectivement de 10,98 millions de dollars américains et de 4,1%.

Pour la suite, *on n'utilisera que la DNS pour les différentes analyses, dans le cas échéant on précisera l'agrégat utilisé.*

3.2 DEPENSES DE SANTE PAR ENTITE DES CNS

Ici on présente la Dépense Nationale de Santé (DNS) successivement par sources de financement, agents de financement, prestataires et par fonctions à fin de répondre aux premiers besoins des décideurs sur les origines, mobilisations des dépenses de santé d'une part, et sur les prestataires et les services de santé qui ont fait l'objet de ces dépenses de santé, d'autres part. Comme on le voit, cette analyse est unidimensionnelle (pas de croisement entre les différentes entités des CNS). Elle a pour but de donner la répartition des DNS pour les différentes sous classes d'une entité donnée. Cette distribution des dépenses de santé sera présentée essentiellement sous forme de tableaux.

Comme indiqué plus haut, le premier objectif des tableaux des CNS consiste à présenter les estimations des dépenses nationales de santé de manière à ce qu'elles soient utiles aux décideurs. Les tableaux exposés ici peuvent être liés à des questions politiques fondamentales, telles que :

- Comment les ressources destinées à la santé et aux soins médicaux sont-elles mobilisées?
- Qui débourse l'argent, qui fournit l'argent à déboursier, et comment?
- Comment les ressources sont-elles organisées et gérées?
- Quels sont les biens et services fournis et qui les propose?
- Qui utilise ces biens et ces services?

3.2.1 SOURCES DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Cette sous section permet de répondre à la question suivante : quels sont ceux qui ont financé les dépenses de santé en Guinée en 2010 et dans quelle proportion ?

Le tableau ci-dessous permet de répondre à cette question. En effet, il montre qu'il existe trois principales sources de financement des CNS : le Secteur privé (fond privés), le Reste du monde et l'Etat (fonds publics).

Tableau 3. 3 : Dépenses de santé par sources de financement

Sources de financement	Dépenses de santé (en Milliard de FG)	Pourcentage
Fonds Publics	148,71	8,8%
Fonds de l'administration centrale	145,68	8,6%
Fonds des collectivités territoriales / locales	3,03	0,2%
Fonds privés	1 087,65	64,3%
Fonds des Employeurs/ Entreprises	32,35	1,9%
Ménages	1 052,63	62,2%
Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages	2,68	0,2%
Reste du Monde	455,81	26,9%
Coopération bilatérale	44,91	2,7%
Coopération multilatérale	303,15	17,9%
Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales	106,80	6,3%
Fonds des ressortissants du pays à l'étranger	0,96	0,1%
Total	1 692,18	100,0%

On y constate que la première source de financement des dépenses de santé en 2010 est le secteur privé, avec 64,3% des dépenses dont 62,2% proviennent des paiements directs des ménages (paiements catastrophiques). Avec 26,9% des dépenses de santé, le Reste du monde est la seconde source de financement des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales. Enfin, l'Etat est la troisième source de financement de la santé, il ne finance que 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent de l'administration centrale.

3.2.2 AGENTS DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Après avoir déterminé les sources de financement des dépenses de santé en 2010, une des questions qu'on a le droit de se poser est la suivante : quels sont ceux qui ont mobilisé ces fonds et dans quelle proportion ?

C'est le but de cette sous section et la réponse à la question posée est donnée par le tableau ci-dessous

Tableau 3. 4 : Dépenses de santé par agent de financement

Agents de financement	Dépenses de santé (en Milliard de FG)	Pourcentage
Secteur public	556,76	32,9%
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP)	487,71	28,8%
Autres ministères et institutions d'Etat	22,65	1,3%
Collectivités territoriales/ locales	21,82	1,3%
Caisse et Institut National de Sécurité Sociale	24,58	1,5%
Secteur privé	1 060,42	62,7%
Assurances sociales privées	2,77	0,2%
Sociétés d'assurances privées (individuelles volontaires)	5,00	0,3%
Versements directs des ménages	1 052,63	62,2%
ONG nationales	0,02	0,0%
Reste du Monde	75,01	4,4%
Coopération bilatérale	2,79	0,2%
Coopération multilatérale	12,88	0,8%
ONG, Fondation et firmes internationales	59,34	3,5%
Total	1 692,18	100,0%

Ce tableau montre que les ménages, par leurs paiements directs (62,2%), sont les premiers agents qui mobilisent des fonds pour payer les services de santé auprès des prestataires, conduisant ainsi à des paiements directs catastrophiques avec toutes ses conséquences pour le système de santé. Ils sont suivis respectivement par l'Etat (32,9% dont 28,8% pour le MSHP) et les ONG, Fondation et firmes internationales (3,5%). On note aussi un taux faible des sociétés d'assurance privées (0,5%) et de la CNSS (1,5%) et des ONG nationales (0,00%).

Ainsi, malgré que l'Etat contribue peu au financement de la santé (8,8%), il est le deuxième 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 les PTF, l'ont été au nom de l'Etat et à sa demande, ce qui est parfois difficile à établir.

Après l'analyse des dépenses de santé par sources et agents de financement, on peut retenir que :

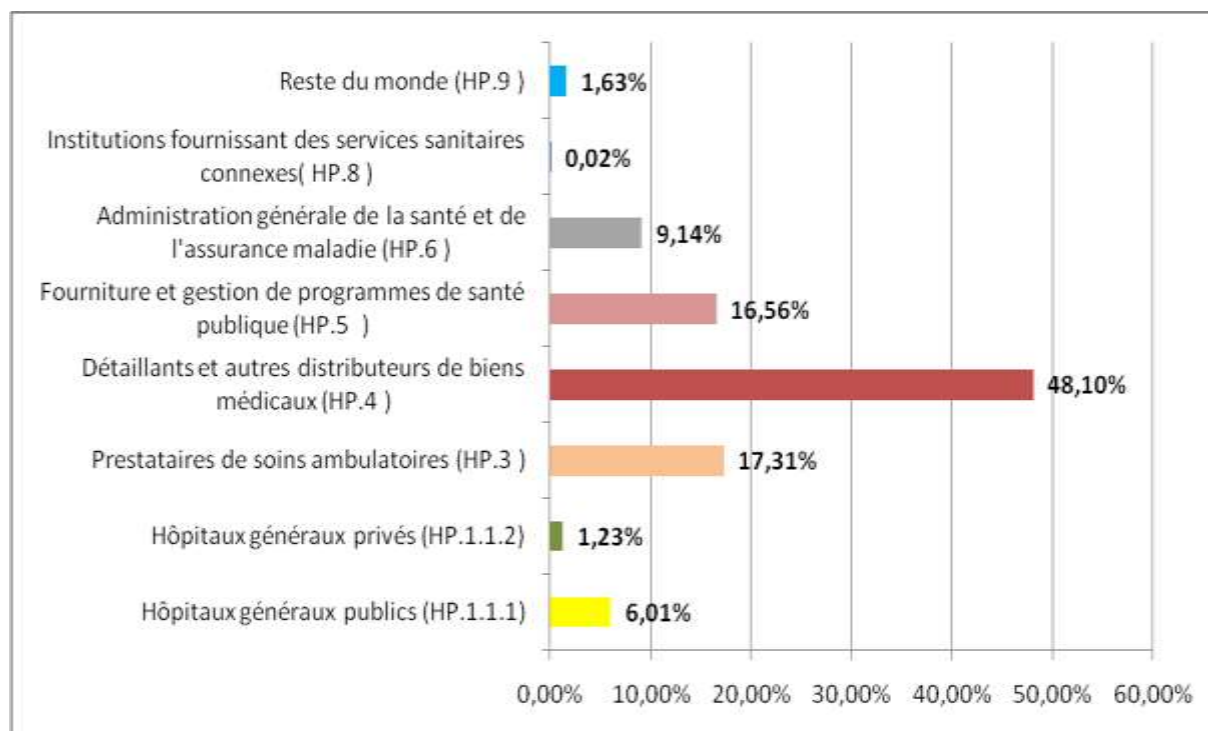
- ✓ *si dans une économie libérale, chacun doit payer le prix des services qu'il demande, il n'est pas efficace, dans le cadre de la santé, que cela soit fait essentiellement par les paiements directs des ménages, car une telle solution peut conduire à la catastrophe non seulement pour les plus pauvres qui vivent du jour au jour, mais aussi pour l'ensemble du système de santé;*
- ✓ *même si les fonds propres de l'Etat sont faibles (8,8%), il reste, après les ménages, le deuxième payeur des services de santé au détriment des sociétés d'assurance et des mutuelles;*
- ✓ *les dépenses de santé en Guinée restent dépendantes des financements extérieurs, ce qui pourrait poser un problème de leur soutenabilité à termes.*

3.2.3 PRESTATAIRES

Pour les décideurs connaître les sources et les agents de financement n'est pas suffisant pour prendre des décisions éclairées, ils ont besoin aussi de savoir les paiements ont été faits auprès de quels prestataires et quelle est la distribution des ces paiements par prestataire ? Cette sous section vise à répondre à cette interrogation.

La figure 3.1 et le tableau 3.5 donnent la distribution des dépenses de santé par prestataire.

Figure 3. 1 : Dépenses de santé par prestataires



Sur la figure 3.1 et le tableau 3.5, on constate que :

- les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4) sont les premiers (48,10%) types de prestataires qui ont offert les services de santé marchands en 2010, dont 47,6% pour les autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux (HP.4.9).
- Avec 17,8% des dépenses de santé, les prestataires de soins ambulatoires (HP.3) viennent en deuxième position, dont 9,49% pour les Centres de soins ambulatoires du Ministère de la Santé (HP.3.4.5.1.1) et 5,75% pour les Tradipraticiens (HP.3.9.3.1)
- le troisième type de prestataires est constitué des fournisseurs et de gestion des programmes de santé publique (HP.6) avec 16,56% des dépenses de santé, dont 8% pour le programme PEV, suivi respectivement par le programme de lutte contre le paludisme (4,37%) et le Programme de lutte contre le VIH/SIDA (HP.5.5) ;
- le quatrième de type de prestataire en termes d'importation des dépenses de santé est l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6), avec 9,14%, dont 7,02% pour l'administration générale du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, et 1,37% pour l'administration des régimes de sécurité sociale (HP.6.2) ;
- les hôpitaux avec 7,24% des dépenses de santé se placent en cinquième position dont 6,01% pour les hôpitaux publics (HP.1.1.1) et 1,23% pour les hôpitaux privés (HP.1.1.2).

Tableau 3. 5 : Dépenses de santé par prestataire

Prestataires	Dépenses de santé (en milliards de FG)	Pourcentage
Hôpitaux (HP1)	122,54	7,24%
Hôpitaux généraux publics (HP.1.1.1)	101,75	6,01%
Hôpitaux nationaux / universitaires (HP.1.1.1.1.1)	25,31	1,50%
Hôpitaux régionaux (HP.1.1.1.1.2)	6,51	0,38%
Hôpitaux de district ou de zone (HP.1.1.1.1.3)	69,93	4,13%
Hôpitaux généraux privés (HP.1.1.2)	20,79	1,23%
Hôpitaux généraux privés à but lucratif (clinique privée) (HP.1.1.2.1)	20,74	1,23%
Hôpitaux généraux privés à but non lucratif (HP.1.1.2.2)	0,05	0,00%
Prestataires de soins ambulatoires (HP.3)	292,87	17,31%
Cabinets privés de médecins (HP.3.1)	13,59	0,80%
Cabinets privés de dentistes (HP.3.2)	0,58	0,03%

Centres de soins ambulatoires du Ministère de la Santé (HP.3.4.5.1.1)	160,62	9,49%
Centres de soins ambulatoires privés (HP.3.4.5.2)	2,46	0,15%
Laboratoires d'analyses médicales publics (HP.3.5.1.1)	9,07	0,54%
Laboratoires d'analyses médicales privés (HP.3.5.1.2)	3,56	0,21%
Centres d'imagerie médicale publics (HP.3.5.2.1)	2,27	0,13%
Centres d'imagerie médicale privés (HP.3.5.2.2)	0,89	0,05%
Tradipraticiens (HP.3.9.3.1)	97,37	5,75%
Autres services de soins ambulatoires (HP.3.9.9)	2,46	0,15%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)	814,02	48,10%
Officines (HP.4.1.1)	8,53	0,50%
Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux (HP.4.9)	805,49	47,60%
Fourniture et gestion de programmes de santé publique (HP.5)	280,16	16,56%
Programme PEV (HP.5.1)	135,59	8,01%
Programme de maternité sans risque (HP.5.2)	16,57	0,98%
Programme de lutte contre le paludisme (HP.5.3)	73,98	4,37%
Programme de lutte contre la tuberculose (HP.5.4)	4,46	0,26%
Programme de lutte contre le VIH/SIDA (HP.5.5)	49,55	2,93%
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6)	154,64	9,14%
Autres programmes de santé publique (HP.5.6)	10,64	0,63%
Ministère de la santé (HP.6.1.1)	118,86	7,02%
Autres Ministères (HP.6.1.2)	2,01	0,12%
Administration des régimes de sécurité sociale (HP.6.2)	23,13	1,37%
Institutions fournissant des services sanitaires connexes(HP.8)	0,38	0,02%
Institutions de recherche (HP.8.1)	0,07	0,00%
Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (ex: contrôle de qualité; hygiène du milieu) (HP.8.3)	0,32	0,02%

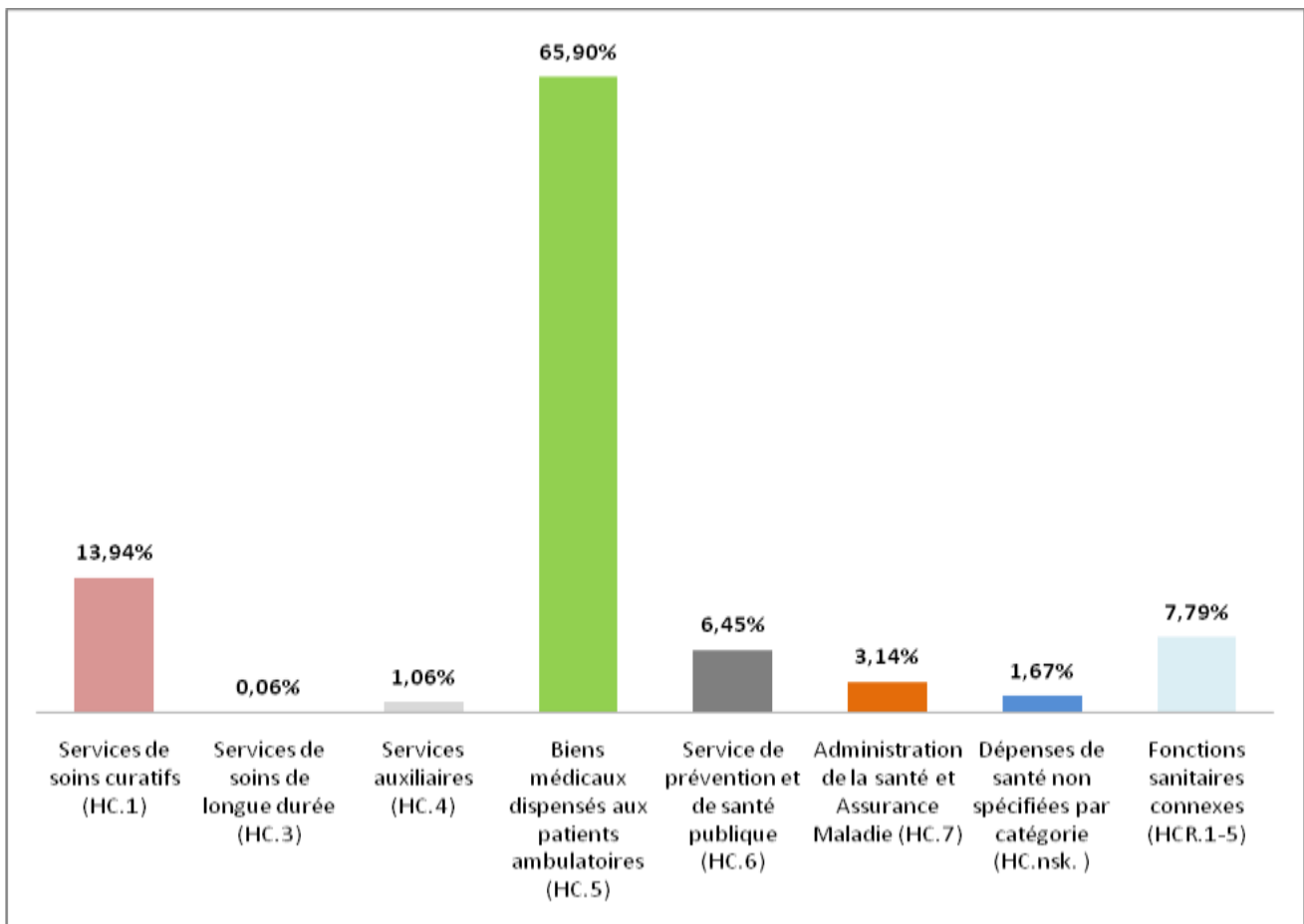
Reste du monde (HP.9)	27,57	1,63%
Structures de santé de l'étranger (Evacuations sanitaires) (HP.9.1)	27,57	1,63%
Total	1 692,18	100,0%

3.2.4 FONCTIONS

Après avoir examiné les dépenses de santé par source de financement, par agent de financement et par prestataire, il reste à analyser ces dépenses par fonction. Ceci est très important pour les décideurs politiques, car la connaissance de la distribution des dépenses par service de santé est indispensable pour le ciblage des programmes de santé. La question centrale qu'on se pose est la suivante : quels sont les services de santé qui ont fait l'objet de ces dépenses et quelle est leur distribution ? C'est le but de cette dernière sous section, elle vise à répondre à la question posée.

