

---

## **Quels sont les effets de la maladie à virus Ebola sur le système de santé ainsi qu'en matière de coopération dans le secteur en République de Guinée?**

**Auteur :** Ly, Salim

**Promoteur(s) :** Paul, Elisabeth

**Faculté :** Faculté des Sciences Sociales

**Diplôme :** Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée  
Coopération Nord-Sud

**Année académique :** 2016-2017

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/3631>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

NOM :

Prénom :

Matricule :

Filière d'études :

# Résumé

## Contexte

L'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) a commencé dans la préfecture de Guéckédou, en Guinée Forestière, le 06 décembre 2013. Vers mi-mars 2014 les autorités sanitaires guinéennes confirment la présence de MVE en Guinée. Entre-temps, la MVE s'était propagée à l'extérieur du pays. Pour l'ensemble des pays touchés, il y a eu au total 28.616 cas confirmés/probables/soupçonnés, plus de 11.310 décès et 23.588 orphelins.

## Question de recherche

Quels sont les effets de la MVE sur le système de santé ainsi qu'en matière de coopération en santé en République de Guinée ?

## Méthode

Nous avons choisi l'étude de cas comme méthodologie de recherche, en mobilisant différents outils de collecte des données : la recherche documentaire, l'étude de terrain durant laquelle des entretiens semi-directifs formels et informels ont été réalisés et l'observation participante.

## Résultats

1) Effets négatifs : d'abord, la MVE a mis au jour l'état de délabrement avancé du système de santé guinéen. Ensuite, elle a démontré les limites du Comité de coordination national ainsi que les défaillances des systèmes nationaux de gestion. 2) Effets positifs : d'abord, tous les piliers du système de santé ont été renforcés et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé a été élaboré à cette fin. Ensuite, la Coordination nationale des parties prenantes dans le secteur de la santé et les systèmes nationaux de gestion « marchent mieux qu'avant la survenue de la MVE ».

## Conclusion

Malgré ses effets désastreux au niveau humain, la MVE a constitué une opportunité de relancer le renforcement du système de santé guinéen. Mais pour améliorer la santé de la population, il faut un plus grand leadership du Ministère de la Santé et une utilisation accrue des systèmes nationaux de gestion par les partenaires au développement.

## Sommaire

Résumé.....	2
Sommaire.....	3
Remerciements.....	5
Table des tableaux et encadrés.....	6
Liste des acronymes.....	7
Introduction.....	10
Première partie : objet de la recherche, éléments théoriques et contextuels.....	11
Cadre conceptuel.....	11
Les systèmes de santé.....	11
Objectifs.....	11
Fonctions.....	11
Éléments constitutifs.....	12
Systèmes complexes et analyse systémique.....	13
L'efficacité de l'aide au développement.....	13
Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.....	14
Partenariat international pour la santé et initiatives liées (IHP+).....	15
Note méthodologique.....	16
Question de recherche.....	16
Hypothèses.....	16
Définition du champ d'observation.....	17
Type d'étude.....	17
Techniques de collecte des données.....	18
Parcours de la littérature.....	18
Observation.....	18

Entretiens.....	19
Obstacles rencontrés.....	20
Contextualisation de l'objet d'étude.....	21
Situation géographique-administrative, politique et socio-économique.....	21
Profil sanitaire.....	23
Le système de santé et ses éléments constitutifs.....	24
Historique du système de santé.....	28
Politiques de santé.....	29
L'aide au développement dans le secteur de la santé.....	29
Tendances chiffrées.....	29
Principaux partenaires et alignement.....	30
L'épidémie d'Ebola.....	32
Déroulement des faits.....	32
Réponses internationales et nationale face à l'épidémie.....	33
Deuxième partie : analyse de la situation.....	39
Effets de la maladie à virus Ebola sur le système de santé.....	39
Effets sur la prestation des services.....	39
Effets sur les ressources humaines.....	40
Effets sur le système d'information sanitaire.....	42
Effets sur les infrastructures et sur l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux.....	43
Effets sur le financement de la santé.....	45
Effets sur le leadership et la gouvernance.....	47
Effets sur la population et la demande de soins.....	50
Conclusion préliminaire.....	53

Effets de la MVE en matière de coopération en santé.....	54
Effets sur l'appropriation de l'aide.....	54
Effets sur l'alignement sur les politiques et les systèmes nationaux.....	55
Effets sur l'harmonisation de l'aide.....	56
Effets sur l'orientation vers les résultats et la redevabilité mutuelle.....	58
Effets sur les sept comportements de l'IHP+.....	58
Conclusion préliminaire.....	61
Conclusions.....	64
Recommandations.....	67
Références.....	68
Annexes.....	73
A) Plan de mis en œuvre des activités de communication.....	73
B) Ordre de mission du Ministère de la santé/Organisation nationale des parties prenantes durant la MVE en Guinée.....	74

## Remerciements

Je souhaite par l'entremise de ces quelques mots adresser mes sincères remerciements aux nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Si aujourd'hui je peux enfin mettre un point final à ce travail de longue haleine, c'est notamment grâce à vous.

D'abord, je tiens à remercier ma promotrice Madame Elisabeth Paul, le Dr. Mohamed Lamine Dramé pour leurs précieux soutiens, leurs commentaires éclairants ainsi que pour toute la confiance qu'ils ont eue à mon égard tout au long de cette recherche et aussi à Monsieur Marc Poncelet d'avoir accepté d'être un de mes lecteurs.

Ensuite, je veux remercier tous les participants à mon étude. Je suis très content d'avoir pu compter sur votre collaboration. Je me considère très privilégié d'avoir pu obtenir de votre temps, étant conscient des échéances de travail souvent très serrées auxquelles vous êtes confrontés. Merci de vous être livrés gratuitement à l'exercice et d'avoir partagé ouvertement avec moi vos expériences et vos connaissances. Sans vous, ce travail aurait été impossible à réaliser.

En outre, ma reconnaissance va à tous les membres de ma famille qui ont su comprendre et respecter mes nombreuses indisponibilités liées à la rédaction de ce mémoire. Ma reconnaissance va également à Oumou Ly qui me donne de l'espoir pour l'avenir. Merci également à Madame Coralie Muselle de m'avoir encouragé à continuer mes études. Et merci à tous mes amis aussi (Ibrahim, Alexandre, Loïc, Oury, Ludovic, Guillaume, Raphaël, etc.) pour vos soutiens et disponibilités ! Que d'heures nous avons consacrées à discuter de mes travaux (mon travail personnel en première année de master et ce mémoire-ci), etc. Nous pourrions enfin tourner la page et passer à d'autres sujets de discussion !

Pour terminer, mes derniers remerciements vont à la Fédération Wallonie-Bruxelles, à la Faculté des Sciences Sociales de l'Université de Liège ainsi qu'au Centre pour le Partenariat et la Coopération au Développement (PACODEL) pour vos soutiens intellectuels, matériels et financiers qui m'ont encouragé à réaliser ce mémoire.

De près ou de loin, vous m'étiez tous essentiels.

## Table des tableaux et encadrés

**Tableau 1 : nombre d'entretiens formels à Conakry (p21)**

**Tableau 2 : indicateurs des OMD liés à la santé (p25)**

**Tableau 3 : structures médicales en Guinée (p29)**

**Tableau 4 : PTF 2011-2012 (pp31-32)**

**Tableau 5 : allocation de l'APD en santé (p33)**

**Tableau 6 : comparaison entre le rapport de l'IHP+ 2014 et celui de 2016 sur la Guinée (pp62-64)**

**Tableau 7 : plan de mis en œuvre des activités de communication (UNICEF 2014) (p74)**

**Encadré 1 : MSF en tant que premier acteur international sur le terrain (p36)**

**Encadré 2 : SNIS (pp37-38)**

**Encadré 3 : leadership mondial (pp38-39)**

**Encadré 4 : réponse nationale (p39)**

**Encadré 5 : raison de la création de la Cellule de coordination nationale contre Ebola (p50)**

## Liste des acronymes

*ACDI : Agence canadienne de développement international*

*AFD : Agence française de développement*

*Alliance GAVI : Alliance Globale pour les vaccins et l'immunisation*

*ANSS : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire*

*APD : Aide publique au développement*

*ATS : Agent technique de santé*

*BID : Banque islamique de développement*

*BM : Banque mondiale*

*CAD/OCDE : Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économique*

*CCSS : Comité de Coordination du Secteur Santé*

*CDMT : Cadre de dépenses à moyen terme*

*CNS : Comptes nationaux de la santé*

*CSC: Centres de soins communautaires*

*CSU2030 : Couverture santé universelle 2030*

*CTCS : Comité Technique Communal de la santé*

*CTE: Centres de traitement Ebola*

*CTPS : Comité Technique Préfectoral de la Santé*

*CTRS : Comité Technique Régional de la santé*

*DCS : Directions Communales de la santé*

*DHISD : Dynamic Host Information System server*

*DPS : Directions Préfectorales de la santé*

*EDS : Enquête Démographique et de Santé*

*ELEP : Évaluation de la Pauvreté*

*EPI/EPP: Équipement de protection individuel/personnel*

*FMG: Fraternité Médicale Guinée-ONG nationale*

*Fonds mondial : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*

*GOARN : Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie*

*HHA: Harmonization for Health in Africa*

*IHP+ : Partenariat international et initiatives liées*

*JICA : Agence japonaise de coopération internationale*

*MICS : Indicateurs Multiples*

*MS : Ministère de la Santé*

*MVE : Maladie à virus Ebola*

*ODD : Objectifs de développement durable*

*OMD : Objectifs du millénaire pour le développement*

*OMS : Organisation mondiale de la santé*

*ONG : Organisation non gouvernementale*

*ONU : Organisation des Nations Unies*

*ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida*

*OSC : Organisation de la société civile*

*PAM : Programme alimentaire mondiale*

*PCA : Paquet Complémentaire d'Activités*

*PCI: Prévention et contrôle des infections*

*PEV : Programme élargi de vaccination*

*PMA : Paquet Minimum d'Activités*

*PNDS : Plan National de Développement Sanitaire*

*PNS: Politique Nationale de Santé*

*PRRSS : Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé*

*RG : République de Guinée*

*RHS : Ressources humaines*

*RSI : Règlement Sanitaire International*

*SSP : Soins de Santé Primaires*

STEPP: Stop the outbreak; Treat the infected; Ensure essential services; Preserve stability; Prevent further outbreaks.

*TDR : Test de diagnostic rapide*

*UNDP : Programme des Nations Unies pour le développement*

*UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance*

*UNFPA/FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population*

*UNMEER : Mission sanitaire d'urgence des Nations Unies*

*UNPBF : Programme des Nations Unies pour le renforcement de la paix*

*USAID: Agence des États-Unis pour le développement international*

*USD: United States dollar*

*VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immuno Deficience Acquis*

*« 4\*4 »: Véhicule tout-terrain*

## Introduction

C'est en 1976 qu'est apparue, pour la première fois, la maladie à virus Ebola dans l'actuel Soudan du sud ainsi qu'en République démocratique du Congo (RDC). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2017, ce sont les chauves-souris frugivores de la famille des Pteropodidés qui sont les hôtes du virus et sa transmission chez les humains se fait par le biais de certains animaux (chimpanzés, gorilles, singes, antilopes des bois ou porcs-épics, etc.) retrouvés malades ou morts dans la forêt tropicale. La MVE provoque une maladie aiguë et grave qui peut être mortelle si elle n'est pas prise en charge.

Si les cas au Soudan et en RDC ont été très vite circonscrits à l'époque, la récente MVE en Afrique de l'Ouest a dépassé cette-fois les frontières nationales du pays hôte pour se propager dans plusieurs autres pays du monde (OMS 2017). Tout a commencé dans la préfecture de Guéckédou, dans le sud-est de la Guinée (Philips and Markham 2014), où le 06 décembre 2013 un garçon de deux ans est tombé malade atteint par une maladie « inconnue ». C'est plus de trois mois après cela que les autorités guinéennes, avec l'aide de MSF, confirmeront la présence du virus Ebola en Guinée (OMS 2017). L'épidémie de la MVE a contribué à affaiblir un système de santé guinéen déjà moribond ainsi qu'à montrer les limites de la coopération au développement dans le secteur. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de réaliser une étude sur les effets de la MVE dans le domaine de la santé. Pour ce faire, nous allons :

Dans un premier temps, porter notre attention sur le positionnement théorique où nous définissons le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie utilisée.

Dans un second temps, mettre l'accent sur la République de Guinée afin de contextualiser notre objet d'étude notamment en étudiant la situation géographique, administrative, politique et socio-économique ; le système de santé ; la coopération au développement dans le secteur ainsi que le déroulement des faits liés à la MVE.

Dans un troisième temps, faire une analyse de la situation afin de relever les effets de la MVE dans le secteur de la santé.

Enfin, après la conclusion générale et la validation de nos hypothèses de recherche, proposer quelques modestes recommandations au Ministère de la Santé sur le renforcement du système de santé ainsi que sur l'amélioration de l'efficacité de l'aide dans le secteur.

# Première partie : objet de la recherche, éléments théoriques et contextuels

## Cadre conceptuel

### Les systèmes de santé

Le système de santé d'un pays donné représente l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources consacrées à améliorer la santé de sa population (OMS 2000).

### **Objectifs**

Selon l'OMS, (2000), les systèmes de santé doivent poursuivre trois grands objectifs :

-l'amélioration de la santé de la population : c'est l'objectif fondamental des systèmes de santé et leur raison d'être.

-assurer une répartition équitable du financement du système de santé : le système de santé doit être financé de telle sorte que les personnes riches ainsi que celles en bonne santé payent, respectivement, pour les populations pauvres et malades.

-assurer la réactivité du système de santé : le système de santé doit être capable d'assurer le respect de la dignité et de la liberté des patients ainsi que la confidentialité de l'information.

### **Fonctions**

Les fonctions des systèmes de santé doivent leur permettre d'atteindre leurs objectifs. Pour ce faire, l'OMS, (2000), a relevé quatre grandes fonctions des systèmes de santé :

-la prestation de service de santé : elle doit être la principale fonction des systèmes de santé car elle contribue au premier plan à l'amélioration de la santé des populations. Elle consiste essentiellement à offrir des soins aux patients.

-la production de ressources humaines et physiques : les systèmes de santé doivent pouvoir produire des ressources humaines, du capital physique et des produits consommables afin d'offrir les meilleurs soins

possibles aux patients.

-le financement : la fonction de financement du système de santé consiste à organiser la collecte des fonds, la mise en commun des recettes et l'achat des prestations de service.

-l'administration générale : elle consiste à définir les finalités et l'orientation de la politique sanitaire, l'exercice d'une influence par la voie d'une réglementation et d'un plaidoyer et la collecte et l'exploitation de l'information.

Les trois dernières fonctions sont des fonctions complémentaires à la première mais non moins importantes que celle-ci dans l'atteinte des objectifs des systèmes de santé. En effet, les quatre fonctions interagissent entre elles et se complètent. Par exemple, pour pouvoir prester des soins, il faut des ressources humaines et physiques. Ces dernières ont cependant besoin de financement. Et c'est là qu'intervient l'administration générale afin de définir ces modalités de financement, les services de soins à prester ainsi que les modalités dans lesquelles ces prestations se tiendront. En résumé, pour qu'un système de santé fonctionne et soit performant, il doit remplir ces quatre fonctions dans leur entièreté et au moins dans leur minimum.

### ***Éléments constitutifs***

Un système est constitutif d'éléments essentiels, de sorte que l'interrelation entre ces derniers fait qu'on a un système. Ainsi, ces éléments pris individuellement ne forment pas le système en soi mais c'est plutôt leur interaction qui le fait. Concernant les systèmes de santé, l'OMS relève sept éléments constitutifs<sup>1</sup> (OMS 2010 ; Dramé 2016) :

-le leadership et la gouvernance : c'est à ce niveau qu'on élabore la politique et les stratégies sanitaires du pays, qu'on clarifie les rôles des acteurs public-privé et qu'on gère les demandes conflictuelles.

-les ressources humaines : c'est ici qu'on retrouve la force de travail du système, ceux qui interviennent sur le terrain.

-l'information : l'information permet, à la fois, dans une approche de bottom-up, de faire remonter aux responsables politiques les informations sur la réalité du terrain, et, dans une approche de top-down, de définir la politique et les stratégies sanitaires spécifiques au pays.

-le financement : un financement durable et équitable assure la viabilité du système. Les principales sources

---

<sup>1</sup> Nous considérons les expressions « éléments constitutifs du système de santé » et « piliers du système de santé » comme des synonymes.

de financement des systèmes de santé se font par le biais des impôts, des cotisations spécifiques à la santé (prépaiement/paiement direct) et/ou de l'aide au développement dans le secteur (en particulier pour les pays en voie de développement).

-les médicaments, les vaccins et les technologies : le système de santé doit être en mesure d'assurer la disponibilité d'une quantité de médicaments, d'infrastructures et d'équipements suffisants et adéquats afin d'offrir des prestations de soins de qualité.

-la prestation des services de soins : c'est en quelque sorte l'output des systèmes de santé. En général, le bon accomplissement des éléments constitutifs précédents assure d'une prestation de soins de qualité et dans l'équité.

-la population : longtemps perçue comme simple consommatrice des produits sanitaires. Elle est aujourd'hui représentée comme le centre de gravité des systèmes de santé.

### *Systemes complexes et analyse systémique*

Les systèmes de santé sont des entités complexes et évolutives. Elles ont la capacité de s'auto-organiser, de s'adapter et d'évoluer dans le temps. Leur complexité résulte de l'interrelation entre leurs éléments constitutifs. Leur aspect évolutif et leur adaptabilité pourraient être liés au fait que toute intervention qui vise un des éléments constitutifs du système a aussi des effets sur d'autres éléments constitutifs (OMS 2009).

Compte tenu de cette complexité des systèmes de santé et de leur caractère évolutif, l'approche systémique semble être la plus adéquate afin de mieux saisir les systèmes de santé. L'approche systémique appréhende les « éléments » comme faisant partie d'un système dynamique plus vaste. Elle veut saisir les liens, les relations et les interactions qui se font entre les éléments constitutifs du système, ainsi que la manière dont ces derniers se comportent les uns envers les autres (OMS 2009).

### *L'efficacité de l'aide au développement*

Au début des années 1990, qui marque la fin de la guerre froide et le début de la récession en Occident, on va assister à une « fatigue de l'aide » internationale. Ce qui va entraîner une remise en cause des modalités traditionnelles de coopération au développement. La communauté des bailleurs de fonds va s'engager dans une vaste réforme du système de coopération internationale afin de rendre l'aide au développement plus efficace. Les principaux outils qui vont être promus dans ce cadre vont être : le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, l'approche programme ou approche sectorielle, les fonds communs et l'appui budgétaire (Paul et al. 2008 ; Paul et al. 2012, Paul et al. 2013).

Depuis 2003, une série de forums de haut niveau ont été organisés sous l'égide du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économique (CAD/OCDE), qui ont débouché sur des engagements internationaux en faveur de l'efficacité de l'aide, dont la Déclaration de Paris de 2005 (Paul et al. 2008).

Le secteur de la santé est très avancé dans la mise en œuvre de ces "nouvelles" approches de coopération au développement notamment à travers l'approche sectorielle dont les principes ont été réaffirmés et consolidés à travers le Partenariat international et initiatives liées lancé en 2007 (Paul et al. 2013).