La figure 3.2 et le tableau 3.6 donnent la distribution des dépenses de santé par fonction

Figure 3. 2 : distribution des dépenses de santé par fonction



De l'analyse de la figure 3.2 et du tableau 3.6, on peut retenir plusieurs informations capitales pour les décideurs :

- VI) en 2010, l'achat des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) est de loin le premier poste des dépenses de santé (65,9%), dont 47,6% pour les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1), 13,63% pour l'achat

- d'autres biens médicaux non durables (HC.5.1.3), 3,4% pour l'achat d'autres biens médicaux durables (HC.5.2.9 et seulement 1,23% pour les médicaments délivrés sur ordonnance (HC.5.1.1) ;
- VII) le deuxième type de services de santé en termes d'importance des dépenses est constitué par les services de soins curatifs (HC.1), avec 13,94% des dépenses, dont 6,93% pour les autres soins curatifs ambulatoires (HC.1.3.9) et 5,51% pour les soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif) (HC.1.1) ;
- VIII) avec 7,79% de dépenses, les fonctions sanitaires connexes (HCR.1-5) viennent en troisième position, dont 7,02% pour la formation du capital des établissements prestataires de soins de santé (HCR.1) ;
- IX) les services de prévention et de santé publique (HC.6) occupent la quatrième place, avec 6,45% des dépenses, dont 3,63% et 2,36% respectivement pour le VIH/SIDA (HC.6.3.3) et pour le Paludisme (HC.6.3.1) ;
- X) le poste administration de la santé et Assurance Maladie (HC.7) vient en cinquième position, avec 3,14% des dépenses réparties en 1,88% pour l'administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale (HC.7.1.1) et 1,25% pour les activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale (HC.7.1.2)

Tableau 3. 6 : Dépenses de santé par fonction

Fonctions	Dépenses de santé (en Milliards de FG)	Pourcentage
Services de soins curatifs (HC.1)	235,97	13,94%
Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif) (HC.1.1)	93,16	5,51%
Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	25,55	1,51%
Autres soins curatifs ambulatoires (HC.1.3.9)	117,26	6,93%
Services de soins de longue durée (HC.3)	0,98	0,06%
Soins de longue durée en hospitalisation de jour (HC.3.2)	0,98	0,06%
Services auxiliaires (HC.4)	17,94	1,06%
Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes (HC.4.1)	12,63	0,75%
Imagerie diagnostic pour patients externes (HC.4.2)	3,16	0,19%
Transport sanitaire (HC.4.3)	2,15	0,13%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)	1 115,07	65,90%
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1)	805,49	47,60%
Médicaments délivrés sur ordonnance (HC.5.1.1)	20,87	1,23%

Médicaments en vente libre (HC.5.1.2)	0,60	0,04%
Autres biens médicaux non durables (HC.5.1.3)	230,72	13,63%
Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables (HC.5.2)	0,00	0,00%
Appareils orthopédiques et autres prothèses (HC.5.2.2)	0,12	0,01%
Appareils médicaux-techniques, y compris fauteuils roulants (HC.5.2.4)	0,01	0,00%
Autres biens médicaux durables (HC.5.2.9)	57,27	3,38%
Service de prévention et de santé publique (HC.6)	109,15	6,45%
Service de santé maternelle et infantile (service de planning familial, consultation, nourrissons) (HC.6.1)	6,70	0,40%
Paludisme (HC.6.3.1)	39,94	2,36%
VIH/SIDA (HC.6.3.3)	61,49	3,63%
Services de promotion de la santé (HC.6.6)	0,81	0,05%
Autres services de santé publique (HC.6.9)	0,21	0,01%
Administration de la santé et Assurance Maladie (HC.7)	53,08	3,14%
Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale (HC.7.1.1)	31,89	1,88%
Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale (HC.7.1.2)	21,19	1,25%
Dépenses de santé non spécifiées par catégorie (HC.nsk.)	28,25	1,67%
Dépenses de santé non spécifiées par catégorie (HC.nsk.)	28,25	1,67%
Fonctions sanitaires connexes (HCR.1-5)	131,74	7,79%
Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé (HCR.1)	118,82	7,02%
Education et formation du personnel de santé (HCR.2)	10,29	0,61%
Recherche et développement dans le domaine de la santé (HCR.3)	0,56	0,03%
Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable) (HCR.4)	2,06	0,12%
Hygiène du milieu (HCR.5)	0,011	0,00%
Total	1 692,180	100,00%

3.3 DEPENSES DE SANTE PAR CROISEMENT DE DEUX ENTITES DES CNS

L'analyse que nous venons de faire est intéressante, mais elle est limitée car elle ne permet pas de voir les interrelations entre les entités. Or les décideurs politiques ont souvent besoin de savoir comment les dépenses de santé se répartissent entre deux entités ?. Pour répondre cette question des décideurs il faut croiser les entités, en d'autres termes il faut une analyse bidimensionnelle. C'est l'objet de cette section. Elle permet de répondre à un certain nombre de questions des décideurs dans le financement du système de santé :

- qui finance qui ?
- qui fait quoi ?
- qui paie quoi ?
- d'où vient l'argent ?

Pour répondre à ces quatre questions importantes des décideurs le Guide d'élaboration des CNS propose quatre tableaux principaux des CNS :

- Dépenses de santé par type d'agent de financement et par type de prestataire (FAxP);
- Dépenses de santé par source de financement et par type d'agent de financement (FSxFA);
- Dépenses de santé par type de prestataire et par type de fonction (PxF);
- Dépenses de santé par type d'agent de financement et par type de fonction (FAxF).

3.3.1 DEPENSES DE SANTE PAR TYPE D'AGENT DE FINANCEMENT ET PAR TYPE DE PRESTATAIRE

Le tableau 3.7 donnant les dépenses de santé par agent de financement et par prestataire (FAxP) présente les flux de financement vers les différents types de prestataires de santé provenant de divers agents de financement. Il répond à la question "qui finance qui" dans le système de santé, comme par exemple quels payeurs ou quels acheteurs soutiennent quels prestataires dans le système.

En croisant les prestataires et les agents de financement, ce tableau permet deux types d'analyses. Tout d'abord pour un prestataire donné analyser ses relations avec l'ensemble des agents de financement en terme des dépenses de santé. Ensuite, pour un agent de financement donné, identifier les prestataires auprès desquels il a acheté des services de santé en d'autres termes déterminer les prestataires qui financent.

De ces deux types d'analyse on peut retenir plusieurs informations :

Premièrement : les prestataires qui fournissent directement des services marchands, à savoir, les Hôpitaux, les centres des soins ambulatoires, les laboratoires, les Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux, dont les pharmacies (officines) sont financés essentiellement par les paiements directs des ménages. Par exemple, pour une recette globale de 122,54 milliards de

francs guinéens que les hôpitaux ont réalisé en offrant les services de soins en 2010, les agents de financement du secteur privé ont acheté ces soins pour une valeur de 52,64 milliards de francs guinéens, dont 47,86 milliards de francs guinéens par les paiements directs des ménages, soit 39,06% des dépenses des agents de financement vers les hôpitaux. Le deuxième agent de financement des hôpitaux est le reste du monde dont les dépenses de santé s'élèvent à 35,76%, soit 29,18% des dépenses. Enfin, le secteur public est le troisième agent de financement des hôpitaux, avec 34,14 milliards de francs guinéens dont 28,42 milliards de francs guinéens pour le MSHP. De même, les prestataires des soins ambulatoires sont financés premièrement par les paiements directs des ménages (67,52%) suivi du secteur public (24,04%) dont le MSHP (16,86%). Le paiement du MSHP est fait principalement par le remboursement des frais médicaux.

Deuxièmement, les prestataires fournisseurs des services de prévention ont pour principal agent de financement l'Etat plus spécifiquement le MSHP. Par exemple, pour les 290,8 milliards de francs guinéens utilisés dans la fourniture et la gestion de programmes de santé publique en 2010, 290,57 milliards ont été mobilisés par l'Etat, dont 290,35 milliards par le MSHP, soit 99,84% et 0,22 milliard pour les collectivités locales contre seulement 0,23 milliards pour le reste du monde.

Troisièmement, comme on l'a déjà vu plus haut, les principaux agents de financement de santé en 2010 sont respectivement les ménages (62,21%), MSHP (28,88%) puis le reste du monde (4,43%). Ce taux faible du reste du monde s'explique par le fait qu'on a supposé que les dépenses réalisées par le reste du monde au nom de l'Etat (MSHP) et à sa demande, sont enregistrées comme des dépenses de l'Etat. De plus, nous n'avons pas les dépenses des institutions internationales pour leurs personnels.

Tableau 3. 7 : Dépense de santé par type d'agent de financement et par type de prestataire (FAXP)

Prestataire	MSHP (HF.1.1.1.1)	Autres ministères et institutions d'Etat (HF.1.1.1.2)	Collectivités territoriales / locales (HF.1.1.3)	Caisse et Institut National de Sécurité Sociale (HF.1.2.1)	Entreprises paraétatiques (HF.2.5.1)	Secteur public (HF.1)	Assurances sociales privées (HF.2.1)	Sociétés d'assurances privées (individuelles volontaires) (HF.2.2)	Versements directs des ménages (HF.2.3)	ONG nationale (HF.2.4.1)	Secteur privé (HF.2)	Reste du Monde (HF.3)	Total	Pourc.
Hôpitaux (HP.1)	28,42	1,12	0,20	3,73	0,66	34,14	2,77	2,01	47,86		52,64	35,76	122,54	7,24%
Hôpitaux publics (HP.1.1.1)	26,11	1,12	0,15	1,05	0,66	29,09		0,57	47,86		48,43	24,22	101,75	6,01%
Hôpitaux privés (HP.1.1.2)	2,31		0,05	2,68		5,04	2,77	1,44			4,21	11,54	20,79	1,23%
Prestataires de soins ambulatoires (HP.3)	49,37		21,04			70,41			197,75	0,02	197,77	24,69	292,87	17,31%
Cabinets privés de médecins/dentistes privé (HP.3.1 et HP.3.2)									14,17		14,17		14,17	0,84%
Centre/poste de santé publics et centre de soins ambulatoires privés (HP.3.4.1 et HP.3.4.2)	49,37		21,04			70,41			67,96	0,02	67,98	24,69	163,08	9,64%
Laboratoires d'analyses médicales publics et privés (HP.3.5.1.1; HP.3.5.1.2)									12,63		12,63		12,63	0,75%

Centres d'imagerie médicale publics et privés (HP.3.5.1.1 et HP.3.5.1.2)								3,16		3,16		3,16	0,19%
Tradipraticiens (HP.3.9.3.1)								97,37		97,37		97,37	5,75%
Autres services de soins ambulatoires (HP.3.9.9)								2,46		2,46		2,46	0,15%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)	4,27	2,02		0,40		6,70		0,30	807,01	807,32		814,02	48,10 %
Officines (HP.4.1.1)	4,27	2,02		0,40				0,30	1,52	1,83		1,83	0,11%
Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux (HP.4.9)									805,49	805,49		805,49	47,60 %
Fourniture et gestion de programmes de santé publique (HP.5)	290,35		0,22			290,57					0,23	290,80	17,18 %
Programme PEV(HP.5.1)	135,14		0,22			135,37					0,23	135,59	8,01%
Programme de maternité sans risque (HP.5.2)	16,57					16,57						16,57	0,98%
Programme de lutte contre le paludisme(HP.5.3)	73,98					73,98						73,98	4,37%

Programme de lutte contre la tuberculose(HP.5.4)	4,46					4,46						4,46	0,26%
Programme de lutte contre le VIH/SIDA(HP.5.5)	49,55					49,55						49,55	2,93%
Autres programmes de santé publique (HP.5.6)	10,64					10,64						10,64	0,63%
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6)	106,19	0,00	0,35	20,44	0,00	126,98		2,69				143,99	8,51%
Administration publique du MSHP et d'autres départements (HP.6.1.1 et HP.6.1.2)	106,19		0,35			106,55						14,32	7,14%
Administration des régimes de sécurité sociale (HP.6.2)				20,44		20,44		2,69				23,13	1,37%
Institutions fournissant des services sanitaires connexes (HP.8)	0,38					0,38						0,38	0,02%
Institutions de recherche (HP.8.1)	0,07					0,07						0,07	0,00%
Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (ex: contrôle de qualité; hygiène du milieu, HP.8.3)	0,32					0,32						0,32	0,02%

Structures de santé du Reste du Monde (HP.9)	9,76	17,81				27,57							27,57	1,63%
Structures de santé de l'étranger (Evacuations sanitaires, (HP.9.1)	9,76	17,81				27,57							27,57	1,63%
Total	488,75	20,95	21,82	24,58	0,66	556,76	2,77	5,00	1 052,63	0,02	1 060,42	75,01	1 692,18	100%
Pourcentage	28,88%	1,24%	1,29%	1,45%	0,04%	32,90%	0,16%	0,30%	62,21%	0,00%	62,7%	4,43%	100%	

3.3.2 DEPENSES DE SANTE PAR TYPE DE PRESTATAIRES ET PAR FONCTION

Vu le nombre élevé de classes et de sous classes pour la fonction, nous allons présenter deux tableaux pour analyser les dépenses de santé par type de prestataire et par fonction : le premier étant un résumé et le second en détail.

Les tableaux 3.8 a et 3.9 présentent les dépenses de santé par prestataire et par fonction (PxF) en montrant comment les dépenses consacrées aux différentes fonctions de santé transitent par les différents types de prestataires. Il permet ainsi de répondre à la question : **“qui fait quoi” ?**

Ainsi, ces tableaux indiquent une perspective utile sur la contribution des différents types de prestataires aux dépenses totales consacrées aux types de services spécifiques. En croisant les fonctions de santé et les prestataires qui les fournissent, ces tableaux n°3.10 a et n° 3.10 b, eux aussi, permettent de faire deux types d’analyses. Tout d’abord, pour un prestataire donné, on examine les différents services marchands de santé (fonctions) qu’il fournit en termes des dépenses de santé. Ensuite, pour une fonction donnée, on identifie les prestataires qui l’ont livrée.

Par exemple sur les 1 115,07 (soit 65,9% des dépenses nationales de santé) milliards de francs guinéens dépensés pour l’achat des «Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)», 812,5 milliards de francs guinéens, soit 79,2% ont été achetés chez les prestataires «Détailants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)», 212,5 milliards, soit 19,2%, pour la «Fourniture et gestion de programmes de santé publique (HP.5)», 78,34 milliards chez les «prestataires de soins ambulatoires (HP.3)», soit 7% et seulement 2,6 milliards dans les hôpitaux (HP.1), soit 0,2% des dépenses (tableaux 3.10 a et 3.10 b).

De même, sur une recette globale de 292,87 milliards des «Prestataires de soins ambulatoires (HP.3)», 119,62 milliards proviennent de la vente des «Services de soins curatifs (HC.1)», soit 40,8 contre 78,5 milliards (26,4%) pour la livraison des «Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)» et 67,21 milliards (22,9%) pour la livraison de «Service de prévention et de santé publique (HC.6)»

Tableau 3. 8 : Dépenses de santé par type de prestataires et par fonction (résumé par ligne)

Prestataires	Services de soins curatifs (HC.1)	Services de soins de longue durée (HC.3)	Services auxiliaires (HC.4)	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)	Service de prévention et de santé publique (HC.6)	Administration de la santé et Assurance Maladie (HC.7)	Dépenses de santé non spécifiées par catégorie (HC.nsk.)	Fonctions sanitaires connexes (HCR.1- 5.)	Total	Pourcentage
Hôpitaux (HP.1)	81,33	0,91	2,15	2,16	8,04	8,66	11,54	7,75	122,54	7,2%
Prestataires de soins ambulatoires (HP.3)	119,62	0,07	15,79	78,34	67,21	5,88		5,97	292,87	17,3%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)	1,52			812,50					814,02	48,1%
Fourniture et gestion de programmes de santé publique (HP.5)				213,88	32,67	16,81	16,71	10,72	290,80	17,2%
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6)	12,99			1,14	1,23	21,72		106,92	143,99	8,5%
Institutions fournissant des services sanitaires connexes (HP.8)								0,38	0,38	0,0%
Reste du monde (HP.9)	20,52			7,06					27,57	1,6%
Total	235,97	0,98	17,94	1 115,07	109,15	53,08	28,25	131,74	1 692,18	100,0%
Pourcentage	13,9%	0,1%	1,1%	65,9%	6,5%	3,1%	1,7%	7,8%	100,0%	

Tableau 3. 9 : Dépenses de santé par type de prestataire et par fonction (détail par ligne)

Prestataires	Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratifs) (HC.1.1)	Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	Services de soins curatifs (HC.1)	Services de soins de longue durée (HC.3)	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes (HC.4.1)	Imagerie diagnostic pour patients externes (HC.4.2)	Transport sanitaires (HC.4.3)	Services auxiliaires (HC.4)	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)	Service de prévention et de santé publique (HC.6)	Administration de la santé et Assurance Maladie (HC.7)	Dépenses de santé non spécifiées par catégorie (HC.nsk.)	Fonctions sanitaires connexes (HCR.1-5.)	Total	Pourc.
Hôpitaux (HP.1)	57,71	23,62	81,33	0,91			2,15	2,15	2,16	8,04	8,66	11,54	7,75	122,54	7,2%
Hôpitaux publics (HP.1.1.1)	55,78	16,44	72,23	0,91			2,11	2,11	2,07	8,04	8,65		7,73	101,75	6,0%
Hôpitaux privés (HP.1.1.2)	1,92	7,17	9,10				0,04	0,04	0,08		0,01	11,54	0,02	20,79	1,2%
Prestataires de soins ambulatoires (HP.3)	3,88	115,74	119,62	0,07	12,63	3,16		15,79	78,34	67,21	5,88		5,97	292,87	17,3%

Cabinets privés de médecins/dentistes privé (HP.3.1 et HP.3.2)	3,88	10,29	14,17									14,17	0,8%	
Centre/poste de santé publics et centre de soins ambulatoires privés (HP.3.4.1 et HP.3.4.2)		67,96	67,96	0,07				15,99	67,21	5,88		5,97	163,08	9,6%
Laboratoires d'analyses médicales publics et privés (HP.3.5.1; HP.3.5.1.2)					12,63			12,63					12,63	0,7%
Centres d'imagerie médicale publics et privés (HP.3.5.2.1 et HP.3.5.2.2)						3,16		3,16					3,16	0,2%
Tradipraticiens		35,1	35,03					62,34					97,37	5,8%

(HP.3.9.3.1)													
Autres services de soins ambulatoires (HP.3.9.9)		2,5	2,5									2,46	0,1%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4)		1,52	1,52		805,49	805,49	7,01					814,02	48,1%
Officines (HP.4.1.1)		1,52	1,52				7,01					8,53	0,5%
Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux (HP.4.9)					805,49	805,49						805,49	47,6%
Fourniture et gestion de programmes de santé publique (HP.5)							213,88	32,67	16,81	16,71	10,72	290,80	17,2%

Programme PEV(HP.5.1)								134,96	0,01	0,16	0,00	0,47	135,59	8,0%
Programme de maternité sans risque (HP.5.2)								1,40			15,17		16,57	1,0%
Programme de lutte contre le paludisme (HP.5.3)								68,24	3,94	1,03	0,00	0,76	73,98	4,4%
Programme de lutte contre la tuberculose (HP.5.4)								1,24	0,56	1,44	0,00	1,23	4,46	0,3%
Programme de lutte contre le VIH/SIDA (HP.5.5)								0,06	28,11	14,19	0,00	7,20	49,55	2,9%
Autres programmes de santé publique(HP.5.6)								7,98	0,05		1,54	1,07	10,64	0,6%

Administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6)	11,05	1,94	12,99					1,14	1,23	21,72	0,00	106,92	143,99	8,5%
Administration publique du MSHP et d'autres départements (HP.6.1.1 et HP.6.1.2)	11,05		11,05					1,14	1,23	0,53	0,00	106,92	120,87	7,1%
Administration des régimes de sécurité sociale (HP.6.2)		1,94	1,94							21,19			23,13	1,4%
Institutions fournissant des services sanitaires connexes (HP.8)												0,38	0,38	0,0%
Institutions de recherche (HP.8.1)												0,07	0,07	0,0%

Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (ex: contrôle de qualité; hygiène du milieu, HP.8.3)													0,32	0,32	0,0%
Structures de santé du Reste du Monde (HP.9)	20,52		20,52						7,06					27,57	1,6%
Structures de santé de l'étranger (Evacuations sanitaires)(HP.9.1)	20,52		20,52						7,06					27,57	1,6%
Total	93,16	142,81	235,97	0,98	12,63	808,65	2,15	823,43	309,58	109,15	53,08	28,25	131,74	1 692,18	100%
Pourcentage	10,80%	16,55%	13,94%	0,06%	0,75%	47,79%	0,13%	48,66%	18,29%	6,45%	3,14%	1,67%	7,79%	100,0%	

3.3.3 DEPENSES DE SANTE PAR TYPE D'AGENTS DE FINANCEMENT ET PAR FONCTION

Le tableau 3.10 qui expose la dépense de santé par type d'agents de financement et par fonction (FAxF) montre qui finance quels types de services dans le système de santé. Il souligne certaines des questions de financement les plus importantes qui sont à prendre en considération en politique de santé. Par exemple, allouer des ressources aux services de santé prioritaires (tels que Service de prévention et de santé publique) est un des principaux objectifs que les autorités guinéennes et ses partenaires cherchent à atteindre pour améliorer la performance du système de santé. En outre, le tableau 3.10 (FAxF) nous permet aussi de connaître le total et les allocations spécifiques des ressources vers les principaux types de services (voir figure 3.4). Il met en évidence l'importance relative des agents de financement publics et privés par rapport aux diverses fonctions de santé et d'activités sanitaires connexes (figure 3.3).

Sur la base des données du tableau 3.10, nous avons construit deux graphiques (figures 3.3 et figures 3.4) afin de mettre en évidence la distribution des dépenses de santé par :

- agent de financement pour une fonction donnée (figures 3.3) ;
- fonction pour un agent de financement donné (figure 3.4).

De l'analyse de ces deux figures (3.3 et 3.4) et du tableau 3.10, on peut retenir entre autres :

- **pour les ménages,**
 - le premier poste de leurs dépenses de santé en 2010 est l'achat des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) pour le quel ils affectent 82% de leurs dépenses de santé,
 - le second poste est le poste Services de soins curatifs (HC.1), qui prend 16% de leurs dépenses (figure 3.3) ;
 -
- **pour le MSHP,**
 - le premier poste de leurs dépenses de santé en 2010 est l'achat des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) pour le quel, ils affectent 49% de leurs dépenses de santé,
 - le second poste est le poste fonctions sanitaires connexes (HCR.1-5) avec 24% des dépenses ;
 - le troisième poste est le poste Service de prévention et de santé publique (HC.6), auquel il consacre 14% de ses dépenses ;
 - **pour les sociétés d'assurances privées (HF.2.1 et HF.2.2) et ONG (HF.2.4.1)**
 - l'essentiel de leurs dépenses de santé est consacré au poste Services de soins curatifs (HC.1), soit 71% de leur dépenses ;
 - leur second poste est le de frais d'Administration (HC.7) avec 25% des dépenses.
 - **pour la fonction Services de soins curatifs (HC.1) :**
 - le premier agent de financement constitue les ménages à travers les paiements directs, soit 71% des dépenses ;
 - le second agent de financement est l'Etat, soit 21% des dépenses dont 10% pour le MSHP ;

- **pour la fonction Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)**

- le premier agent de financement est les ménages à travers les paiements directs, soit 78% des dépenses ;
- le second agent de financement est le MSHP, soit 22% des dépenses ;
- dont 10% pour

- **pour la fonction Service de prévention et de santé publique (HC.6)**

- Services de soins curatifs (HC.1)
- le premier agent de financement est l'Etat, soit 77% des dépenses dont 62% pour le MSHP;
- le second agent de financement est le Reste du monde avec 23% des dépenses ;

- **pour Fonctions sanitaires connexes (HCR.1-5)**

- le premier agent de financement est l'Etat, soit 94% des dépenses, dont 91% pour le MSHP;
- le second agent de financement est le Reste du monde avec 6% des dépenses ;

Figure 3. 3 : Dépenses de santé par type de fonctions de services de santé selon les agents de financement

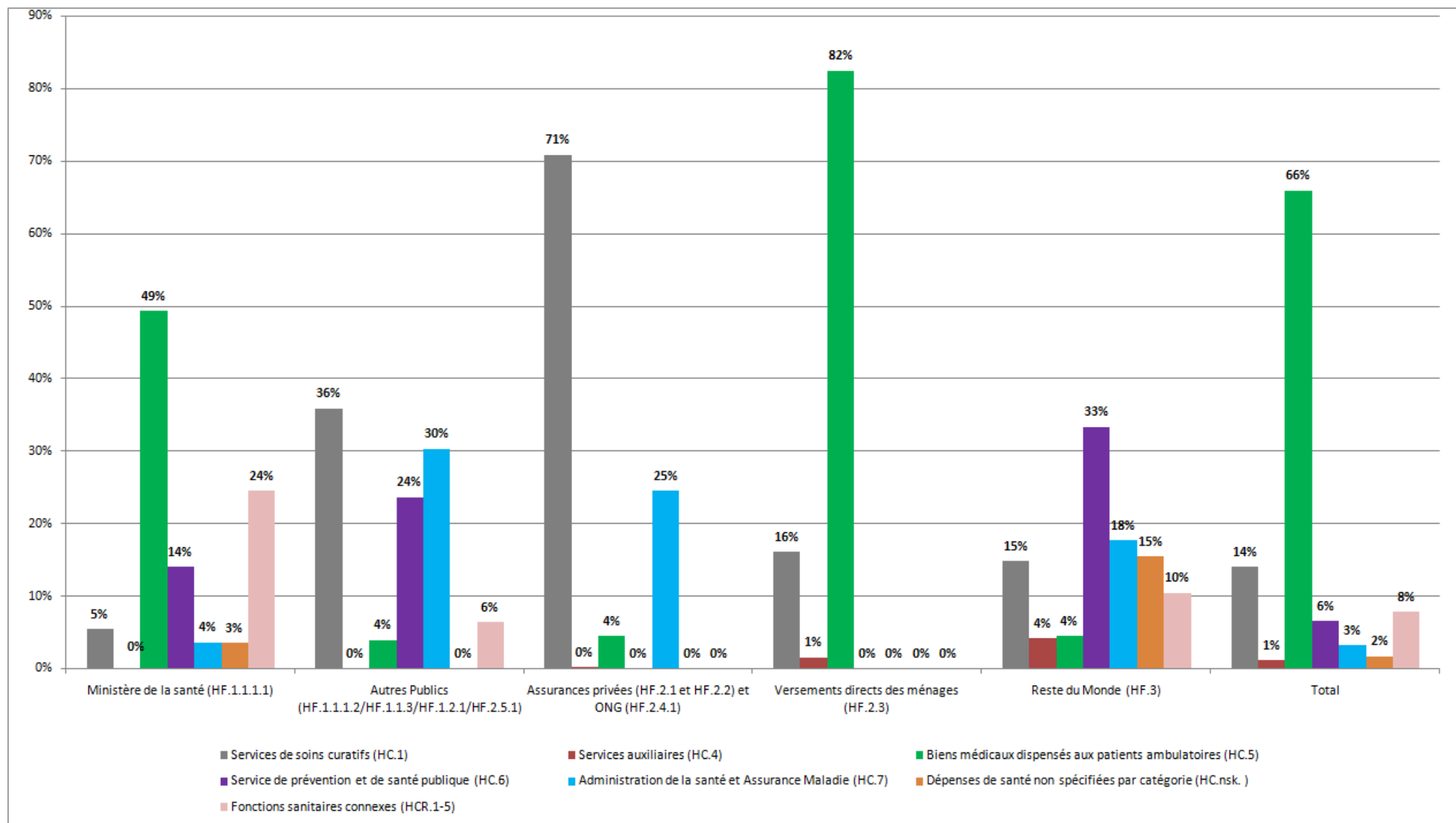


Figure 3. 4 : Dépenses de santé par type d'agents de financement selon les fonctions de services de santé