### ***Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement***

La Déclaration de Paris repose sur cinq principes, assortis d'une douzaine d'indicateurs de progrès, pour plus d'efficacité de l'aide au développement. Ces principes vont être réitérés dans le Programme d'Action d'Accra en 2008 et le Partenariat de Busan pour une coopération efficace en faveur du développement en 2011 (Paul et al. 2008 ; OCDE 2012) :

-l'appropriation : les pays en développement doivent s'investir du premier rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs stratégies nationales de développement.

-l'alignement : les donateurs devront aligner leurs aides sur les priorités, les stratégies et les budgets des pays en développement ainsi qu'utiliser les institutions et les systèmes nationaux dans toute la mesure du possible.

-l'harmonisation : les donateurs devront instaurer des procédures et des dispositifs communs et mettre en œuvre une division du travail afin d'éviter une fragmentation excessive de l'aide et minimiser les coûts de transaction pour le pays partenaire.

-la gestion axée sur les résultats et la responsabilité mutuelle et nationale : les donateurs devront mettre l'accent sur les résultats dans la gestion et la mise en œuvre de l'aide et exploiter les informations pour une meilleure prise de décision afin d'établir et d'utiliser les cadres de notification et d'évaluation centrés sur les résultats, en harmonisant les exigences de suivi et d'établissement. Les pays en développement doivent renforcer les liens entre les stratégies nationales de développement et les processus budgétaires, le rôle des parlements dans les stratégies et les budgets de développement national ainsi qu'impliquer bon nombre de partenaires dans l'évaluation des progrès.

### ***Partenariat international pour la santé et initiatives liées (IHP+)***

Dans le domaine spécifique de la santé, le Partenariat international pour la santé et initiatives liées a été créé en 2007 pour faciliter la mise en œuvre des principes d'efficacité de l'aide au développement dans le secteur et aussi accélérer la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé (Paul et al. 2013). L'IHP+ regroupait plus d'une trentaine de pays en développement et vingt-neuf partenaires au développement qui se sont engagés à améliorer l'efficacité de leur coopération au développement (66 signataires en mars 2016). L'objectif de l'IHP+ était d'améliorer la santé dans les pays en développement en améliorant la qualité, la gestion et l'efficacité de l'aide et des ressources nationales consacrées à la santé, sur base des principes de Paris sur l'efficacité de l'aide (IHP+ 2014).

En 2012, lors de la quatrième réunion des équipes santé des pays de l'IHP+ à Nairobi, les différents acteurs ont relevé des domaines dans lesquels les partenaires internationaux au développement devront modifier leurs comportements (sept comportements) afin d'accélérer l'atteinte des OMD relatifs à la santé. En 2014, l'IHP+ a publié un rapport de performance qui a évalué quatre de ces sept comportements. Les sept comportements pour une coopération efficace en matière de santé (ibid.) :

-l'appui conjoint à une stratégie nationale de santé unique, à travers un processus de développement inclusif et d'évaluation conjointe.

-l'inscription des apports de ressources dans le budget et en ligne avec les priorités nationales, et la prévisibilité du financement du gouvernement et des partenaires au développement.

-l'assurance que les systèmes de gestion financière des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes.

-l'assurance que les systèmes de passation des marchés / d'approvisionnement des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes.

-le suivi conjoint des processus et des résultats, basé sur une plate-forme nationale d'information et de redevabilité, comprenant notamment des Revues annuelles conjointes qui définissent les actions et renforcent la redevabilité mutuelle.

-la promotion et l'appui à l'apprentissage systématique entre pays (sud-sud / coopération triangulaire).

-des appuis techniques planifiés stratégiquement et bien coordonnés.

Depuis septembre 2015, les OMD ont été remplacés par les objectifs de développement durable (ODD) relatifs à la santé qui sont plus universels et beaucoup plus ambitieux. En outre, en septembre 2016, l'IHP+ s'est transformé en « Partenariat international de santé pour la couverture sanitaire universelle 2030 (CSU 2030) ». Ce qui l'a amené à redéfinir ses objectifs. Le partenariat CSU2030 veut obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, en réalisant les ODD relatifs à la santé et la CSU2030. Dans ce cadre, en adhérant à l'IHP+ puis au partenariat CSU2030, les pays partenaires d'un côté et les partenaires au développement de l'autre s'engagent, par la signature d'un Pacte national, à déterminer ensemble de quelle manière ils vont collaborer pour atteindre ses objectifs<sup>2</sup>.

Ce sont ces concepts que nous allons mobiliser pour étudier le système de santé guinéen ainsi que la coopération dans le secteur.

## Note méthodologique

### Question de recherche

Dans le cadre du travail personnel en première année de master, nous avons eu à traiter des obstacles rencontrés par l'État guinéen dans la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement dans son secteur de la santé. Concernant ce mémoire, nous décidons de mettre un focus sur la maladie à virus Ebola en Guinée afin d'approfondir l'étude de son système de santé ainsi que la coopération dans le secteur.

En effet, nous estimons que la MVE a eu des impacts sur le système de santé guinéen ainsi qu'en matière de coopération dans le secteur. Nous nous posons donc la question suivante : **quels sont les effets de la maladie à virus Ebola sur le système de santé ainsi qu'en matière de coopération en santé en République de Guinée ?**

### Hypothèses

Sur base d'une revue de la littérature, quatre hypothèses de recherche ont été identifiées au niveau des changements causés par la maladie à virus Ebola dans le système de santé ainsi qu'en matière de coopération en santé en République de Guinée :

- la maladie a révélé la faiblesse et le niveau de détérioration du système sanitaire guinéen.

-elle a eu des effets sur l'ensemble des éléments constitutifs du système de santé guinéen.

---

<sup>2</sup> Voir <https://www.internationalhealthpartnership.net/fr/a-propos-du-ihp/transformer-l%E2%80%99ihp/>

-la MVE a encouragé les donateurs, mais aussi l'État guinéen, à ne pas respecter certains principes issus de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

-l'épidémie a mis au jour la défiance qui existait entre d'une part, le personnel soignant et d'autre part, la population.

### Définition du champ d'observation

Nous avons choisi d'observer le niveau national en recourant à des entretiens exploratoires dans Conakry où nous avons interrogé des partenaires techniques et financiers (PTF); la société civile ainsi que le Ministère de la santé (y compris l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire et le personnel soignant).

### Type d'étude

Dans le cadre de ce travail, nous allons privilégier l'étude de cas comme méthodologie de recherche. L'étude de cas « est une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Roy 2003, pp 166).

En effet, l'étude de cas donne accès à une compréhension profonde des phénomènes, des processus inhérents et des différents acteurs et au contexte de cette expérience. En général, les chercheurs mettent l'accent sur l'influence du contexte sur les résultats. L'étude de cas est très appropriée dans le cadre de la description, de l'explication, de la prédiction et du contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ceux-ci soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Gagnon 2008).

Deux raisons justifient notre choix de recourir à l'étude de cas comme approche méthodologique :

-d'abord parce que nous adhérons à l'approche constructiviste qui prétend que la société est construite à travers les relations que les particuliers nouent entre eux (ibid.).

-ensuite parce que notre problématique, à savoir les effets de la MVE sur le système de santé ainsi qu'en matière de coopération dans le secteur, nous amène à nous intéresser à l'importance de l'expérience des différents acteurs et au contexte de cette expérience.

Pour mieux rendre compte des effets de la MVE sur le système de santé ainsi qu'en coopération en santé en Guinée, nous allons procéder en deux étapes :

-d'abord nous nous concentrons sur les effets de la MVE sur les éléments constitutifs du système de santé guinéen où nous avons identifié différents acteurs, à savoir : le Ministère de la Santé, la société civile représentée notamment par les ONG ainsi que les populations utilisatrices des services et soins de santé.

-ensuite nous poursuivons sur les effets de la MVE sur les principes de l'efficacité de l'aide issus de la Déclaration de Paris ainsi que sur les sept comportements de l'IHP+, où nous avons identifié aussi différents acteurs, à savoir: le gouvernement représenté notamment par le Ministère de la Santé et le Ministère en charge des Finances, la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF).

### Techniques de collecte des données

Dans le cadre de cette étude qualitative, nous avons mobilisé différents outils de collecte des données, à savoir : la recherche documentaire, l'étude de terrain durant laquelle des entretiens semi-directifs formels et informels ont été réalisés et l'observation participante.

#### ***Parcours de la littérature***

La recherche documentaire en rapport avec notre sujet d'étude s'est opérée en deux volets. D'abord en parcourant la littérature scientifique (publications, mémoires, monographies) traitant des systèmes de santé, de la coopération au développement en matière de santé ainsi que de l'épidémie d'Ebola en Afrique en général et en Afrique de l'Ouest en particulier afin de dresser un état des lieux de la problématique ; ensuite, en consultant d'autres ressources documentaires d'ordre administratif. Le passage en revue des textes nationaux a notamment permis de mettre en exergue le cadre institutionnel du système de santé.

#### ***Observation***

L'observation participante est très pertinente dans le cadre de cette étude car elle a l'avantage de détecter d'éventuels hiatus entre les faits réels et les discours tenus. Durant notre étude de terrain, nous avons pu visiter différents établissements, à Conakry, notamment du Ministère de la Santé, des organisations des Nations Unies, des hôpitaux publics et privés ainsi que des organisations de la société civile afin de constater leurs conditions de travail.

## *Entretiens*

Nous avons, comme nous l'avons précédemment évoqué, eu recours à des entretiens semi-directifs<sup>3</sup> avec différents acteurs sur le terrain. Plusieurs types d'interlocuteurs ont été interviewés : des agents du Ministère de la Santé y compris l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire ainsi que le personnel des hôpitaux publics, des partenaires au développement notamment les organisations des Nations Unies (ONU) et des membres de la société civile notamment des Organisation non gouvernementale (ONG) nationales et internationales. Le choix des interlocuteurs rencontrés dans le cadre de ces entretiens s'est fait selon leur activité ainsi que leur lieu d'exercice devant se limiter sur Conakry. S'il a été relativement facile de prendre contact avec les organisations des Nations Unies notamment avec l'OMS, il a été dans un premier temps plus problématique de travailler avec l'administration et surtout les hôpitaux publics.

Par exemple, au début de mon séjour, j'ai fait le tour des établissements de soin publics de la ville. Mais à chaque fois que je me rendais dans un de ces établissements on me répétait inlassablement la même chose : "désolé Monsieur mais nous ne pouvons pas parler d'Ebola avec vous ! Il faut aller voir avec le directeur !". Mais mis à part le directeur de l'hôpital national Ignace Deen et celui du centre médical communal (CMC) de la Minière, les directeurs refusaient de me voir ou étaient soit en réunion soit en formation. Et dans les deux établissements où les directeurs m'ont effectivement reçu, ils m'ont d'abord demandé si j'avais un ordre de mission du Ministère. En somme, personne ne voulait me parler d'Ebola dans ces hôpitaux sans une autorisation expresse du Ministère de la Santé. Finalement, j'ai pu obtenir un ordre de mission du directeur des hôpitaux publics de Guinée, ce qui m'a permis de mener la majorité de mes entretiens.

L'entretien semi-directif a été mené grâce à un questionnaire élaboré préalablement et retravaillé au contact du terrain. Cette grille d'entretien n'a jamais été perçue comme une finalité, un nombre de questions précis à poser. Malgré tout, nous avons choisi de commencer chacun de nos entretiens en nous présentant et en soulignant la nature de notre projet. Ensuite, nous avons trouvé pertinent d'entamer concrètement la discussion en questionnant notre interlocuteur sur sa vision des faits liés à la MVE. La rigueur entourant la répétition de cette même manière d'aborder nous semblait importante pour ce travail académique. Enfin, suivant les dires de notre interlocuteur, nous rebondissions sur certaines interventions ou laissions l'entretien suivre son cours. L'important pour nous était de ne pas prendre froidement les rênes de la discussion, ce qui aurait amené un biais important. Le tableau suivant indique le nombre d'acteurs que nous avons interviewé durant ce séjour à Conakry.

---

3 Voir tableau 1.

**Tableau 1** : nombre d'entretiens formels à Conakry<sup>4</sup>

Nom de l'institution	Nombre d'interlocuteurs
Ministère de la Santé	7
Hôpitaux publics	9
OMS	2
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)	1
Médecin Sans Frontières (MSF)	1
Fraternité Médicale Guinée (FMG)	1

### Obstacles rencontrés

Toute recherche socio-anthropologique se confronte à un terrain, à des sujets vivants et, est donc sujette à quelques difficultés autres que purement techniques. Revenons un instant dessus. Avant mon départ pour la Guinée, mes encadreurs (Madame Paul ainsi que le Dr. Dramé) m'avaient proposé un certain nombre de contacts sur place. Deux contacts auprès de l'OMS et cinq contacts auprès du Ministère de la Santé (y compris mon maître de stage). Ces contacts occupaient tous des postes à hautes responsabilités au sein de leurs organismes. En tant qu'étudiant, j'étais un peu mal à l'aise dans l'idée de me dire que j'allais directement appeler ces personnes pour leur demander de l'aide ou pour qu'ils m'accordent un entretien. J'ai alors décidé de passer par l'intermédiaire de ma structure d'accueil afin de définir une méthode d'approche.

Cependant, à mon arrivée en Guinée, mon maître de stage était très occupé car il assurait la coordination pour la vaccination nationale contre la rougeole dans 23 préfectures nationales. En attendant qu'il soit plus libre, nous avons convenu que je prenne des initiatives propres en commençant notamment par une visite des hôpitaux publics de la capitale. En effet, je pensais que si j'arrivais à bien leur expliquer que je suis étudiant en Belgique et que je suis venu exprès en Guinée pour faire une enquête sur les effets d'Ebola dans le secteur de la santé, alors ils m'accueilleraient à bras ouverts. Mais la réalité sur le terrain était toute autre car le personnel soignant n'était pas disposé à discuter avec un « inconnu ».

Après la fonction publique, toujours sur initiative propre, j'ai essayé de joindre certains PTF notamment l'Agence française de développement (AFD), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le biais de l'ambassade américaine et les organismes des Nations Unies. Mais il y avait deux obstacles à franchir avant : d'abord il fallait les localiser et ensuite entrer en contact avec leur personnel. Mais hormis l'OMS où j'avais des contacts avant mon arrivée<sup>5</sup>, je n'ai malheureusement pas pu franchir le se-

<sup>4</sup> Nous avons décidé de garder autant que possible l'anonymat de nos interlocuteurs.

<sup>5</sup> Et plus tard l'UNICEF.

cond obstacle pour les autres PTF. En fait, c'est parce que ce sont des lieux très sécurisés et difficilement accessibles aux citoyens ordinaires.

Ayant été confronté à cette réalité du terrain, j'ai commencé à comprendre l'utilité des différents contacts de mes encadreurs. J'étais toujours mal à l'aise dans l'idée de les contacter mais ça devenait de plus en plus nécessaire pour pouvoir mener à bien mon enquête. J'en ai alors parlé avec mon maître de stage qui m'a dit de le faire. J'avais en tout sept contacts dont cinq qui travaillent au sein du Ministère de la Santé.

## Contextualisation de l'objet d'étude

### Situation géographique-administrative, politique et socio-économique

#### -situation géographique et administrative :

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale avec une superficie de 245.857 km<sup>2</sup>. Elle est bordée par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et sur 500 km du Nord au Sud. Le climat y est de type tropical avec deux saisons, sèche et pluvieuse, d'environ six mois chacune. La Guinée est limitée au **Nord-Ouest** par la Guinée Bissau, au **Nord** par le Sénégal, à l'**Est** par la Côte d'Ivoire et le Mali, à l'**Ouest** par l'Océan Atlantique et au **Sud** par le Liberia et la Sierra Leone (RG/MS 2014).

La Guinée est formée par quatre régions naturelles classifiées en fonction du relief, du climat, des sols ainsi que du peuplement (RG/MS 2015) :

-la *Basse Guinée* : elle est caractérisée par des plaines côtières, de fortes précipitations, une humidité élevée et une population majoritairement d'expression *soso/souso*.

-la *Moyenne Guinée* : elle est caractérisée par des massifs montagneux, un climat semi-tempéré et une population majoritairement d'expression *pular/peul*.

-la *Haute Guinée* : c'est une région de plateaux et de savanes arborées avec un climat chaud et sec ainsi qu'une population majoritairement d'expression *maninka/malinke*.

-la *Guinée Forestière* : c'est une région constituée d'un ensemble de massifs montagneux avec un climat relativement humide et une population parlant plusieurs langues dont le *Kpèllè*, le *kissi*, le *Mano*, le *Koniaké*,

le Kono et le toma<sup>6</sup>.

Sur le plan administratif, il existe huit régions <sup>7</sup>; 33 préfectures/districts sanitaires, 38 communes urbaines et 302 communautés rurales de développement<sup>8</sup>.

#### -situation politique :

Ancienne colonie française, la République de Guinée accède à l'indépendance en 1958. De 1958 à 1984, le pays est sous le joug d'un régime à parti unique. En 1984, à la mort du président Sékou Touré, un régime militaire de transition prend le pouvoir. En 1990, une nouvelle constitution met fin au régime militaire et introduit le multipartisme. En 2008, à la mort du général président Lansana Conté, un régime militaire de transition s'accapare de nouveau du pouvoir. Ce n'est qu'à partir de 2010 que se tiennent des élections considérées comme libres et démocratiques par tous<sup>9</sup>.

Entre 2008-2010 les partenaires avaient décrété des sanctions contre la junte militaire au pouvoir. Le retour à l'ordre constitutionnel en 2010 a permis de lever une partie de celles-ci. Cependant, pour regagner la totale confiance des partenaires au développement, il faudra faire plus de progrès en termes démocratique, de bonne gouvernance et de respect des droits de l'homme. Le nouveau gouvernement a pris un certain nombre de mesures pour aller dans ce sens, avec l'instauration notamment de la *Cour constitutionnelle*, de l'*Institution nationale indépendante des Droits humains*, de la *Haute Autorité de la Communication* (RG/MS 2014), de la *Cour des comptes*, de la poursuite de la *réforme de la justice et de la sécurité* (OMS 2016); de l'*unicité des comptes*; du *nouveau code minier* et enfin la mise en œuvre d'un vaste *programme d'investissement public dans le secteur agricole* (RG/MS 2014).

#### -situation socio-économique :

En 2015, selon l'OMS, la Guinée comptait 12.609.000 habitants avec une population majoritairement **jeune** (44% ont moins de 15 ans et seulement 4% ont plus de 65 ans), **fémnine** (52%) et **rurale** (65,1% de la population) (OMS 2017 ; RG/MS 2015). Selon le PNUD<sup>10</sup>, (2016), la Guinée occupe le 183<sup>ème</sup> rang sur 188 pays à l'indice de développement humain durable. Selon l'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté, 2012, 55,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté (dont 79,3% en milieu rural). Deux-tiers des guinéens ne savent ni lire ni écrire (RG/MS 2014). Le budget public alloué à la santé n'a jamais atteint l'objectif d'Abuja de 2001 qui fixe à 15% la part des dépenses publiques à y consacrer. En 2014, selon

---

6 Les habitants de cette région sont désignés collectivement sous l'expression « les forestiers », voir [https://fr.wikipedia.org/wiki/Langues\\_en\\_Guin%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Langues_en_Guin%C3%A9)

7 La zone spéciale de Conakry, Boké, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan, Labé et N'zérékoré.

8 Voir [https://fr.wikipedia.org/wiki/Subdivision\\_de\\_la\\_Guin%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Subdivision_de_la_Guin%C3%A9).