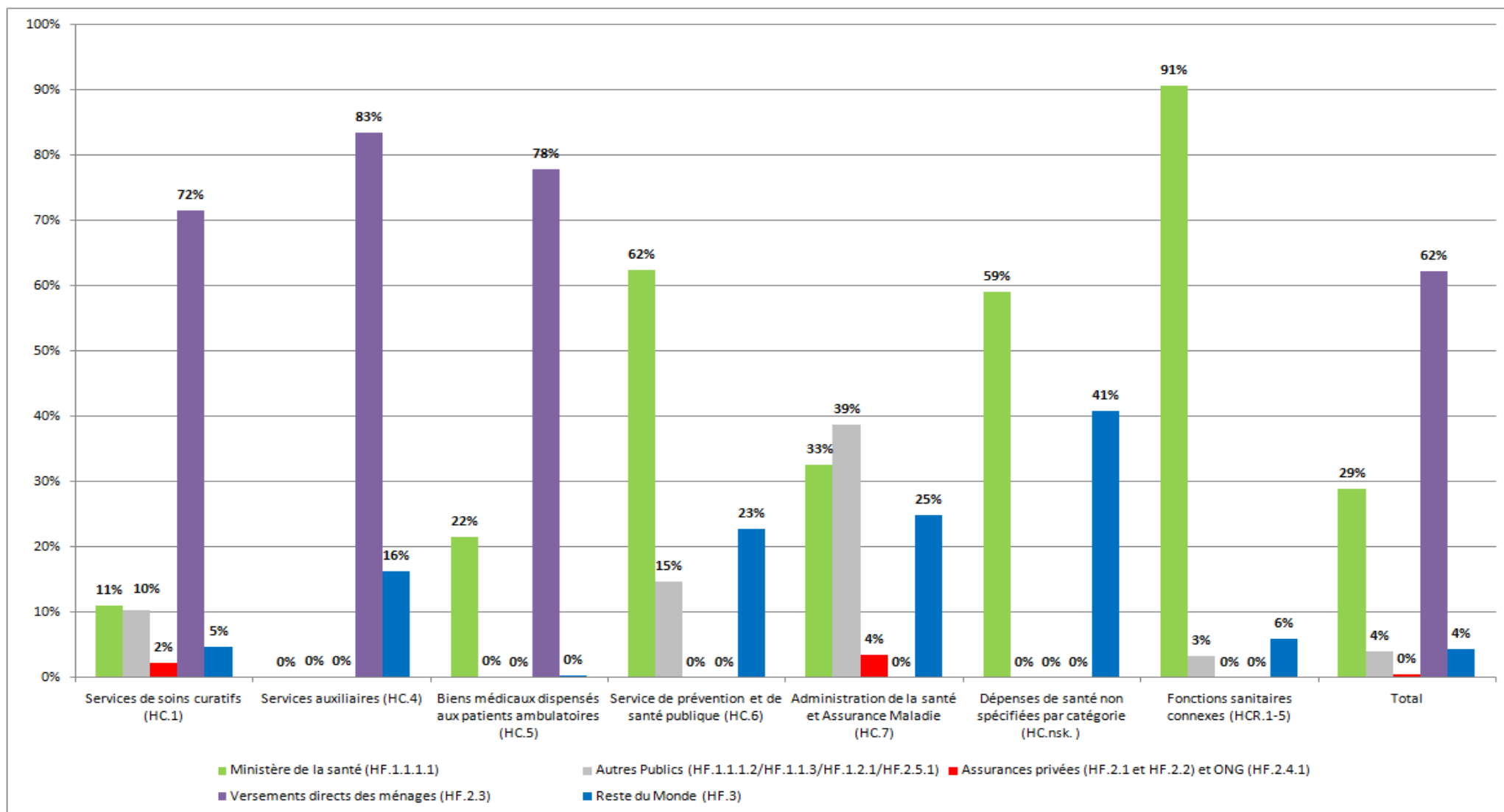


Tableau 3. 10 : Dépenses de santé par type d'agents de financement et par fonction

Fonction	MSHP (HF.1.1.1.1)	Autres ministères et institutions d'Etat (HF.1.1.1.2)	Collectivités territoriales/ locales (HF.1.1.3)	Caisse et Institut National de Sécurité Sociale (HF.1.2.1)	Entreprises paraétatiques (HF.2.5.1)	Secteur public (HF.1)	Sociétés d'Assurances privées (HF.2.1+H2.2)	Versements directs des ménages (HF.2.3)	ONG nationale (HF.2.4.1)	Secteur privé (HF.2)	Reste du Monde (HF.3)	Total	Pourc.
Services de soins curatifs (HC.1)	26,04	18,92	0,00	4,80	0,66	50,41	5,50	169,00		174,50	11,05	235,97	13,9%
Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif) (HC.1.1)	9,86	18,92		0,12	0,20	29,10	1,27	51,74		53,01	11,05	93,16	5,5%
Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	16,18			4,67	0,46	21,32	4,24	117,26		121,49	0,00	142,81	8,4%
Services de soins de longue durée (HC.3)											0,98	0,98	0,1%
Soins de longue durée en hospitalisation de jour (HC.3.2)										0,00	0,98	0,98	0,1%
Services auxiliaires (HC.4)			0,01	0,02		0,03	0,02	15,79		15,80	2,10	17,94	1,1%
Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes (HC.4.1)						0,00	0,00	12,63		12,63	0,00	12,63	0,7%

Imagerie diagnostic pour patients externes (HC.4.2)						0,00	0,00	3,16		3,16	0,00	3,16	0,2%
Transport sanitaire (HC.4.3)			0,01	0,02		0,03	0,02			0,02	2,10	2,15	0,1%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5)	240,92	2,02	0,13	0,48	0,00	243,55	0,35	867,84	0,00	868,19	3,33	1 115,07	65,9%
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1)						0,00	0,00	805,49		805,49	0,00	805,49	47,6%
Médicaments délivrés sur ordonnance (HC.5.1.1)	18,13	2,02		0,40		20,56	0,30			0,30	0,00	20,87	1,2%
Médicaments en vente libre (HC.5.1.2)	0,01		0,13			0,13					0,47	0,60	0,0%
Autres biens médicaux non durables (HC.5.1.3)	165,51	0,00				165,51		62,35		62,35	2,87	230,72	13,6%
Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables (HC.5.2)						0,00		0,00		0,00	0,00	0,00	0,0%
Appareils orthopédiques et autres prothèses (HC.5.2.2)				0,08		0,08	0,04			0,04	0,00	0,12	0,0%

Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants (HC.5.2.4)	0,01					0,01	0,00			0,00	0,00	0,01	0,0%
Autres biens médicaux durables (HC.5.2.9)	57,27					57,27	0,00			0,00	0,00	57,27	3,4%
Service de prévention et de santé publique (HC.6)	68,12		16,05			84,17					24,98	109,15	6,5%
Service de santé maternelle et infantile (service de planning familial, consultation, nourrisson) (HC.6.1)	0,17		0,02			0,19					6,51	6,70	0,4%
Paludisme (HC.6.3.1)	6,30		16,03			22,33	0,00			0,00	17,61	39,94	2,4%
VIH/SIDA (HC.6.3.3)	61,04					61,04	0,00			0,00	0,45	61,49	3,6%
Services de promotion de la santé (HC.6.6)	0,61					0,61	0,00			0,00	0,20	0,81	0,0%
Autres services de santé publique (HC.6.9)						0,00	0,00			0,00	0,21	0,21	0,0%
Administration de la santé et Assurance Maladie (HC.7)	17,36	0,02	1,28	19,28	0,00	37,95	1,91	0,00	0,00	1,91	13,23	53,08	3,1%
Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale	17,36	0,02	1,28			18,66	0,00			0,00	13,23	31,89	1,9%

Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale				19,28		19,28	1,91			1,91	0,00	21,19	1,3%
HC.nsk.	16,71	0,00	0,00	0,00	0,00	16,71	0,00			0,00	11,54	28,25	1,7%
Dépenses de santé non spécifiées par catégorie	16,71					16,71	0,00			0,00	11,54	28,25	1,7%
Fonctions sanitaires connexes (HCR.1- 5.)	119,60	0,00	4,34	0,00	0,00	123,93	0,00	0,00	0,02	0,02	7,79	131,74	7,8%
Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	110,00		2,73			112,73	0,00			0,00	6,09	118,82	7,0%
Education et formation du personnel de santé	8,46		0,24			8,70	0,00			0,00	1,59	10,29	0,6%
Recherche et développement dans le domaine de la santé	0,39		0,06			0,45	0,00			0,00	0,11	0,56	0,0%
Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)	0,74		1,30			2,04	0,00		0,02	0,02	0,00	2,06	0,1%
Hygiène du milieu			0,01			0,01	0,00			0,00	0,00	0,01	0,0%
Total	488,75	20,95	21,82	24,58	0,66	556,76	7,77	1 052,63	0,02	1 060,42	75,01	1 692,18	100,0%
	28,9%	1,2%	1,3%	1,5%	0,0%	32,9%	0,5%	62,2%	0,0%	62,7%	4,4%	100,0%	

3.3.4 DEPENSES DE SANTE PAR TYPE DE SOURCE DE FINANCEMENT ET PAR AGENT DE FINANCEMENT

Ici aussi, et vu le nombre important des classes des sources de financement, nous présenterons deux tableaux. Le premier, **Tableau 3.11**, résume les informations par classe des sources de financement alors que le second, Tableau 3.12 en donne les informations détaillées par classe des sources de financement. Ces deux tableaux qui présentent les dépenses de santé par type de source de financement et par agent de financement mettent l'accent sur les tendances de mobilisation des ressources dans le système de santé. Ils répondent à la question "**d'où vient l'argent**" en présentant les sources de financement qui cotisent pour chaque agent de financement. Ces tableaux montrent également l'importance du rôle joué par chaque source dans le financement de chaque agent de financement et dans le financement de la dépense totale.

De l'analyse de ces deux tableaux on peut retenir entre autres :

- a) Sur les 488,75 milliards de francs guinéens mobilisés par le Ministère de la Santé en 2010, 364,38 milliards, soit 74,6%, proviennent des fonds du reste du monde, en particulier les partenaires techniques et financiers (dont 291,61 milliards de francs de la coopération multilatérale, soit 59,7% ; 44,91 milliards de francs guinéens de la coopération bilatérale, soit 44% et 26,9 milliards francs des Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales firmes, soit kk%) et seulement 123,4 milliards de FG (soit 25,2%) proviennent des fonds publics.
- b) Sur 21,82 milliards de francs guinéens des fonds mobilisés par les Collectivités territoriales/ locales, 20,76 milliards de francs guinéens (soit 95,15%) proviennent du reste du monde contre seulement 1,06 milliards de francs guinéens sur les fonds propres des Collectivités territoriales/ locales, soit 4;85%.
- c) La totalité des 1 052,23 milliards des fonds propres des ménages, a été utilisée par les ménages eux-mêmes au titre des paiements directs, soit aucun franc pour les sociétés d'assurance.
- d) Sur les 455,81 milliards de francs guinéens des fonds du reste du monde, 364,38 milliards, soit 79,94% ont été mobilisés par le Ministère de la santé, 56,35 milliards (12,4%%) sont mobilisés par les ONG, Fondation et firmes internationales contre 14,33 milliards pour le reste du monde lui-même, soit 3,14%.

Tableau 3. 11 : Dépenses de santé par type de source de financement et par agent de financement (résumé par ligne)

Agents de financement	Sources de financement							Total	Pourc.
	Fonds Publics (FS.1)	Fonds Employeur/ Entreprise (FS.2.1)	Ménage (FS.2.2)	ONG nationale (FS.2.3.1)	Fonds privés (FS.2)	Reste du Monde (FS.3)			
Secteur public (HF.1)	147,04	24,58			24,58	385,13	556,76	32,9%	
Ministère de la Santé (HF.1.1.1.1)	124,37					364,38	488,75	28,9%	
Autres ministères et institutions d'Etat (HF.1.1.1.2)	20,95						20,95	1,2%	
Collectivités territoriales/ locales (HF.1.1.3)	1,06					20,76	21,82	1,3%	
Caisse et Institut National de Sécurité Sociale (HF.1.2.1)		24,58			24,58		24,58	1,5%	
Entreprises paraétatiques (HF.2.5.1)	0,66				0,00	0,00	0,66	0,0%	
Secteur privé (HF.2)		7,77	1 052,63	0,02	1 060,42	0,00	1 060,42	62,7%	
Assurances sociales privées (HF.2.1)		2,77			2,77	0,00	2,77	0,2%	
Sociétés d'assurances privées (individuelles volontaires) (HF.2.2)		5,00			5,00	0,00	5,00	0,3%	
Versements directs des ménages (HF.2.3)			1 052,63		1 052,63	0,00	1 052,63	62,2%	
ONG nationale (HF.2.4.1)				0,02	0,02	0,00	0,02	0,0%	
Reste du Monde (HF.3)	1,67			2,66	2,66	70,68	75,01	4,4%	
Coopération bilatérale (HF.3.1.1)						2,79	2,79	0,2%	

Coopération multilatérale (HF.3.1.2)				1,34	1,34	11,55	12,88	0,8%
ONG, Fondation et firmes internationales (HF.3.2)	1,67			1,33	1,33	56,35	59,34	3,5%
Total	148,71	32,35	1 052,63	2,68	1 087,65	455,81	1 692,18	100%
Pourcentage	8,8%	1,9%	62,2%	0,2%	64,3%	26,9%	100%	

Tableau 3. 12 : Dépenses de santé par type de source de financement et par agent de financement (détail par ligne)

Agent de financement	Fonds administratif central (FS.1.1.1)	Fonds collectivité territoriale / locales (FS.1.1.2)	Entreprises parapubliques (FS.1.2.3)	Fonds Publics (FS 1)	Fonds Employeur/ Entreprise (FS.2.1)	Ménage (FS.2.2)	ONG nationale (FS.2.3.1)	Fonds privés (FS 2)	Coopéra. bilatérale (FS.3.1.1)	Coopéra. Multilaté. (FS.3.1.2)	Fonds ONG, Fondat. et firmes internationales (FS.3.2)	Fonds des ressortissants du pays à l'étranger (FS.3.3)	Reste du Monde (FS.3)	Total	Pourc.
Secteur public (HF.1)	143,98	1,36	1,70	147,04	24,58			24,58	44,91	291,61	47,66	0,96	385,13	556,76	32,9%
Ministère de la santé (HF.1.1.1.1)	123,04	0,29	1,04	124,37					44,91	291,61	26,90	0,96	364,38	488,75	28,9%
Autres ministères et institutions d'Etat (HF.1.1.1.2)	20,94	0,02		20,95										20,95	1,2%
Collectivités territoriales/ locales (HF.1.1.3)		1,06		1,06							20,76		20,76	21,82	1,3%
Caisse et Institut National de Sécurité Sociale (HF.1.2.1)					24,58			24,58					0,00	24,58	1,5%

Entreprises paraétatiques (HF.2.5.1)			0,66	0,66									0,66	0,0%
Secteur privé (HF.2)					7,77	1 052,63	0,02	1 060,42					1 060,42	62,7%
Assurances sociales privées (HF.2.1)					2,77			2,77					2,77	0,2%
Sociétés d'assurances privées (individuelles volontaires) (HF.2.2)					5,00			5,00					5,00	0,3%
Versements directs des ménages (HF.2.3)						1 052,63		1 052,63					1 052,63	62,2%
ONG nationale (HF.2.4.1)							0,02	0,02					0,02	0,0%
Reste du Monde (HF.3)		1,67		1,67			2,66	2,66	11,54	59,14		70,68	75,01	4,4%
Coopération bilatérale (HF.3.1.1)										2,79		2,79	2,79	0,2%
Coopération multilatérale (HF.3.1.2)				0,00			1,34	1,34	11,54	0,01		11,55	12,88	0,8%

ONG, Fondation et firmes internationales (HF.3.2)		1,67		1,67			1,33	1,33			56,35		56,35	59,34	3,5%
Total	143,98	3,03	1,70	148,71	32,35	1 052,63	2,68	1 087,65	44,91	303,15	106,80	0,96	455,81	1 692,18	100%
Pourcentage	8,5%	0,2%	0,1%	8,8%	1,9%	62,2%	0,2%	64,3%	2,7%	17,9%	6,3%	0,1%	26,9%	100%	

3.4 INDICATEURS A PRODUIRE LORS DE L'ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

A l'atelier régional d'élaboration d'un cadre harmonisé des comptes nationaux de la santé dans les Etats membres de la CEDEAO et la Mauritanie à Bamako, au Mali du 26 au 29 mai 2008, il a été décidé de produire deux types d'indicateurs :

- **Des indicateurs de base**, afin de permettre la comparaison des efforts faits dans les Etats pour l'amélioration de la performance du système de santé.