9 Voir [https://fr.wikipedia.org/wiki/Politique\\_en\\_Guin%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Politique_en_Guin%C3%A9)

10 Voir <http://hdr.undp.org/en/data>

l’OMS, soit durant la MVE en Guinée, les dépenses en santé étaient de 5,6% du PIB.

La Guinée est un pays exportateur de minerais et de produits semi-finis. Malheureusement, la chute récente des prix des matières premières ainsi que la survenance de la maladie à virus Ebola ont entraîné une baisse du taux de croissance entre 2013 et 2015 (BM<sup>11</sup> 2017) : passant de 2,3% en 2013 à 0,4% en 2014 et nul en 2015 (OMS 2016).

## Profil sanitaire

Selon le Ministère de la Santé, 2015, les problèmes de santé prioritaires relevés en Guinée sont le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, le choléra, la méningite, la rougeole, l’Ebola, le diabète, l’hypertension artérielle, la malnutrition, les maladies tropicales négligées (le trachome ; la filariose lymphatique ; les géo helminthiases ; etc.) ainsi que les maladies chroniques.

Le paludisme représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans le secteur public. Le VIH/SIDA représentait 9% de la consultation en 2012, avec une prévalence stable de 1,7%. La prévalence de la tuberculose est toujours aussi élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA. Enfin, parmi les maladies chroniques, on peut citer notamment la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% parmi les demandes de routine (RG/MS 2015).

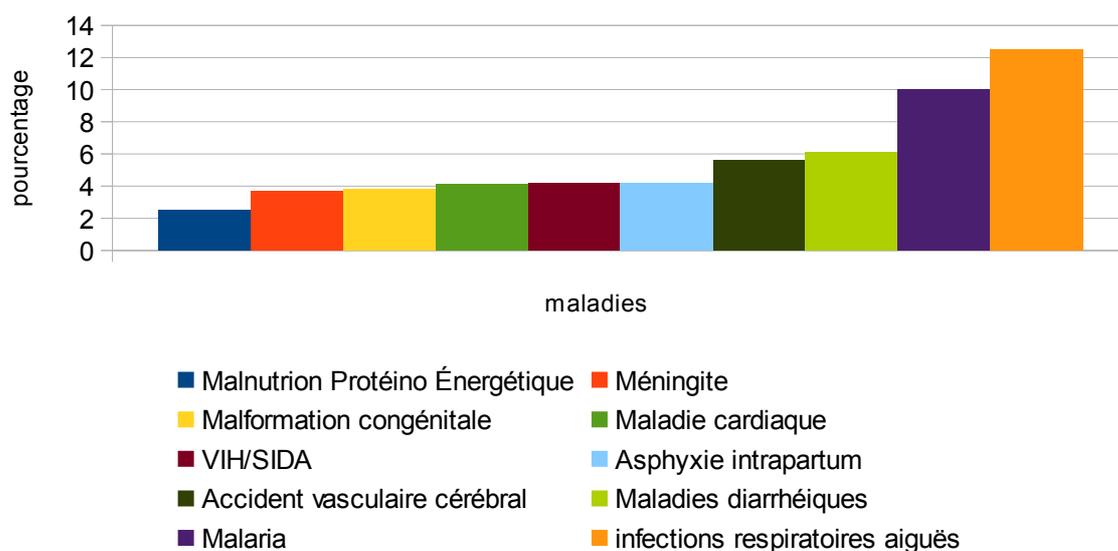
Le paludisme est la cause de 36% des décès hospitaliers et est la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans. L’infection respiratoire aiguë et la diarrhée représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité infantile. Le diabète est la cause de 7 % des décès hospitaliers, pareillement pour l’hypertension artérielle (ibid.). L’OMS<sup>12</sup> a relevé dix maladies qui causent le plus de décès en Guinée, voir graphique suivant : nous remarquons ainsi que les infections respiratoires aiguës (12,5%), le paludisme (10%) ainsi que les maladies diarrhéiques (6,1%) sont les trois maladies qui causent le plus de victimes.

---

11 Banque mondiale.

12 Voir <http://www.who.int/gho/countries/gin.pdf?ua=1>

## 10 premières causes de décès



Par ailleurs, au regard des OMD liés à la santé, nous pouvons constater quelques évolutions sur tous les indicateurs<sup>13</sup> :

**Tableau 2** : indicateurs des OMD liés à la santé

Indicateurs	Données A <sup>14</sup>	Données B <sup>15</sup>
1-Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes).	238	101
2-Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes).	1100	650
3-Décès dus au VIH/SIDA (sur une population de 10.000).	57.9	43.9
4-Décès dus au paludisme (sur une population de 10.000).	195.0	103.3
5-Décès dus à la tuberculose avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA (sur une population de 10.000).	63	27

### Le système de santé et ses éléments constitutifs

#### 1) Le système de santé guinéen (RG/MS 2015) :

<sup>13</sup> Voir <http://www.who.int/gho/countries/gin.pdf?ua=1>

<sup>14</sup> Les données des deux premiers indicateurs datent de 1990 et les autres de 2000.

<sup>15</sup> Les données des indicateurs quatre et cinq datent de 2012 et les autres de 2013.

-le sous-secteur public rassemble les postes de santé, les centres de santé, les centres médicaux communaux, les hôpitaux préfectoraux ainsi que les hôpitaux nationaux.

-le sous-secteur privé inclus les *structures médicales* (cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, cabinet de consultation médicales et clinique) et les *structures pharmaceutiques* (points de vente, officines privées, sociétés grossistes et laboratoires d'analyses biomédicales).

2) Ses éléments constitutifs :

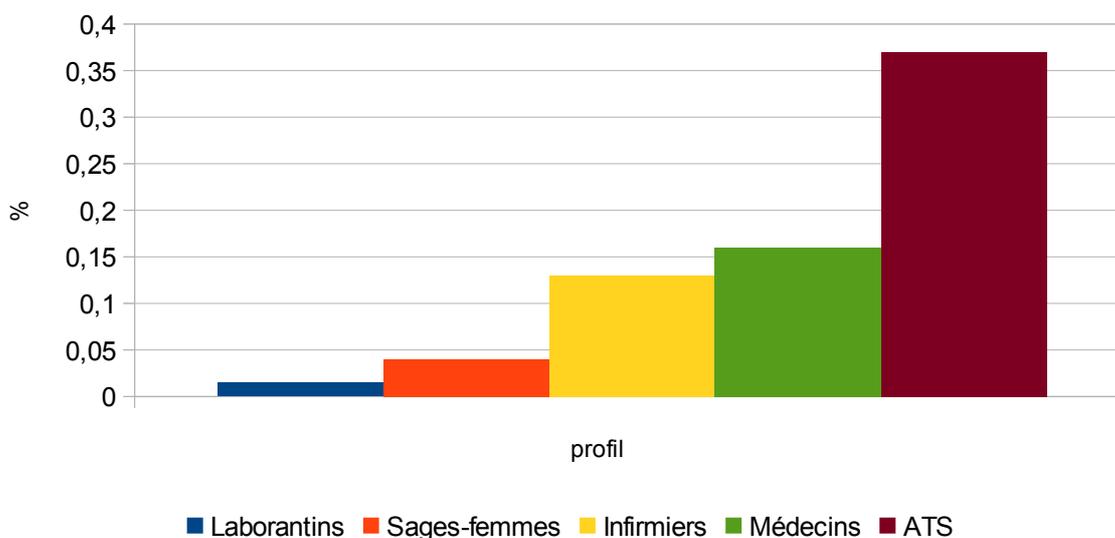
### -leadership et gouvernance

Le Ministère de la Santé dispose d'un cadre juridique, institutionnel et organisationnel. L'organisation y est de type pyramidal (ibid.). Il lui est d'ailleurs souvent reproché d'être un peu trop centralisé (Cicely et al. 2017). Ses organes et mécanismes de redevabilité sont notamment le Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS) ; le Comité Technique Communal de la Santé (CTCS); le Comité Technique Régional de la Santé (CTRS) et le Comité Technique Préfectoral de la Santé (CTPS) (RG/MS 2015).

### -ressources humaines

Selon le MS, 2015, 11.527 agents de santé exerçaient en 2014 dans le système de santé guinéen, parmi eux il y a notamment : des médecins (environ 1.844), des laborantins (environ 172), des sages-femmes (environ 461), des infirmiers (environ 1.498) et des agents technique de santé (ATS) (environ 4.264). Si nous séparons les médecins généralistes des médecins spécialistes, cela représentait 12 % de l'ensemble du personnel sanitaire soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants. Si nous associons les infirmiers, sages-femmes et médecins généralistes, cela atteignait 30% de l'effectif soit une densité de 3,2 agents de santé pour 10.000 habitants. Le graphique suivant présente le pourcentage des différents profils sur les 11.527 agents de santé :

## RHS 2014



Par ailleurs, la seule zone spéciale de Conakry, avec 15,3% de la population, rassemble 6.361 agents de santé tandis que les zones rurales, avec près de 70% de la population ne sont couvertes que par 17% des agents de santé. Plusieurs insuffisances sont relevées au niveau des ressources humaines notamment en termes de formation, de compétence, d'effectif et de *dispatching* (ibid. ; RG/MS 2003).