Il s'agit des :

1. dépenses de santé par habitant ;
2. dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB ;
3. dépenses publiques de santé en % des dépenses nationales de santé ;
4. dépenses de santé des ménages en % des dépenses nationales de santé ;
5. dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses de santé des ménages ;
6. dépenses de soins préventifs en % des dépenses nationales de santé ;
7. dépenses de soins curatifs en % des dépenses nationales de santé ;
8. dépenses de médicaments en % des dépenses nationales de santé ;
9. dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses nationales de santé.

- **Des indicateurs optionnels**, afin de permettre aux pays membres de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de santé.

Il s'agit des :

1. dépenses de santé de l'État en % des dépenses nationales de santé ;
2. dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses nationales de santé ;
3. ratio formation de capital sur dépense totale de santé ;
4. ratio salaires payés par l'Etat sur dépenses de santé hors salaires de l'Etat ;
5. ratio des soins curatifs sur les soins préventifs ;
6. dépenses de santé de l'Etat en % des dépenses nationales de santé ;
7. dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales des collectivités territoriales ;
8. dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses nationales de santé ;
9. dépenses de santé par zone de pauvreté.

3.4.1 INDICATEURS DE BASE

Tableau 3. 13 : Indicateurs CNS de base en 2010

Indicateurs	Valeurs
1. Population ¹⁷	10 532 065
2. Dépenses nationales de santé (milliards FG)	1 692,2
3. Dépenses des ménages (milliards FG)	1 052,63
4. Dépenses publiques en santé (milliards FG)	148,71
5. Dépenses publiques de santé en % des dépenses nationales de santé	8,8%
6. Dépenses de santé par habitant (\$ US)	26,8
7. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB ¹⁸	6,25%
8. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses nationales de santé	62,2%
9. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses nationales de santé	6,45%
10. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses nationales de santé	13,94%
11. Dépenses de médicaments en % des dépenses nationales de santé	65,90%

Source : CNS 2010

3.4.2 INDICATEURS OPTIONNELS

Tableau 3. 14 : indicateurs CNS optionnels en 2010

Indicateurs	Valeur
1. Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	26,9%
2. Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé	0,2%
3. Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat	1,6%
4. Ratio des salaires payés par l'Etat sur les dépenses de santé de l'Etat	56%
5. Ratio assurance maladie sur des dépenses nationales de santé	0,5%
6. Ratio assurance maladie sur dépenses de santé des ménages	0,74%

Source : CNS 2010

¹⁷ RGPH 1996 INS

¹⁸ Le PIB est tiré des données du cadrage macro-économique Ministère du Plan

3.5 ANALYSE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE

3.5.1 FINANCEMENT DU BUDGET ALLOUE AU MINISTERE DE LA SANTE

Du 24 au 27 avril 2007, lors du sommet des chefs d'Etat à Abuja au Nigeria, les chefs d'Etat ont pris l'engagement de consacrer au moins 15 % des budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Ils se sont également engagés à mobiliser toutes les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour fournir des soins, un appui et un traitement de qualité aux populations atteintes du VIH/sida, de la tuberculose et des autres maladies connexes.

La Guinée n'a pas atteint cet objectif d'abord. En effet, la part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est passée de 2,98% en 2000 à 1,56% en 2010.

Tableau 3. 15 : Part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé

Année	Crédit	Engagement ¹⁹	Payé
Etat (milliards de FG)			
2000	805,13	675,63	649,63
2001	1 108,21	824,36	786,84
2002	1 092,34	1 025,63	1 005,99
2003	1 103,59	1 016,76	935,89
2004	1 348,18	1 076,99	955,46
2005	1 721,70	1 543,88	1 423,06
2006	2 951,36	2 617,34	2 466,10
2007	3 509,78	2 510,45	2 250,79
2008	4 328,35	3 643,38	3 291,71
2009	6 223,17	5 004,06	4 479,67
2010	8 982,95	8 089,61	7 036,98
2011	9 148,86	6 879,76	6 734,17
MSHP milliards de FG)			
2000	23,97	21,51	19,90

¹⁹ Notons que ce sont les dépenses engagées qui sont utilisées dans le calcul des agrégats des CNS 2010.

2001	51,87	26,73	26,15
2002	55,78	51,64	49,52
2003	59,02	40,41	38,62
2004	44,10	26,21	25,19
2005	58,37	42,35	41,61
2006	72,79	60,35	51,56
2007	90,00	64,43	60,40
2008	97,48	85,83	76,19
2009	87,59	81,52	66,46
2010	139,79	123,04	117,85
2011	231,75	155,58	146,17
Pourcentage : MSHP/Etat			
2000	2,98%	3,18%	3,06%
2001	4,68%	3,24%	3,32%
2002	5,11%	5,03%	4,92%
2003	5,35%	3,97%	4,13%
2004	3,27%	2,43%	2,64%
2005	3,39%	2,74%	2,92%
2006	2,47%	2,31%	2,09%
2007	2,56%	2,57%	2,68%
2008	2,25%	2,36%	2,31%
2009	1,41%	1,63%	1,48%
2010	1,56%	1,52%	1,67%
2011	2,53%	2,26%	2,17%

3.5.2 STRUCTURE DU BUDGET ALLOUE AU MINISTERE DE LA SANTE PAR L'ETAT EN 2010

3.5.3 TABLEAU 3. 16 : STRUCTURE DU BUDGET DU MSHP EN 2010

TITRE	Crédit	Engagement ²⁰	Payé	Taux d'Exécution		
				Engagement /Crédit	Payé/ Engagement	Payé/Crédit
Traitements et salaires	70,18	68,88	68,88	98,15%	100,00%	98,15%
Achats de biens et services	23,74	18,39	17,75	77,47%	96,52%	74,78%
Subventions et Transferts	6,75	3,30	3,30	48,91%	100,00%	48,91%
Investissements	33,04	32,47	27,92	98,26%	86,00%	84,50%
Investissements Financiers	6,08	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%
Total	139,79	123,04	117,85	88,02%	95,78%	84,31%
Pourcentage						
Traitements et salaires	50,21%	55,98%	58,45%			
Achats de biens et services	16,98%	14,95%	15,06%			
Subventions et Transferts	4,83%	2,68%	2,80%			
Investissements	23,64%	26,39%	23,69%			
Investissements Financiers	4,35%	0,00%	0,00%			
Total	100,00%	100,00%	100,00%			

²⁰ Notons que c'est les dépenses engagées qui sont utilisées dans le calcul des agrégats des CNS 2010

3.6 ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DES PARTENAIRES

USAID

Domaines	2010 (FG)
VIH	11 975 600 000
S.R/PF	17 963 400 000
Santé Maternelle et Infantile	14 969 500 000
Total	44 908 500 000

UNICEF

Domaines	2010 (FG)
Paludisme	3 944 744 677
VIH	173 700 090
Médicaments	6 618 087 804
Vaccination	20 015 095 719
Vit.A/micr.	3 521 251 534
Malnutrition	1 197 560 000
Urgence	4 327 736 340
Total	39 798 176 163

OMS

Domaines	Dépenses de santé	
	2006 (GNF)	2010 (GNF)
Paludisme	448 580 000	63 080 000
VIH	31 230 000	70 090 000
Tuberculose	252 320 000	105 140 000
Lutte contre la maladie et épidémie	1 433 340 000	3 586 240 000
Médicaments	70 090 000	49 060 000
Vaccination	11 270 470 000	29 518 210 000
Santé de la reproduction	1 093 400 000	1 633 100 000
Déterminants sociaux de la santé	290 770 000	77 100 000
Eau Hygiène Assainissement	35 050 000	497 640 000

Hygiène alimentaire et Nutrition	157 700 000	369 890 000
Renforcement du Système de santé	325 920 000	749 960 000
Gestion des urgences	778 000 000	5 756 910 000
Promotion de santé	63 080 000	63 080 000
Total	16 249 950 000	42 539 500 000

UNFPA

Domaine	2010 (FG)
Total	15 170 573 868

CRS

Domaine	2010 (FG)
Total	2 223 152 784

CONCLUSION

Les principales conclusions de cette première étude des comptes nationaux de la santé en Guinée (CNS 2010) peuvent se résumer en deux points :

- a) Le niveau de la Dépense Nationale de Santé reste faible par rapport à la norme définie par l'OMS. Il est de 26,8 \$ US par an et par habitant contre une norme internationale de 30 à 40 \$ US par personne et par an indispensable pour couvrir les interventions essentielles y compris celles nécessaires pour combattre la pandémie de SIDA ;
- b) La structure du financement du système national de santé est caractérisée par les dépenses catastrophiques des ménages (62,2%) et par une dépendance très fortes aux fonds extérieurs (26,9%) ;
- c) les Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (HP.4) sont les premiers (48,10%) types de prestataires qui offrent les services de santé marchands en 2010, dont 47,6% pour autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux (HP.4.9).
- d) L'achat des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) est de loin le premier poste des dépenses de santé (65,9%), dont 47,6% pour les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (HC.5.1), 13,63% pour l'achat d'autres biens médicaux non durables (HC.5.1.3), 3,4% pour l'achat d'autres biens médicaux durables (HC.5.2.9 et seulement 1,23% pour les médicaments délivrés sur ordonnance (HC.5.1.1) ;

En résumé, cette première étude des Comptes Nationaux de la Santé en Guinée (CNS 2010) donne les preuves factuelles non seulement du faible niveau du financement de la santé, mais aussi d'un déséquilibre inquiétant dans sa structure (caractérisée par des financements catastrophiques des ménages). Cette situation n'est pas de nature à permettre à un accès adéquat aux soins par les populations.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats des comptes nationaux de la santé de l'année 2010, des recommandations sont formulées.

- 1) Engager le processus d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé. Il s'agit pour ce faire de :
 - former et sensibiliser chaque année les acteurs du ministère de la santé impliqués dans l'élaboration des comptes nationaux de la santé, afin de renforcer leurs compétences ;
 - améliorer l'élaboration du rapport annuel du MSHP, afin de réduire le temps et le coût de production des comptes nationaux de la santé. Le plan d'action du Ministère de la santé doit permettre avant l'élaboration des comptes nationaux de la santé de disposer d'une base de données de l'ensemble des dépenses effectuées par les prestataires de soins publics et le niveau central ;
 - réviser la nomenclature des activités du Plan national de développement sanitaire (PNDS)
 - Renforcer la connaissance des dispositifs mis en place pour réduire les dépenses de santé des ménages ; par une étude du niveau des réductions ou exonérations fiscales faites annuellement par l'Etat sur les biens médicaux à l'importation. En effet, comme le montre les résultats les dépenses directes des ménages sont essentiellement orientées vers l'achat des médicaments. Ainsi, alléger les dépenses de santé des ménages revient à avoir une grande maîtrise de la facturation effectuée par les officines pharmaceutiques ;
 - Mobiliser les ressources pour les CNS ;
 - Renforcer la capacité du personnel chargé des CNS ;
- 2) Poursuivre les mesures de subvention et de gratuité de certains soins dans le cadre de la protection sociale y compris les filets sociaux de sécurité en vue d'améliorer l'accès financier aux services de santé pour les plus pauvres ;
- 3) Faire le plaidoyer auprès du Ministère du Travail et de la sécurité sociale pour l'accélération de la mise en place du système national d'assurance maladie ;
- 4) Initier une réflexion sur l'analyse de la relation non linéaire entre la croissance du PIB par tête et la dépense nationale de santé par tête d'habitant. En effet l'impact des politiques publiques de santé devrait contribuer à élever le niveau de vie et du capital humain ; permettant ainsi de faire de la dépense de santé un levier de la croissance économique ;

- 5) Les dépenses courantes par habitant sont inférieures à 35 \$ tel que recommandé par l'OMS. La politique de financement devrait plaider pour un accroître les dépenses publiques de santé. Le principe de l'additionnalité des financements publics doit être renforcé pour les programmes de santé. Ainsi, il est recommandé que l'atteinte de l'objectif des 15% de la déclaration d'Abuja par la Guinée soit couplée des montants dépensés, car il existe un décalage entre les montants alloués et les montants dépensés, pour ce qui est des financements publics.

ANNEXES

➤ **Personnel de production des CNS 2010**

DIRECTEUR NATIONAL BUREAU STRATEGIE ET DEVELOPPEMENT

- ✓ **Aboubacar KABA, Tel : +224 64 35 55 37, E-mail : kababoubacar@yahoo.fr**

ÉQUIPE TECHNIQUE D'ANALYSE ET DE REDACTION

- ✓ Mr Aboucara KABA
- ✓ Dr Boubacar SALL
- ✓ Dr Yéréboye CAMARA
- ✓ Mr Sékou DIOUBATE
- ✓ Dr Emmanuel MALANO
- ✓ Mr Lamine SIDIBE, Démographe INS

APPUI TECHNIQUE

- ✓ Mr Moussa **BIZO/OMS Niger**, Consultant International ;
- ✓ Dr Sékou CONDE, DNEHS
- ✓ Firmin Monney SEKA, Expert en Statistique de Santé (Projet d'Appui au Renforcement des Capacités Statistiques, Union Européenne)

COMITÉ DE PILOTAGE

- ✓ Dr Younoussa Ballo, *Secrétaire Général du Ministère de la Santé*
- ✓ Dr Mohamed Lamine YANSANE, *Conseiller Politique du MSHP*
- ✓ Mr Aboubacar KABA, *Directeur National du BSD*
- ✓ Dr Boubacar SALL, *Directeur National Adjoint du BSD*

COLLECTE DES DONNÉES

- ✓ Personnel du BSD, DNEHS, DAF, INS

INFORMATIENS/TRAIEMENT DES DONNÉES

Consultants Informaticiens

- ✓ Mr CHERIF
- ✓ Mr Fodé Bangaly KEITA

Principaux Agents de saisie et contrôle des questionnaires

- ✓ Mohamed Lamine KABA
- ✓ Ismael NABE

ASSISTANT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

- ✓ Ousmane DIAKITE

Encadré 1 : Ressources requises pour les comptes nationaux de la santé²¹

Comme pour n'importe quel processus de production, les CNS dépendent de nombre de facteurs de production. Ces facteurs peuvent être divisés en trois catégories: la main d'œuvre (le personnel), le capital (les outils), et les matières premières (les données).

***Le personnel**

Dans la plupart des pays, le travail de construction des comptes de la santé est plus efficacement réalisé par une petite équipe d'experts qui travaillent pour (ou avec) les agences gouvernementales concernées. Dans certains cas, ce peut être seulement un individu pionnier. Bien qu'il n'y ait aucune qualification professionnelle en comptabilité de la santé, certaines aptitudes et compétences sont nécessaires. L'équipe des CNS, les analystes ou le comptable de la santé devront être choisis parmi ceux connaissant les statistiques économiques nationales et les procédés de comptabilité nationale, ceux connaissant le système national de santé et les politiques sanitaires, et ceux ayant de l'expérience dans l'utilisation des données et des informations fournies par différentes entités du système de santé. La comptabilité de la santé n'exige pas nécessairement une formation en économie, mais il est très utile de disposer au moins d'un économiste de la santé, ne fût-ce que comme conseiller.

Les plus importantes qualités d'un comptable de la santé sont de disposer d'aisance avec les données quantitatives, d'une volonté de questionner ces données, et d'une volonté à chercher et à considérer des alternatives aux sources de données disponibles.

Dans la limite du pratique, l'équipe des comptes de la santé devrait être composée d'un personnel hétéroclite venant de différentes organisations. Cette hétérogénéité des formations et des parcours professionnels facilite l'accès à des sources de données différentes, peut-être inconnues d'une organisation, et permet une évaluation critique des résultats de l'équipe.

L'expérience démontre qu'il est utile que l'équipe des comptes de la santé se munisse d'un comité de pilotage. Un comité de hauts représentants des organismes partie prenante peut assurer que le projet garde bien le cap. Ces organismes comprennent les ministères de la santé, des finances, et de la planification, l'office national des statistiques, la caisse d'assurance maladie sociale, des groupes universitaires, et des associations de prestataires et de consommateurs. La construction de comptes de la santé requiert souvent l'appui de

²¹ Voir le guide de l'OMS pour l'élaboration des CNS, Chapitre 2 page 15-16.

différentes institutions et organismes de régulation du système de santé, et il est utile d'avoir dans le comité de pilotage des représentants qui peuvent demander ou même exiger de leurs organismes la production d'informations nécessaires ou la validation des chiffres disponibles. Un comité de pilotage peut également servir d'autorité communiquant les résultats aux décideurs, et facilitant l'institutionnalisation des CNS en établissant leur appropriation à un niveau élevé de l'organisation sociopolitique du pays.

Les outils

Les CNS manipulent de nombreuses données, mais les outils requis pour soutenir les comptes sont plus modestes. Les tableaux peuvent être réalisés en utilisant un tableur standard sur un ordinateur de bureau habituel. Ce même tableur facilite aussi le développement de graphiques et de diagrammes. La plupart de ces programmes peuvent être liés aux logiciels de base de données facilement accessibles qui peuvent être utilisés pour recueillir l'information de base.

Bien que les CNS eux-mêmes ne nécessitent pas beaucoup de matériels informatiques, il se peut qu'un large ensemble de données d'enquêtes soit traité. Dans ce cas, les services d'un autre organisme (tel que l'office national des statistiques) peuvent être utilisés. Sinon, un ordinateur de bureau plus puissant et un bon logiciel statistique seront nécessaires.

Le coût des comptes de la santé

Le coût de la mise en place et du maintien des comptes nationaux de la santé (CNS) diffère selon les pays. Les ressources requises dépendent de l'état existant du système d'informations sanitaires et financières d'une nation. Si les sources de données disponibles fournissent suffisamment d'informations pour estimer les CNS, alors les coûts seront moindres. S'il est nécessaire d'avoir recours aux compétences et aux conseils d'experts étrangers, les coûts seront sans doute plus élevés mais des fonds externes peuvent financer ces coûts dans un premier temps. Si les institutions collaborant sur les CNS fournissent des ressources en nature telles que leur personnel, ordinateurs et locaux, les coûts budgétaires supplémentaires peuvent être très modestes. Plus particulièrement si un pays s'engage à produire les comptes régulièrement, le coût du maintien des CNS au sein de l'administration publique sera faible au fur et à mesure qu'ils deviennent un travail de routine inhérent à l'analyse économique.

*Les pays disposant d'informations sur leur coût de développement des comptes de la santé estiment les frais de la première année **entre US\$ 50 000 et US\$ 75 000 (en excluant le coût de nouvelles enquêtes)**; le coût des années suivantes est en grande partie absorbé dans le coût de production de statistiques courantes. Un certain nombre de*

pays ont obtenu des financements externes pour la construction des premiers cycles de leurs comptes de la santé.

Durée de construction des comptes de la santé

*L'expérience montre que dans la plupart des pays la construction de **CNS utiles nécessite entre 12 et 18 mois de travail, avec une équipe de 3 à 6 analystes travaillant à temps partiel.** Des chiffres provisoires peuvent toutefois être produits dans des délais plus courts, mais une analyse plus complète, détaillée et spécifique requiert sans doute plus de temps, surtout si une enquête des ménages ou des prestataires doit être entreprise pour cette fin ou si la Classification internationale pour les comptes de la santé (ICHA) est utilisée pour la première fois. De même, il sera aussi plus long et plus coûteux s'il est nécessaire de réviser la codification des rubriques utilisées dans l'ensemble des systèmes d'enregistrement administratifs et budgétaires.*

Les données

Les comptes de la santé nécessitent beaucoup de données. Ce sujet est traité de façon exhaustive dans les chapitres 6 à 8 du Guide, mais il justifie une brève discussion ici. Des données sur les diverses dépenses publiques et privées sont nécessaires pour compléter les estimations de base de la dépense totale en santé et les ventilations utiles. Ces données peuvent souvent être trouvées auprès de sources facilement accessibles, telles que les comptes et les registres financiers des administrations publiques, les rapports des caisses d'assurance maladie, et les enquêtes existantes. Beaucoup peut être accompli avec les informations disponibles; même des données limitées et incomplètes peuvent livrer des conclusions utiles et stimuler l'intérêt pour des recherches plus approfondies.

Il est cependant probable que les objectifs spécifiques des CNS nécessitent le recueil de nouvelles données, et un des rôles premiers du comité de pilotage sera de recommander le recueil de ces nouvelles données et d'assurer l'accès à toutes les sources de données existantes. Tout aussi important que le recueil de données est la liberté de remplacer des rapports publiés – habituellement connus en tant que statistiques officielles – par de meilleures estimations quand d'autres études pertinentes existent. La qualité de bons comptes de la santé est largement tributaire de la qualité des données sous-jacentes autant que du personnel qui les prépare.

Domicilier le projet des comptes de la santé

Différentes autorités nationales ont adopté différentes approches pour sélectionner le lieu de domiciliation du projet des CNS. Quatre facteurs sont importants à prendre en compte :

- a) Les résultats doivent pouvoir aisément être mis à la disposition des institutions et individus définissant les politiques de santé;
- b) Les interférences politiques et institutionnelles doivent être minimisées afin que le travail puisse continuer sans bouleversement significatif suite à des changements politiques et institutionnels;
- c) Les représentants des différentes institutions amenées à contribuer aux CNS doivent pouvoir se réunir et collaborer sans difficultés majeures;
- d) L'information nécessaire et requise pour la préparation des comptes doit être accessible.

La domiciliation qui satisfait le mieux ces conditions diffère d'un pays à l'autre. Elle peut être un ministère tel que le ministère de la santé, des finances, des statistiques ou de la planification; ou bien elle peut être une agence gouvernementale spécialisée telle que l'agence nationale d'inspection de la santé, l'institut national de recherche en économie de la santé, l'agence nationale des statistiques sanitaires ou l'organisme national de financement de la santé. Dans certains pays, le projet des CNS a été confié à des institutions non gouvernementales telles qu'une université ou un institut de recherche, bien qu'il sera sans doute plus difficile d'assurer la continuité des CNS depuis une structure extérieure à l'administration publique.

Sources ; Guide de l'OMS pour l'élaboration des CNS, Chapitre 2 page 15-16.

➤ Codification des entités des CNS

A) SOURCES DE FINANCEMENT

Num	Code	Libellé
1	FS.1.1	Fonds des administrations publiques
2	FS.1.1.1	Fonds de l'administration centrale
3	FS.1.1.2	Fonds des collectivités territoriales / locales
4	FS.1.2	Autres fonds publics
5	FS.1.2.1	Rentabilité des actifs détenus par les entités publiques
6	FS.1.2.2	Fonds de l'initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés)
7	FS.1.2.3	Entreprises parapubliques (classées dans CICS dans fonds privés)
8	FS.1.2.9	Autres
9	FS.2.1	Fonds des Employeurs/ Entreprises
10	FS.2.1.2	Entreprises privées
11	FS.2.2	Ménages
12	FS.2.3	Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages
13	FS.2.3.1	ONG nationale
14	FS.2.3.2	Associations nationales confessionnelles
15	FS.2.3.3	Associations nationales non confessionnelles
16	FS.2.4	Autres fonds privés
17	FS.2.4.1	Rentabilité des actifs détenus par les entités privés
18	FS.2.4.2	Autres fonds privés
19	FS.3	Reste du Monde
20	FS.3.1	Fonds de la Coopération
21	FS.3.1.1	Coopération bilatérale
22	FS.3.1.2	Coopération multilatérale
23	FS.3.1.3	Coopération décentralisée
24	FS.3.2	Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales
25	FS.3.3	Fonds des ressortissants du pays à l'étranger

B) AGENTS DE FINANCEMENT

Num	Code	Libellé
1	HF.1	Secteur public
2	HF.1.1	Administration Publique (hors administration de sécurité sociale)
3	HF.1.1.1	Administration centrale
4	HF.1.1.1.1	Ministère de la santé
5	HF.1.1.1.2	Autres ministères et institutions d'Etat
6	HF.1.1.1.2.1	Présidence de la Rep
7	HF.1.1.1.2.2	Min.de la Défense
8	HF.1.1.1.2.3	Min.de la Sécurité
9	HF.1.1.1.2.4	Min.de la Justice
10	HF.1.1.1.2.5	Min. Ens.Pré-U.& EC
11	HF.1.1.1.2.6	Min. Ens. Tech.& FP
12	HF.1.1.1.2.7	Min. Alph. prom. Lan
13	HF.1.1.1.2.8	Sec Etat Anti drogue
14	HF.1.1.1.2.9	MATAP (RA)
15	HF.1.1.3	Collectivités territoriales/ locales
16	HF.1.2	Administration de sécurité sociale
17	HF.1.2.1	Caisse et Institut National de Sécurité Sociale
18	HF.1.2.2	Autres administrations de sécurité sociale (ex:Fonds National de Retraite)
19	HF.2	Secteur privé
20	HF.2.1	Assurances sociales privées
21	HF.2.1.2	Régimes d'assurance des employeurs privés
22	HF.2.1.2.1	Assurance groupe
23	HF.2.1.2.2	Autres régimes d'assurance des employeurs du privé (ex: IPM)

24	HF.2.1.3	Mutuelles de santé
25	HF.2.1.9	Autres
26	HF.2.2	Sociétés d'assurances privées (individuelles volontaires)
27	HF.2.3	Versements directs des ménages
28	HF.2.4	Institutions nationales à but non lucratif au service des ménages
29	HF.2.4.1	ONG nationale
30	HF.2.4.2	Associations nationales confessionnelles
31	HF.2.4.3	Associations nationales non confessionnelles
32	HF.2.5	Entreprises (hors assurance maladie)
33	HF.2.5.1	Entreprises paraétatiques
34	HF.2.5.2	Entreprises privées
35	HF.3	Reste du Monde
36	HF.3.1	Coopérations
37	HF.3.1.1	Coopération bilatérale
38	HF.3.1.2	Coopération multilatérale
39	HF.3.1.3	Coopération décentralisée
40	HF.3.2	ONG, Fondation et firmes internationales
41	HF.3.3	Ressortissants du pays à l'extérieur

C) PRESTATAIRES

Num	Code	Libellé
1	HP.1	Hôpitaux
2	HP.1.1	Hôpitaux généraux
3	HP.1.1.1	Hôpitaux généraux publics
4	HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux du ministère de la santé
5	HP.1.1.1.1.1	Hôpitaux nationaux / universitaires
6	HP.1.1.1.1.2	Hôpitaux régionaux
7	HP.1.1.1.1.3	Hôpitaux de district ou de zone
8	HP.1.1.1.2	Autres hôpitaux généraux publics (ex: hôpitaux militaires)
9	HP.1.1.2	Hôpitaux généraux privés
10	HP.1.1.2.1	Hôpitaux généraux privés à but lucratif (clinique privée)
11	HP.1.1.2.2	Hôpitaux généraux privés à but non lucratif
12	HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes
13	HP.1.2.1	Hôpitaux psychiatriques publics
14	HP.1.2.2	Hôpitaux psychiatriques privés
15	HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres que psychiatriques et pour toxicomanes)
16	HP.1.3.1	Hôpitaux spécialisés publics
17	HP.1.3.2	Hôpitaux spécialisés privés
18	HP.1.4	Hôpitaux de système de médecine non allopathique
19	HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement
20	HP.3	Prestataires de soins ambulatoires
21	HP.3.1	Cabinets privés de médecins
22	HP.3.2	Cabinets privés de dentistes
23	HP.3.3	Cabinet d'autres professionnels de santé
24	HP.3.4	Centres de soins ambulatoires

25	HP.3.4.1	Centres de planning familial
26	HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes
27	HP.3.4.3	Centres indépendants de chirurgie ambulatoire
28	HP.3.4.4	Centres de dialyse
29	HP.3.4.5	Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés
30	HP.3.4.5.1	Centres de soins ambulatoires publics
31	HP.3.4.5.1.1	Centres de soins ambulatoires du Ministère de la Santé
32	HP.3.4.5.1.2	Centres médicaux des autres ministères et institutions de l'Etat
33	HP.3.4.5.2	Centres de soins ambulatoires privés
34	HP.3.4.5.2.1	Services médicaux d'entreprises
35	HP.3.4.5.2.2	Centres de soins ambulatoires des entités à but non lucratif
36	HP.3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et structures de soins intégrés
37	HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic
38	HP.3.5.1	Laboratoires d'analyses médicales
39	HP.3.5.1.1	Laboratoires d'analyses médicales publics
40	HP.3.5.1.2	Laboratoires d'analyses médicales privés
41	HP.3.5.2	Centres d'imagerie médicale
42	HP.3.5.2.1	Centres d'imagerie médicale publics
43	HP.3.5.2.2	Centres d'imagerie médicale privés
44	HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile
45	HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires
46	HP.3.9.1	Services d'ambulance
47	HP.3.9.2	Centre National de Transfusion Sanguine
48	HP.3.9.3.	Praticiens exerçant une médecine alternative ou traditionnelle
49	HP.3.9.3.1	Tradipraticiens
50	HP.3.9.3.2	Cabinets de médecine chinoise

51	HP.3.9.9	Autres services de soins ambulatoires
52	HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux
53	HP.4.1	Pharmacies
54	HP.4.1.1	Officines
55	HP.4.1.2	Dépôts pharmaceutiques (points de vente indépendants)
56	HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique
57	HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs
58	HP.4.4	Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optique et les appareils auditifs)
59	HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux
60	HP.4.9.1	Vente informel de médicaments
61	HP.4.9.2	Autres
62	HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique
63	HP.5.1	Programme PEV
64	HP.5.2	Programme de maternité sans risque
65	HP.5.3	Programme de lutte contre le paludisme
66	HP.5.4	Programme de lutte contre la tuberculose
67	HP.5.5	Programme de lutte contre le VIH/SIDA
68	HP.5.6	Autres programmes de santé publique
69	HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie
70	HP.6.1	Administration publique de santé
71	HP.6.1.1	Ministère de la santé
72	HP.6.1.2	Autres Ministères
73	HP.6.2	Administration des régimes de sécurité sociale
74	HP.6.3	Administration des Assurances sociales
75	HP.6.3.1	Administration du régime d'assurance des employeurs privés
76	HP.6.3.2	Administration des Mutuelles de santé

77	HP.6.3.3	Administration d'autres types d'assurances sociales
78	HP.6.4	Administration des Assurances privées
79	HP.6.9	Autres institutions chargées de l'administration de la santé
80	HP.7	Autres prestataires de services de santé
81	HP.7.1	Établissement prestataires de médecine de travail
82	HP.7.3	Autres producteurs secondaires de soins de santé (ex: services de médecine scolaire).
83	HP.8	Institutions fournissant des services sanitaires connexes
84	HP.8.1	Institutions de recherche
85	HP.8.1.1	Institutions publiques de recherche
86	HP.8.1.2	Institutions privées de recherche
87	HP.8.2	Institutions d'enseignement et de formation
88	HP.8.2.1	Institutions publiques de formation
89	HP.8.2.2	Institutions privées de formation
90	HP.8.3	Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (ex: contrôle de qualité; hygiène du milieu)
91	HP.9.1	Structures de santé de l'étranger (Evacuations sanitaires)
92	HP.9.1.1	Structures de santé des autres Etats membres de l'UEMOA (CEDEAO)
93	HP.9.1.2	Structures de santé Afrique hors zone UEMOA (CDEAO)
94	HP.9.1.3	Structures de santé hors Afrique
95	HP.9.2	Autres
96	HP.nsk	Prestataires non spécifiés par type