-information : système national d'information sanitaire (SNIS)

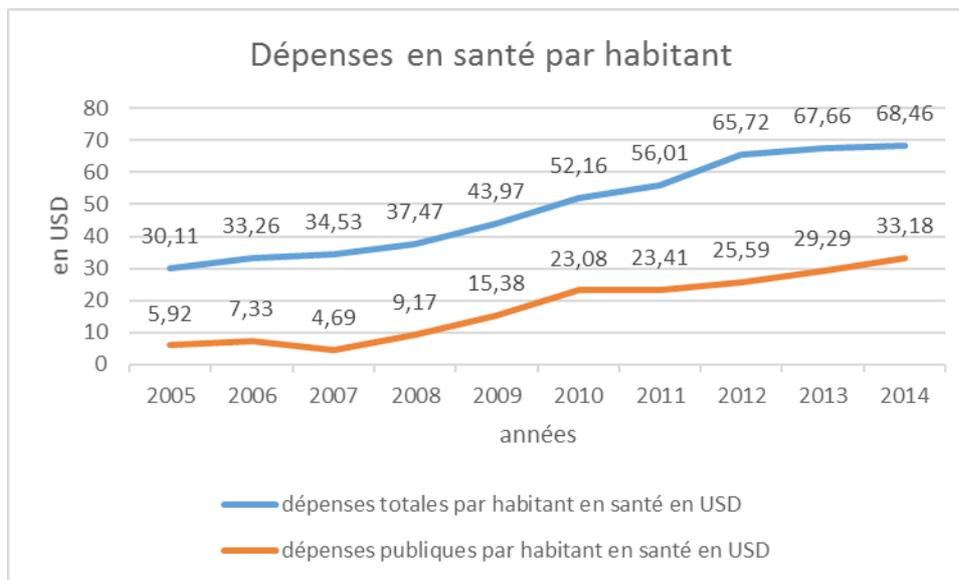
Le CCSS ; le CTCS ; le CTRS et le CTPS s'occupent de la coordination de la Politique Nationale de Santé. Les Directions Communales de la Santé (DCS) et les Directions Préfectorales de la Santé (DPS) ainsi que les hôpitaux nationaux sont chargés de rendre compte de la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) en rendant soit des rapports mensuels soit des rapports trimestriels ( RG/MS 2015).

Outre ce canal classique de collecte de données de routine, d'autres canaux permettent de récolter des informations sanitaires par voie d'enquête : l'*Enquête Démographique et de Santé (EDS)* et à *Indicateurs Multiples (MICS)*; le *recensement général de la population* ainsi que des *enquêtes de suivi de la mise en œuvre des interventions* (ibid.).

Plusieurs insuffisances peuvent être relevées à ce niveau aussi : insuffisance en termes de ressources humaines, insuffisance dans l'exploitation et l'archivage des données, insuffisance de coordination avec les autres secteurs et un très faible développement de la recherche en santé (ibid.).

## -financement

Le système de santé guinéen utilise simultanément plusieurs mécanismes de financement, à savoir : le **budget de l'État** ; les **cotisations spécifiques** et/ou les **dépenses directes** ainsi que **l'aide au développement** dans le secteur (ibid.). Concernant les dépenses en santé par habitant, nous avons extrait des données sur le site de l'OMS durant ces dix dernières années<sup>16</sup>. On voit d'une part que les dépenses publiques consacrées à la santé ont connu une nette augmentation entre 2005 et 2010, on est passé de 5,92 à 23,08 USD, soit près de la moitié des dépenses totales en santé par habitant. Et d'autre part, depuis 2010 cette tendance est au ralenti, on est passé que de 23,08 à 33,18 USD.



## -médicaments, vaccins et technologies

Trois sous-secteurs sont actifs dans l'approvisionnement en médicaments et technologies. Le **sous-secteur pharmaceutique public** qui comprend la Pharmacie Centrale de Guinée ainsi que les hôpitaux publics et points de vente des formations sanitaires de base. Le **sous-secteur privé pharmaceutique** et le **sous-secteur informel**. L'approvisionnement en vaccins du Programme élargi de vaccination (PEV) relève du gouvernement appuyé par les partenaires au développement (RG/MS 2015).

## -prestation des services de soins

Le tableau suivant récapitule le nombre de structures médicales (publiques et privées) présentes en Guinée (ibid.) :

<sup>16</sup> Voir <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRTIUGIN?lang=en>

**Tableau 3** : structures médicales en Guinée

Postes de santé	925
Centres de santé	410
Centres médicaux communaux	6
Hôpitaux préfectoraux	33
Hôpitaux nationaux	3
Cabinets	106
Cliniques	41

Le système de santé guinéen possède un total de trois lits d'hôpitaux par 10.000 habitants (Shoman et al. 2017).

### -population

D'après nos informations, avant la riposte contre la MVE, les communautés n'étaient pas assez prises en compte dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre des politiques et stratégies de santé nationale. Leur participation dans le système de santé se limitait tristement en termes de financement et d'utilisation des services. Nous verrons, dans la suite du travail, le rôle qu'ont joué les communautés dans la riposte contre la MVE et les leçons qu'en ont tiré les autorités sanitaires.

### Historique du système de santé

Entre 1958-1984, le régime socialiste d'alors avait élaboré et adopté un **Plan Triennal de Développement** permettant de mettre en place des dispensaires, des hôpitaux et des médicaments sur l'ensemble du territoire. Entre 1984 et début des années 2000, avec l'arrivée au pouvoir du général Lansana Conté, des réformes libérales vont être entreprises dans tous les secteurs. En l'occurrence dans le secteur de la santé, il s'agit notamment de l'adoption de l'approche de **Soins de Santé Primaires (SSP)** en tant que politique nationale de santé, de l'**officialisation du secteur privé**, de l'opérationnalisation du **recouvrement des coûts** ainsi que de la **réforme hospitalière et pharmaceutique**. Les réformes engagées vont permettre d'obtenir d'importants résultats dans le domaine des SSP (RG/MS 2015).

En 1997, le forum national de la santé va proposer la mise en place d'un **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)**. C'est ainsi que le Ministère de la Santé élaborera une **Politique Nationale de Santé** et un **PNDS** entre 2001 et 2003 ((RG/MS 2014).

En 2005, la Guinée va signer la Déclaration de Paris, en 2012 elle adhère à l'**IHP+** et à l'Harmonization for Health in Africa (**HHA**). En 2015, elle adopte une **nouvelle Politique Nationale de Santé** accompagnée du

deuxième PNDS 2015-2024, d'un **Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé** 2015-2017 (PRRSS), des **Plans d'actions opérationnels annuels**, d'un **Plan National de Suivi et Évaluation** du PNDS 2015-2024 et d'un **Compact national**. Enfin en 2017, elle élabore pour la première fois un **Cadre de dépenses à moyen terme** (CDMT 2017-2019)<sup>17</sup> (RG/MS 2015).

## Politiques de santé

La nouvelle Politique Nationale de Santé de 2015 a été très influencée par la maladie à virus Ebola ainsi que par les ODD. Elle vise, à travers trois axes, à contribuer à **l'amélioration du bien-être de la population guinéenne**. La Politique Nationale de Santé est accompagnée par un PRRSS 2015-2017, un PNDS 2015-2024, des Plans d'actions opérationnels annuels, d'un Compact national et d'un CDMT (ibid.) :

*-axe 1 : renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence* notamment en accentuant la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; la surveillance et la prise en charge des maladies tropicales négligées; la surveillance, la préparation ainsi que la riposte contre les maladies à potentiel épidémique et enfin la lutte contre la pollution de l'air et de l'environnement.

*-axe 2 : la promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées.*

*-axe 3 : le renforcement des éléments constitutifs du système national de santé* dans le cadre d'une approche systémique.

## L'aide au développement dans le secteur de la santé

### *Tendances chiffrées*

On peut se faire une idée sur la part des dépenses de santé, sur les dix dernières années, provenant de l'aide extérieure en utilisant principalement deux sources, l'OMS<sup>18</sup> ainsi que l'IHP+. Selon le **rapport de suivi de l'IHP+** (round 2016) sur la Guinée, le montant de l'aide publique au développement en santé en 2014 était de 92.507.404 USD avec un décaissement de **88.733.856 USD**. Concernant les années précédentes, nous allons utiliser les données provenant de l'OMS<sup>19</sup>, voir graphique. D'abord, on peut constater dans ce graphique que

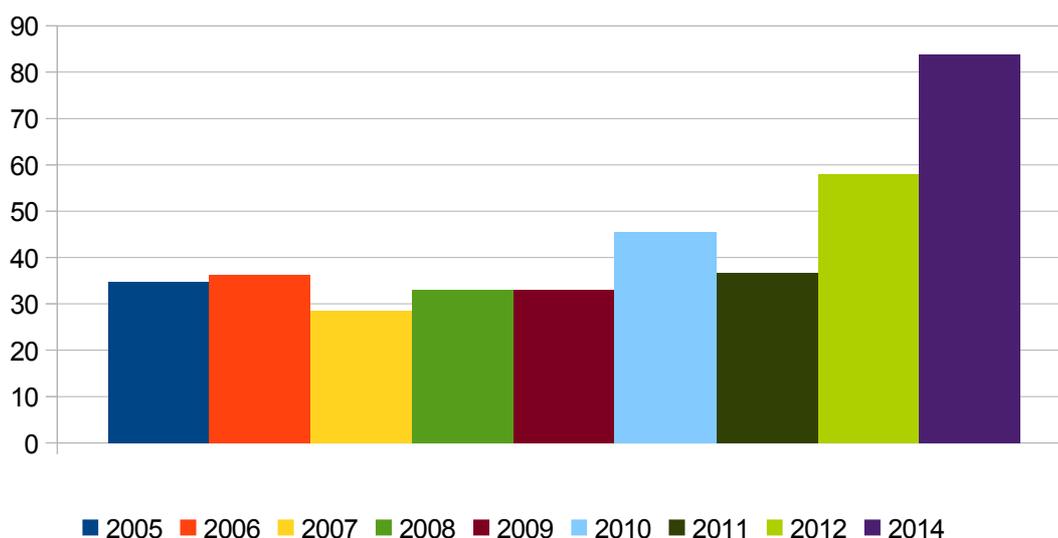
<sup>17</sup> Voir <http://www.sante.gov.gn/index.php/fr/documentation-fr/documents-de-politique>

<sup>18</sup> Voir <http://www.who.int/gho/countries/gin.pdf?ua=1>

<sup>19</sup> Nous n'avons pas pu trouver des données relatives à l'année 2013.

l'aide a souvent eu tendance à augmenter (sauf en 2007). Ensuite, on peut remarquer aussi que l'année 2014 a été un peu particulière en mobilisant près du double de l'APD de 2010 qui était de 45,46 millions USD (en dollars constant 2012). Nous ferons remarquer enfin que l'aide apportée au titre de l'aide humanitaire en 2014 n'a pas été comptabilisée dans ce calcul.