D) FONCTIONS

Code	Libellé
HC.1	Services de soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif)
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostic courants
HC.1.3.2	Soins dentaires
HC.1.3.3	Autres soins de santé spécialisés (sauf réadaptation)
HC.1.3.9	Autres soins curatifs ambulatoires
HC.1.4	Services de soins curatifs à domicile
HC.2	Services de réadaptation
HC.2.1	Réadaptation en milieu hospitalier
HC.2.2	Réadaptation en hospitalisation de jour
HC.2.3	Réadaptation en mode ambulatoire
HC.2.4	Réadaptation à domicile
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier (malades mentaux, malades dépendants)
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3	Soins de longue durée à domicile
HC.4	Services auxiliaires
HC.4.1	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes
HC.4.2	Imagerie diagnostic pour patients externes
HC.4.3	Transport sanitaire
HC.4.9	Autres services auxiliaires
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.5.2	Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables
HC.5.2.1	Lunetterie et autres produits d'optique
HC.5.2.2	Appareils orthopédiques et autres prothèses
HC.5.2.3	Appareils auditifs
HC.5.2.4	Appareils médio-techniques, y compris fauteuils roulants
HC.5.2.9	Autres biens médicaux durables
HC.6	Service de prévention et de santé publique
HC.6.1	Service de santé maternelle et infantile (service de planning familial, consultation, nourrisson)
HC.6.2	Services de médecine scolaire
HC.6.3	Prévention des maladies transmissibles
HC.6.3.1	Paludisme
HC.6.3.2	Tuberculose
HC.6.3.3	VIH/SIDA
HC.6.4	Prévention des maladies non transmissibles
HC.6.5	Médecine du travail
HC.6.6	Services de promotion de la santé
HC.6.9	Autres services de santé publique
HC.7	Administration de la santé et Assurance Maladie
HC.7.1	Administration générale de la santé : administrations publiques
HC.7.1.1	Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale
HC.7.1.2	Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale
HC.7.2	Administration de l'assurance maladie : organismes privés

HC.7.2.1	Assurances sociales privées
HC.7.2.2	Sociétés d'assurance privées
HC.nsk.	Dépenses de santé non spécifiées par catégorie
HCR.1- 5.	Fonctions sanitaires connexes
HCR.1	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé
HCR.2	Education et formation du personnel de santé
HCR.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HCR.4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HCR.5	Hygiène du milieu
HC.R.nsk	Dépenses non spécifiées par catégorie

BIBLIOGRAPHIE

1. Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé, 2005
2. Lois de finances, 2010
3. Annuaire statistique du MSHP, 2009-2010-2011
4. Rapport UNGASS 2012/ ONUSIDA22
5. RAPPORT REVUE EXTERNE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE LA GUINEE 2011
6. Cadrage macroéconomique
7. Perspectives démographiques de la Guinée de 1996 à 2010

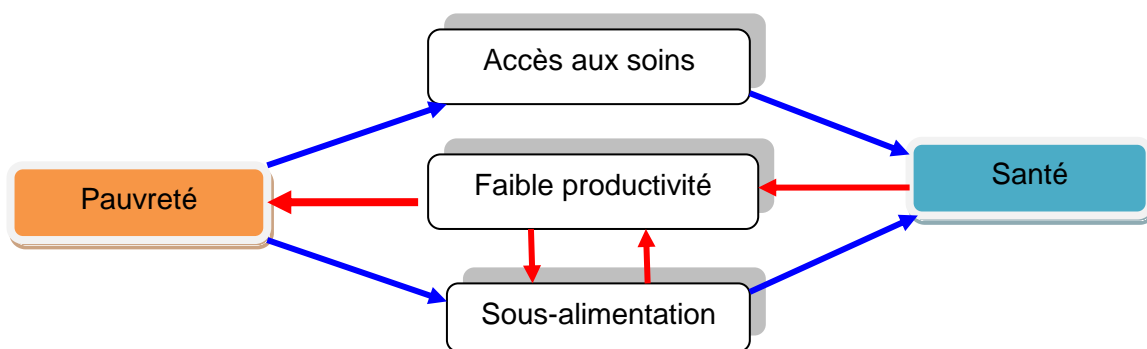
²² ci les montants sont dollar américains et le taux de change est de 1 USD= 7 000 FG. Donc pour retrouver nos montants en FG on doit appliquer la formule suivante $Mfg=Musd*7000/5987$.

Encadré 2 : Dépenses de santé et pauvreté

Les économistes s'accordent à dire que la santé constitue un des principaux, sinon le principal facteur de production. De ce fait, elle détermine la production de l'individu en agissant comme un input dans le processus de production.

La maladie se caractérise toujours par un manque à gagner au niveau de la production. Cependant, le manque à gagner dépend fortement de la période à laquelle la maladie survient et de l'individu qui en souffre. Ainsi, une maladie qui survient en saison pluvieuse se traduit par une perte importante de la production agricole en fonction du temps que le malade passe au lit et du temps d'assistance. Le nombre de personnes commises à l'assistance des malades joue sur le temps total perdu pour cause de maladies. Le coût économique engendré par l'état de maladie devient alors très important.

Il existe une corrélation entre santé et pauvreté. Les ménages en Guinée semblent être pauvres parce qu'ils sont en mauvais état de santé. Mais aussi, ils sont en mauvais état de santé parce qu'ils sont pauvres. Il y a un cercle vicieux comme le montre le schéma ci-dessous.



En Guinée, l'accès aux services de santé est fortement dépendant du niveau de richesse des ménages. Comme nous le voyons dans les fonctions de santé, la plus grande partie des dépenses des ménages est dirigée vers le médicament et les services sanitaires connexes. Dans ce contexte, **l'état de santé de la population** caractérisé par une charge importante de la morbidité et de la *mortalité*, **l'importance de son taux de croissance** (3.1) et la quasi inexistence **d'un système de protection sociale** constituent des facteurs aggravant de l'accroissement **des dépenses de santé** des ménages d'une part ; et d'autre part de leur **l'appauvrissement** résultant des pertes économiques dues à la maladie.

Financement de la riposte
Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales
(entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou
intermédiaire

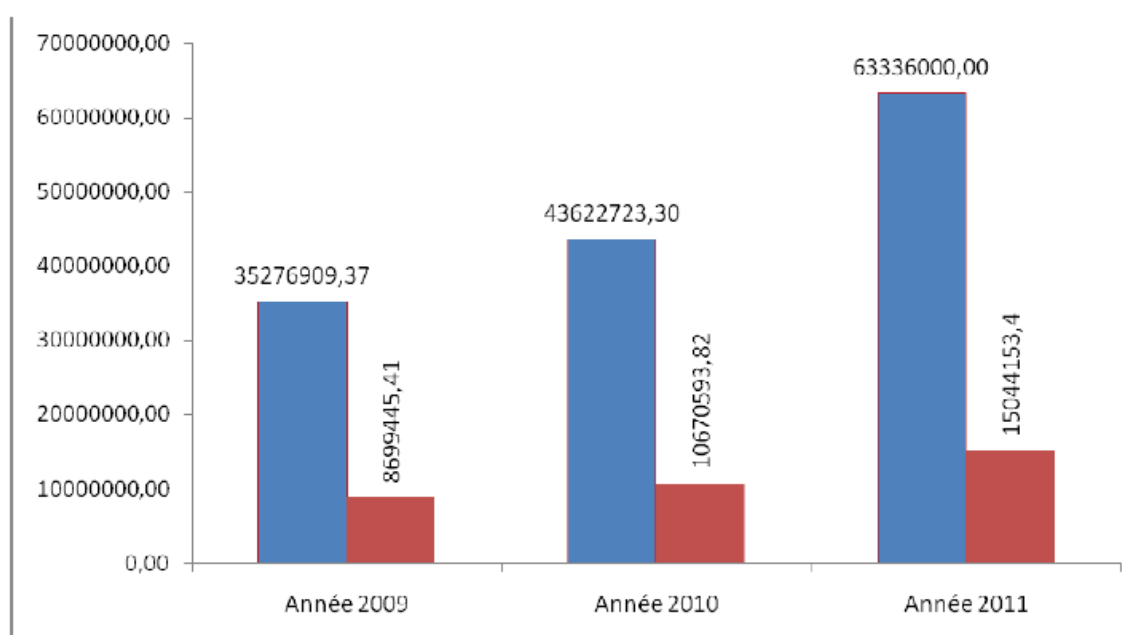


FIGURE 12 : Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2011 en rapport avec les prévisions du Cadre stratégique national 2008-2012

INDICATEUR 6.1

Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

²³ ci les montants sont dollar américains et le taux de change est de 1 USD= 7 000 FG. Donc pour retrouver nos montants en FG on doit appliquer la formule suivante $Mfg = Musd * 7000 / 5987$.

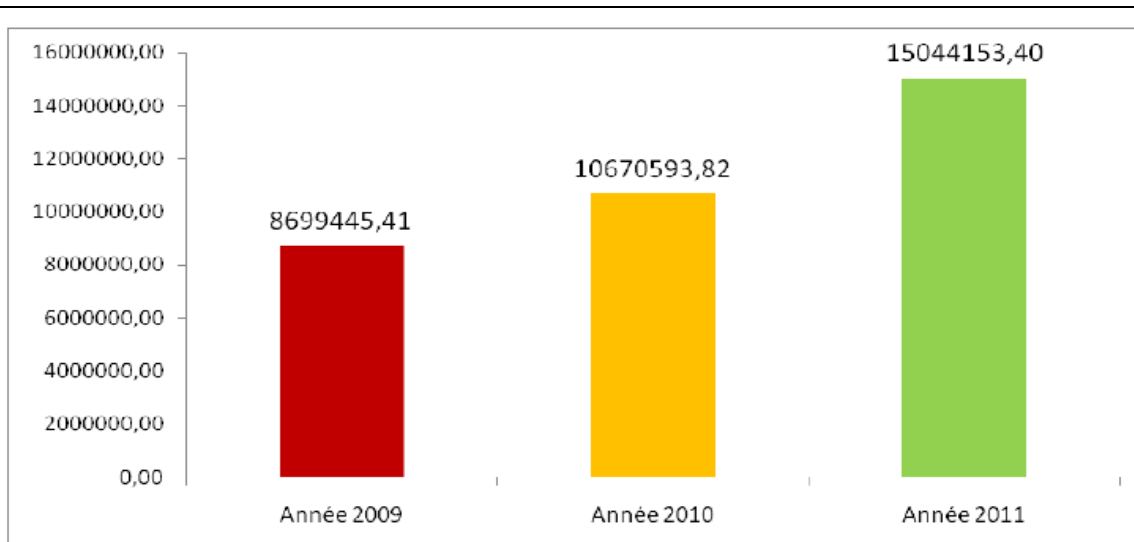
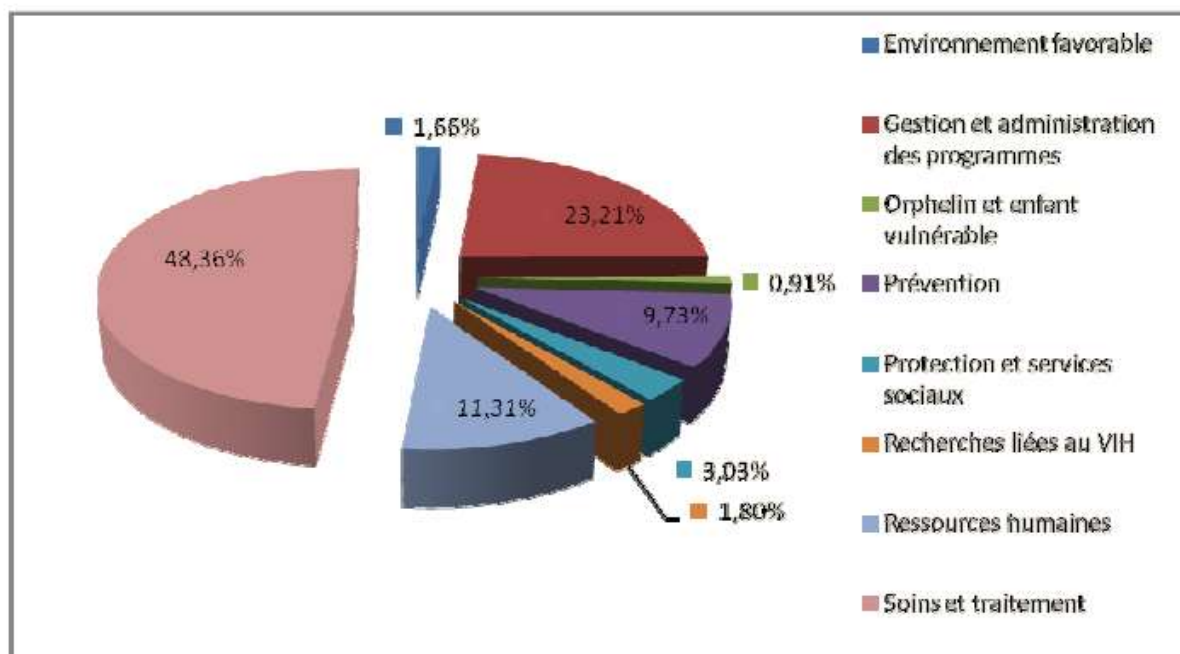


FIGURE 13 : Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2011

Financement par catégorie de dépenses liées au VIH

De 2009 à 2011 le montant total des dépenses dans le cadre de la riposte au sida est estimé à **34 414 192,63 USD**.



Dépenses total es 2011 : 15 044 153,40 USD

FIGURE 14 : Répartition des dépenses par catégorie d'intervention en 2011



FIGURE 15 : Evolution des dépenses de la prévention et des soins/soutien (en USD)

Dépenses nationales liées au sida par source de financement

Les bailleurs de fonds de la riposte au sida sont classés en 3 catégories : les internationaux, les privés et le public.

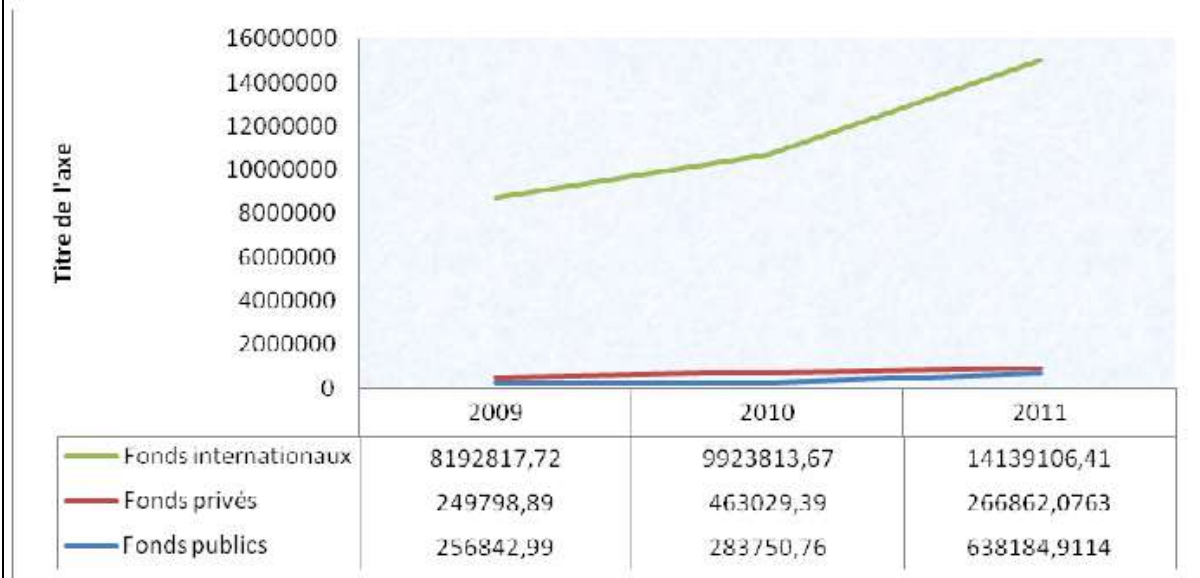


FIGURE 16 : Evolution des dépenses par source de financement

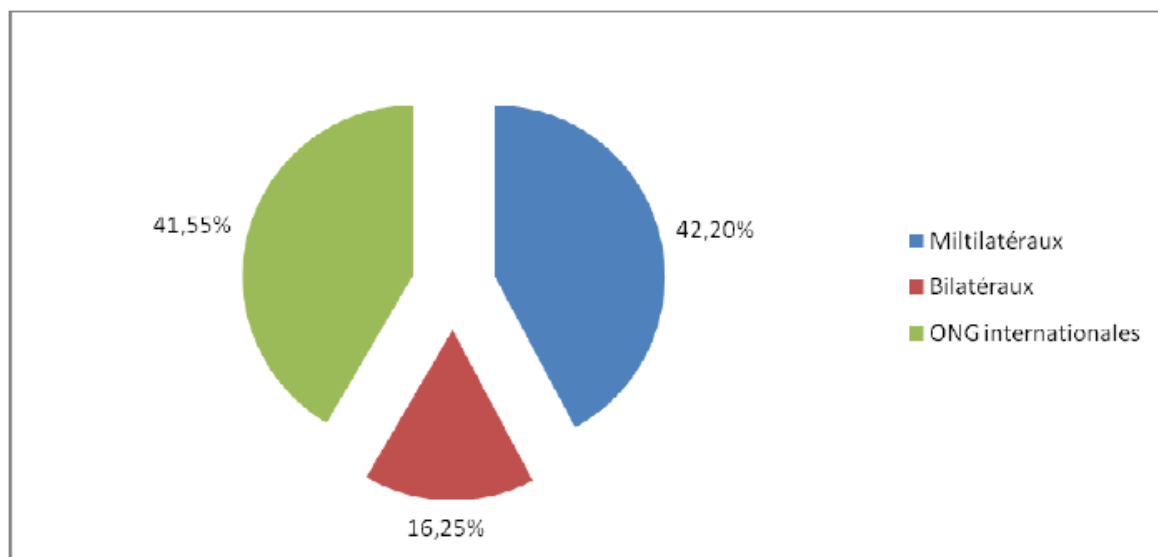
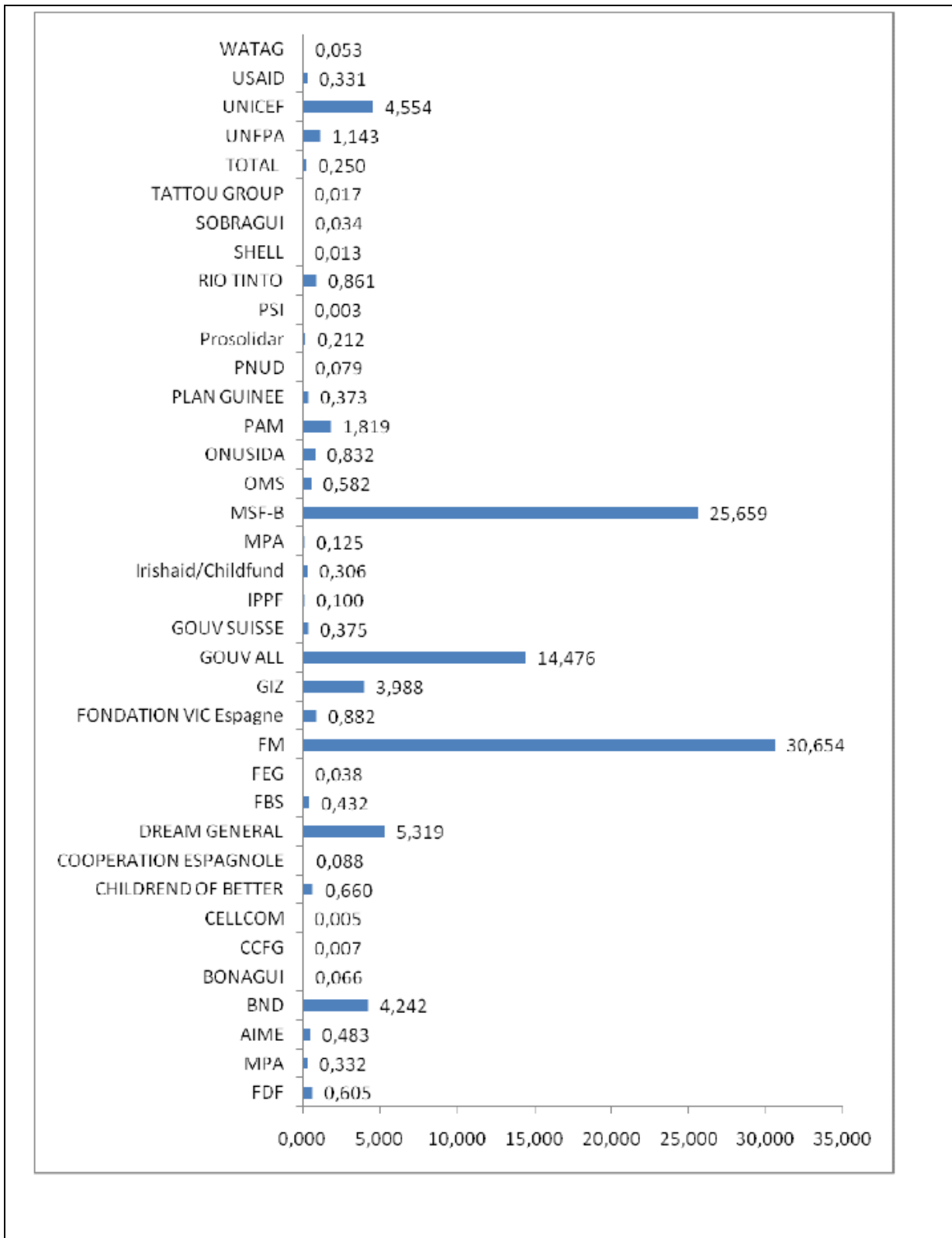


FIGURE 17 : Répartition des fonds internationaux par type de bailleurs en 2011

Les fonds alloués à la riposte en Guinée proviennent de plusieurs acteurs et Partenaires au développement.



Sources : Rapport UNGASS 2012

Tableau i. 1 : BUDGET PEV DES ACTIVITES DE ROUTINE ET DES CAMPAGNES DE VACCINATION²⁴

Désignation	Période	Montant prévu (USD)	Montant reçu (USD)	Montant dépensé (USD)	Taux de mobilisation	Taux d'absorption
2007	Vaccination de routine	5 224 999	4 760 000	4 712 000	91 %	99 %
	Campagnes de vaccination	581 364	550 000	550 000	94 %	100 %
	TOTAL GENERAL	5 806 364	5 310 000	5 262 000	91 %	99 %
2008	Vaccination de routine	6 753 442	6 475 000	6 450 000	96 %	99,6 %
	Campagnes de vaccination	8 474 439	610 200	610 200	7 %	100 %
	TOTAL GENERAL	15 227 881	7 085 200	7 060 200	46 %	99,64 %
2009	Vaccination de routine	10 081 486	5 786 282	5 786 282	57 %	100 %
	Campagnes de vaccination	2 983 398	2 719 420	2 719 420	91 %	100 %
	TOTAL GENERAL	13 064 884	8 805 702	8 805 702	65 %	100 %
2010	Vaccination de routine	11 329 746	4 730 500	4 730 500	42 %	100 %
	Campagnes de vaccination	631 579	10 315 941	10 315 941	1 633 %	100 %
	TOTAL GENERAL	11 961 325	15 046 441	15 046 441	125 %	100 %
2011	Vaccination de routine	10 002 751	4 100 500	4 097 500	41 %	99,92 %
	Campagnes de vaccination	649 263	8 695 651	8 695 651	1 339 %	100 %
	TOTAL GENERAL	10 652 014	12 796 151	12 793 151	120 %	99,97 %
TOTAL	Vaccination de routine	43 392 425	25 852 282	25 776 282	59 %	99,70 %
	Campagnes de vaccination	13 320 043	22 891 212	22 891 212	172 %	100 %
	TOTAL GENERAL	56 712 467	48 743 494	48 667 494	86 %	99,84 %

Sources : RAPPORT REVUE EXTERNE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE LA GUINEE 2011

²⁴ Ici les montants sont dollar américains et le taux de change est de 1 USD= 7 000 FG. Donc pour retrouver nos montants en FG on doit appliquer la formule suivante $M_{fg} = M_{usd} * 7000 / 5987$.

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

Selon les données du dernier recensement de la population (RGPH 96), la population guinéenne a un taux de croissance démographique relativement élevé (+3,1%/an) et la population est relativement jeune. Si ce taux reste constant la population va doubler d'ici ..., la mortalité et **la morbidité** sont encore élevées.

INDICATEURS MACRO-ECONOMIQUES

Evolution positive de la croissance économique entre 2009 et 2011 caractérisée par une augmentation du PIB de 22 132,6 milliard GNF en 2009 à 33 038,1 milliard GNF en 2011 et de l'amélioration du taux de croissance économique (-0.3% en 2009, 1,9% en 2010 et 4,00% en 2011).

INDICATEURS DE RESSOURCES SANITAIRES

INDICATEURS DE RESSOURCES EN INFRASTRUCTURES SANITAIRES

La couverture des infrastructures sanitaires publiques est relativement faible.

Tableau i. 2 : Evolution des principaux indicateurs d'infrastructures sanitaires

Indicateurs	2009	2010	2011
Infrastructures sanitaires publiques			
Etablissements sanitaires publics du Ministère de la Santé			
Postes de santé	676	628	726
Centres de santé	395	396	397
Centres Médico-Communaux	8	8	8
Hôpitaux départementaux	26	26	26
Hôpitaux Régionaux	7	7	7
Hôpitaux nationaux	2	2	2
Lits d'hospitalisation	3 008	3 017	3 060
Etablissements sanitaires offrant les services de lutte contre le VIH/sida			
Nombre de sites de PTME			
Nombre de sites de CDV			
Nombre de site de PEC ARV			
Couverture des infrastructures sanitaires publiques			
Habitants par centre de santé	25 837	26 596	27 378
Nombre de centres de santé pour 10 000 habitants	0,39	0,38	0,37
Femmes en Age de Procréer par maternité	56 860	57 314	59 148
Habitants par lits d'hospitalisation	3 3 93	3 491	3 552
Nombre de lits pour 10 000 habitants	2,95	2,86	2,82
Infrastructures sanitaires privées			
Etablissements médico-techniques privées agréés			
Cliniques médocirurgicales	33	33	33
Poly cliniques	11	11	11
Cabinets de consultation	228	228	228
Cabinets dentaires	17	17	17

infrastructures pharmaceutiques privées			
Officines	284	284	284
Laboratoires d'analyses biomédicales	5	5	5
Sociétés grossistes répartiteurs	25	25	25

INDICATEURS DE RESSOURCES HUMAINES

La couverture des infrastructures sanitaires publiques est relativement faible.

Tableau i. 3 : Evolution des principaux indicateurs de ressources humaine de la santé

Indicateurs	2009	2010	2011
Habitants par infirmier	7 691	7 937	8 191
Nombre d'infirmiers pour 10 000 habitants	1,3	1,3	1,2
Habitants par médecin	5 896	6 084	6 279
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1,7	1,6	1,6
Femmes en Age de Procréer par Sage-femme	5 081	5 244	5 411
Sage-femme pour 10 000 femmes en âges de procréer	2,0	1,9	1,8

INDICATEURS D'ACTIVITES SANITAIRES

Service de santé de la mère-enfant

Tableau i. 4 : Evolution des indicateurs de santé mère - Enfant

Indicateurs	2009	2010	2011
Consultation prénatale			
Taux d'utilisation des CPN (CPN1)	77,2%	81,0%	90,3%
Couverture CPN3	64,5%	65,3%	71,7%
Accouchements et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)			
% d'accouchements assistés par un personnel de santé	24,8%	29,5%	36,5%
% des complications de grossesses référées par les centres de santé	8,35%	6,60%	7,7%
% des complications de grossesses traitées par les centres de santé	91,50%	93,20%	92,1%
% des complications de grossesses référées par les CMC et hôpitaux	7,9%	4,8%	7,0%
% des complications de grossesses traitées par les CMC et hôpitaux	88,1%	89,2%	90,9%
Taux de mortalité (p1000)	13,4	16,2	22,3
% des naissances des faibles poids (< 2500 g)	7,1%	7,6%	5,5%
Nombre de décès maternels	194	298	332
Consultation post-néonatale			
taux de consultation prénatale dans les 42 jours après l'accouchement	27,8%	27,9%	30,1%
% d'accouchées ayant reçu la Vit A 200 000 UI en post partum	33,7%	30,2%	31,6%
Planification familiale			

Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes en âge de procréer	12,5%	15,6%	16,2%
Taux de nouvelles utilisatrices	5,8%	7,9%	7,9%
Vaccination des enfants de 0-11 mois			
Couverture vaccine BCG	102,1%	102%	102,6%
Couverture vaccinale VPO3	88,8%	88%	97,4%
Couverture vaccinale PENTA 3	88,1%	89%	107,1%
Couverture vaccinale VAR	89,7%	89%	93,9%
Couverture vaccinale VAM	72,8%	92%	93,4%
Vaccination des femmes			
Couverture vaccinale VAT2+ des femmes enceintes	53,4%	52,5%	63,2%
Couverture vaccinale VAT2+ des femmes en âge de procréer	10,9%	11,2%	12,7%

Service de soins curatifs

Tableau i. 5 : Evolution des indicateurs de services de consultation et d'hospitalisation

Indicateurs	2009	2010	2011	Taux Moyen de variation annuelle
Consultations ambulatoires dans les centres de santé				
Nombre de premier contact par habitant par an	0,25	0,26	0,28	
Taux de fréquentation	36,3%	41,6%	39,8%	
Consultations dans les CMC et Hôpitaux				
% des consultants venant de la commune	71,0%	75,4%	75,2%	
Hospitalisation dans les CMS				
Nombre d'admissions	7 325	6 167	5 408	
Durée moyenne de séjour (jour)	5	6	6	
Taux d'occupation des lits	61%	54%	50%	
Létalité hospitalière	6%	3%	2%	
Hospitalisation dans les hôpitaux départementaux				
Nombre d'admissions	48 305	43 261	42 170	
Durée moyenne de séjour	7	7	7	
Taux d'occupation des lits	65%	68%	68%	
Létalité hospitalière	4%	3%	4%	
Hospitalisation dans les hôpitaux régionaux				
Nombre d'admissions	28 849	23 570	25 104	
Durée moyenne de séjour	6	7	6	
Taux d'occupation des lits	78%	64%	64%	
Létalité hospitalière	5%	6%	6%	
Hospitalisation dans les hôpitaux				

nationaux (Donka)				
Nombre d'admissions	12 866	15 500	9 142	
Durée moyenne de séjour	8	6	10	
Taux d'occupation des lits	121%	99%	110%	
Létalité hospitalière	3%	3%	6%	