### APD santé: décaissements 2005-2012 et 2014



### Principaux partenaires et alignement

Selon l'OMS<sup>20</sup>, au cours de la période 2011-2012, 94,75 millions USD ont été décaissés par les PTF (bi et multilatéraux) avec 439 décaissements différents.

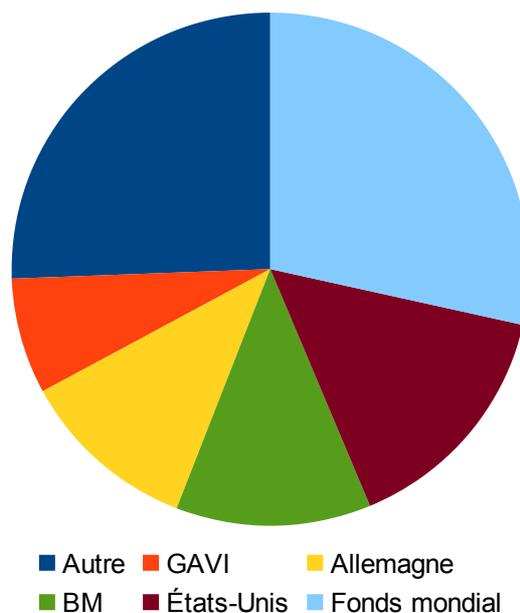
**Tableau 4 : PTF 2011-2012**

PTF	Nombre de décaissements	Montant en millions USD
Belgique	3	1,24
Canada	8	0,98
Danemark	3	0,04
France	7	0,53
Allemagne	13	10,6
Irlande	1	0,14

<sup>20</sup> Voir <http://www.who.int/gho/countries/gin.pdf?ua=1>

Japon	4	1,13
Luxembourg	1	0,26
Espagne	3	0,05
Suisse	1	0,14
États-Unis	209	14,36
E.U.	9	3,52
GAVI	10	6,96
BM	16	11,57
Fonds mondial	5	27,03
ONUSIDA	12	0,74
UNDP	2	0,2
UNFPA	33	5,45
UNICEF	56	4,27
UNPBF	1	3,04
PAM	3	0,39
OMS	33	2,13

Parmi ces nombreux partenaires, au cours de cette période, cinq d'entre eux seulement ont financé plus de 74% de l'APD, voir graphique suivant : le Fonds mondial a financé à hauteur de 28,56% ; les États-Unis ont financé 15,2% ; la Banque mondiale a financé 12,2% ; l'Allemagne a financé 11,2% et GAVI a financé 7,3%.



Concernant l'alignement des PTF, pour la période 2002-2012, l'OMS a relevé les domaines qui ont concentré

l'APD: voir tableau suivant. Nous remarquons que les OMD liés à la santé sont sur-financés et cela a été surtout le cas en 2010. On peut remarquer parallèlement aussi que c'est l'année où le "leadership et la gouvernance" a été le moins financé.

**Tableau 5** : allocation de l'APD en santé

Décaissements (en millions USD constant 2012)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Leadership et gouvernance	8,83	9,06	11,46	10,55	14,51	10,58	8,42	5,86	<b>1,61</b>	4,83	9,08
OMD-santé	11,53	12,67	14,46	18,33	15,12	13,46	11,16	10,94	<b>24,36</b>	11,94	31,55
Autres soins de santé	4,4	2,66	2,35	2,06	1,8	1,49	5,19	6,8	9,18	7,2	7,89
Santé reproductive et planning familial	2,72	2,33	3,14	3,83	4,86	2,87	8,36	9,35	10,31	12,78	9,47
Total	27,48	26,71	31,41	34,78	36,29	28,4	33,13	32,95	45,46	36,75	58

## L'épidémie d'Ebola

### *Déroulement des faits*

La MVE a commencé dans la préfecture de Guéckédou fin 2013, mais il a fallu attendre mi-mars 2014 pour que les autorités sanitaires guinéennes avec l'aide de MSF confirment la présence de MVE en Guinée. Laissant ainsi le temps à la maladie de se propager à l'intérieur du pays et dans les pays voisins notamment

en Sierra Leone et au Liberia (Gustin et al. 2015). L'OMS a notifié officiellement la flambée épidémique de maladie à virus Ebola sur son site Web le 23 mars et le 27 mars les premiers cas ont été confirmés dans la capitale guinéenne (OMS 2017) : « (...) *Le cas qui a quitté Guéckédou et qui est parti intoxiqué un vieux à Dabola et ce vieux est venu chez un de ses frères à la Clinique de l'amitié Sino-Guinéenne à Conakry où il a contaminé beaucoup de médecins et il y a eu des morts* » (entretien avec un représentant de MSF, Conakry, 11 avril 2017).

Vers fin juin 2014, la MVE était confirmée dans 60 endroits différents en Guinée, en Sierra Leone et au Liberia. Le 08 août 2014, l'OMS déclare la MVE comme une « urgence de santé publique de portée internationale ». Entre juillet 2014 et décembre 2014, la MVE était confirmée dans cinq autres pays dont le Nigeria (20 juillet) ; le Sénégal (août) ; le Mali (23 octobre) ; les États-Unis d'Amérique (30 septembre) et le Royaume Uni (décembre) (Gostin et al. 2015).

La propagation rapide et la persistance de la MVE s'explique notamment par la faiblesse des systèmes de santé des pays touchés et par certains comportements socioculturels (Delamou et al. 2017). Par exemple en *Guinée Forestière*, certaines communautés cachaient les malades (Gostin et al. 2015) estimant que le pouvoir en place avait importé la MVE afin d'exterminer « les forestiers » (Wilkinson et al. 2016). La MVE a touché 31 districts sanitaires en Guinée où vivent environ neuf millions d'habitants. Elle y a causée 2.544 décès sur 3.814 cas enregistrés et la transmission du virus y a pris fin le 1er juin 2016 (RG/MS 2015). Pour l'ensemble des pays touchés, il y a eu au total 28.616 cas confirmés/probables/soupçonnés, plus de 11.310 décès et 23.588 orphelins (Amaya et al. 2016).

## ***Réponses internationales et nationale face à l'épidémie***

### **Niveau international**

MSF et quelques autres petites ONG (pour la Sierra Leone et Liberia) ont été parmi les premiers acteurs internationaux à intervenir sur le terrain (Dubois et al. 2015)<sup>21</sup>. Au 23 mars, « l'OMS avait déjà envoyé des équipements de protection individuelle à Conakry et activé son centre de pointe pour le suivi en temps réel et l'action en cas d'épidémie. Les premières équipes médicales, sous l'égide du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), arrivaient sur le terrain le 25 mars » (OMS 2017, p 3).

Mais la communauté internationale n'a commencé à prendre ses responsabilités dans la lutte contre la MVE qu'après l'évacuation aux États-Unis d'Amérique de deux travailleurs humanitaires qui ont été infectés au Liberia. Même après ça, l'aide internationale s'est faite dans ces débuts en fonctions des liens historiques existants entre pays affectés et grandes puissances. Ainsi, l'assistance américaine s'est concentrée sur le Liberia ; la britannique sur la Sierra Leone et la française sur la Guinée (Gostin et al. 2015).

---

21 Voir encadrés 1 et 2.

Le 08 août 2014, le directeur de l'OMS déclare la MVE comme « urgence de santé publique de portée internationale » conformément au Règlement Sanitaire International (RSI). Le 18 septembre 2014, le Conseil de Sécurité des Nations Unies adopte, à l'unanimité, une résolution actant que la progression de la MVE en Afrique de l'Ouest représente une « menace pour la paix et la sécurité internationale » et en appelle à tous les États membres des Nations unies à fournir une aide d'urgence aux pays affectés par la MVE. Le 19 septembre 2014, le secrétaire général des Nations Unies annonce la mise en place d'une mission sanitaire d'urgence des Nations Unies (UNMEER) chargée de coordonner la réponse internationale (ibid.). L'UNMEER devait, dans les 60 jours après sa mise en service, assurer l'isolation de 70 % des patients et l'inhumation de 70 % des cas confirmés afin d'inverser la tendance- c'est la règle du « 70.70.60 »- (Dubois et al. 2015). Le cadre d'intervention de l'UNMEER est représenté par l'acronyme anglais STEPP (Wera et al. 2016) :

Plus de 40 organisations et 58 équipes médicales étrangères ont déployé environ 2500 membres (dont 1300 agents de santé) dans plus de 60 centres de traitement Ebola (CTE) dans les trois pays touchés. De sorte qu'en janvier 2015, la Guinée comptait cinq CTE et 250 lits de traitement et d'isolement<sup>22</sup> (Dubois et al. 2015). En février 2015, les contributions internationales s'élevaient à environ cinq milliards USD dont les plus gros contributeurs étaient les États-Unis d'Amérique ; le Royaume Uni ; la France ; l'Allemagne et la Banque mondiale (Gostin et al. 2015). Selon Dubois et al., 2015, cela représente plus de 150 % de plus que le budget annuel des trois pays réunis. Cependant, la Guinée, plus grande en termes géographique et démographique, a reçu beaucoup moins d'aide internationale par rapport à ses deux voisins.

## **Niveau national**

C'est vers mi-mars 2014 que les autorités sanitaires guinéennes confirment la présence de MVE en République de Guinée. En avril 2014, le Dr. Sakoba est nommé coordinateur nationale pour la lutte contre la MVE<sup>23</sup>. Le 13 août 2014, le président de la République déclare « l'état d'urgence sanitaire nationale ». Le 04 septembre 2014, le Dr. Sakoba est nommé directeur de la Cellule de coordination nationale contre Ebola. Vu la persistance du virus, en mars 2015, les autorités décentralisent la riposte en créant huit Cellules de coordination régionales. En juillet 2015, le président déclare « l'état d'urgence sanitaire renforcé » dans certaines localités (Dubois et al. 2015).

---

22 Le Liberia comptait 546 lits de traitement et d'isolement dans 17 CTE et six centres de soins communautaires (CSC) ; la Sierra Leone en avait 1046 dans 19 CTE et 26 CSC (Dubois et al. 2015).

23 Voir encadré 4.

### **Encadré 1 : MSF en tant que premier acteur international sur le terrain**

Nous voulons montrer par cet encadré, d'une part le rôle qu'a joué MSF au tout début de la crise car nous estimons que sans eux, la situation aurait pu être beaucoup plus dramatique. D'autre part, il vise aussi à souligner le manque de moyens matériel et financier des autorités publiques au point que l'État guinéen doit être accompagné par une ONG pour être en mesure de détecter puis de riposter contre la MVE.

*« Ebola a commencé en Guinée Forestière, dans une préfecture qu'on appelle Guéckédou, où des cas de diarrhées étaient enregistrés à l'hôpital de Guéckédou par un de nos anciens agents, c'est-à-dire un médecin qui travaillait avec MSF là-bas dans le cadre du programme VIH/SIDA.*

*Et c'est ce médecin qui a commencé à recevoir des gens qui sont venus dans un village qui faisaient la diarrhée avec la fièvre. Donc nous on pensait que c'était le choléra, mais le choléra n'a pas de fièvre. Finalement il a dit que les gens avaient la fièvre et puis il a fait le TDR (c'est-à-dire un test rapide pour le « palu ») et c'était positif.*

*Maintenant à chaque jour il part faire le tour de salle et là il a constaté que certains de ces malades vomissaient le sang et il a informé aussitôt MSF Suisse qui était là en ce moment dans le cadre de programme de prise en charge communautaire du paludisme. Et c'est MSF Suisse qui a fait le prélèvement et envoyé ça au Labo national puis en France et c'est là que ça s'est avéré positif à l'Ebola.*

*Quand la nouvelle a été donnée que c'est Ebola, en Guinée Forestière, surtout à Guéckédou, MSF a une équipe en Sierra Leone et c'est cette équipe-là qui est venue directement à Guéckédou et elle a commencé à faire la prise en charge des cas, c'est-à-dire construire un camp d'isolement et puis recruter le personnel qui allait travailler dans ces camps et commencer la prise en charge. Et de là, le virus est parti à Macenta où nous avons aussi construit un centre de prise de charge qui sera finalement laissé à la Croix-Rouge » (entretien avec un représentant de MSF, Conakry, 11 avril 2017).*

## Encadré 2 : SNIS

L'objectif de cet encadré est de saisir à quel niveau du SNIS il y a eu dysfonctionnement dans la détection précoce de la MVE. Nous remarquons d'abord que les autorités du district sanitaire concerné avait bien fait leur rapport aux autorités centrales. Ensuite, au niveau central, ils ont fait une revue documentaire pour comprendre la situation et ils se sont dit que c'était peut-être Ebola. Enfin, les autorités centrales ont envoyé une équipe sur place afin de prélever des échantillons qu'ils enverront par après en France avec l'appui de MSF. Tout ce processus a duré un peu plus de trois mois soit du 06 décembre 2013 au 21 mars 2014.

Au regard de ceci, nous pointons des dysfonctionnements à deux niveaux : d'abord au niveau du district sanitaire, où il aurait fallu remonter toutes les informations liées à la maladie beaucoup plutôt et ensuite au niveau central, où il aurait fallu avoir des moyens nationaux pour détecter l'épidémie et riposter (dare-dare).

*« La MVE, selon les états de nos investigations, a commencé depuis mi-décembre 2013. Pour le moment on ne sait pas comment elle est arrivée mais l'investigation a prouvé que depuis mi-décembre 2013 il y a eu des cas.*

*Personnellement j'ai été informé en février 2014 sur la survenue d'une maladie mystérieuse qui entraînait beaucoup de cas de décès. Donc c'est le 14 mars que nous avons envoyé une équipe d'enquêteurs pour aller sur le terrain pour essayer de nous donner beaucoup plus d'explications.*

*Selon le rapport préliminaire que la Direction Régionale de la Santé de N'zérékoré avait fait, parce que c'est à Guékédou que ça avait commencé, selon nos informations, on parlait de maladie mystérieuse et très mortelle avec des signes de diarrhée et de saignement.*

*Donc quand nous l'avons reçu, j'étais chef de division prévention (...) en charge de la surveillance. Nous avons fait une revue documentaire où on pensait réellement à une maladie de fièvre hémorragique mais notamment la fièvre de lassa ou la fièvre Ebola ou la fièvre jaune, voilà les trois diagnostics auxquels on pensait au début.*

*Donc quand ils ont été, ils ont vu que la situation était beaucoup plus grave sur le terrain que ce qu'on nous avait rapporté. Des premiers échantillons ont été ramenés à Conakry le 18 mars 2014. Et avec l'appui de MSF, on a pu les envoyer en France, principalement à Lyon où le 21 mars vers 1h du matin moi j'ai été informé de l'isolement du virus Ebola. Le 23 mars, le ministre de la santé a fait la déclaration de l'existence d'une épidémie que personne ne connaissait et on a fait appel à la communauté*

*internationale pour nous aider à juguler cette épidémie qui était naissante » (entretien avec un représentant du ministère de la santé, Conakry, 15 avril 2017).*

### **Encadré 3 : leadership mondial**

Cet autre encadré vise à montrer les ressources déployées par l’OMS afin de coordonner les différents partenaires lors de la riposte.

*« (...) Quand Ebola a commencé, effectivement c'est ce que je te disais, que la lutte contre la maladie et le leadership mondial c'est vraiment l'OMS. Quand la maladie a commencé ici, si tu vas même au Ministère de la Santé ou les autres Agences de développement etc. ils te diront que la lutte, sur le plan des partenaires, a été pilotée par l'OMS.*

*(...) Quand ça a commencé en 2014 ici (...) Et chaque jour, (...), tous les jours, je te dis même les dimanches, il y avait des réunions journalières de coordination de tous les partenaires dans la lutte contre la maladie. Et le Ministère de la Santé aussi venait à l'OMS pour la coordination de toute la lutte.*

*(...) Mais le fait que l'épidémie a traversé les frontières pour aller en Sierra Leone, au Liberia et encore même aux États-Unis, même aussi en Europe, tu vois ?, ça a fait que la coordination c'était quand même difficile (...) Effectivement la communauté internationale s'était dite peut-être que l'OMS, de façon générale c'est-à-dire au niveau mondial, devrait réagir un peu plus vite, etc.*

*(...) Mais il y avait plus de 900 personnels dans ce bureau, vous comprenez un peu?, c'est-à-dire qu'on avait recruté beaucoup de consultants (...) C'est l'UNICEF qui était chef de file des partenaires. Nous avons repris le chef de file des partenaires en janvier 2017 (...) Donc au moment de la crise c'était l'UNICEF qui jouait le rôle de chef de file des partenaires. Mais la coordination de la lutte contre Ebola c'est l'OMS qui a joué ce rôle mais on n'était pas le chef de file mais c'était notre mandat.*

*(...) C'est l'OMS qui a coordonné toute la réponse contre l'épidémie dans ce pays en Guinée, jusqu'au moment où quand l'épidémie allait à son déclin c'est à ce moment-là que maintenant on a fait la dévolution à l'État et la Cellule de coordination nationale de lutte contre l'épidémie a pris maintenant en charge la coordination de toutes les parties prenantes.*

*(...) Donc les réunions de coordination sont devenues hebdomadaires, et puis après mensuelles et ça se*

*faisait à la Cellule de coordination Ebola. Donc c'est après ça que la Cellule de coordination Ebola a été transformée en une Agence (ANSS) (...) Dr. Sakoba c'est quand même, c'est-à-dire en matière de leadership de la surveillance et de la lutte contre Ebola, franchement, c'est un expert. Non, il a fait son boulot ! Ça on doit vraiment le féliciter pour ça » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).*

#### **Encadre 4 : réponse nationale**

Nous voulons ici saisir les mécanismes nationaux de gestion de crise préexistants avant la survenue de la MVE en Guinée.

*« (...) Suite à la déclaration du ministre de la santé, il y a eu une Cellule de crise sanitaire, qui existe encore, qui a pris les choses en main dont même moi j'assurais le secrétariat. Ce Comité était en place depuis 2007, suite à une épidémie et ou aux crises socio-politiques qui ont eu lieu. Il est multisectoriel, il y avait tous les départements là-dans et il était présidé par le Dr. Sidiki Diakité.*

*(...) Quand c'est une crise épidémique, c'est moi qui m'en occupais, mais si la crise est d'ordre socio-politique c'est une autre personne qui s'en occupait. Mais ce Comité a été un peu mis de côté à partir de septembre 2014. Parce que ce Comité a eu des insuffisances dans la gestion : par rapport à la durée de nos réunions, le retard dans la prise de décision et aussi les ressources étaient gérées directement par l'autorité du ministre de la santé.*

*Parce qu'au début on pensait que le ministre de la santé seul pouvait gérer la situation mais on s'est rendu compte très vite que ça déborde notre Ministère et c'est ainsi que nos partenaires ont demandé de mettre en place une Cellule un peu autonome et qui pourra juguler les choses.*

*C'est ainsi que la Cellule de coordination nationale a été créée le 5 septembre 2014. Quand on s'est rendu compte que le Ministère de la Santé seul ne pouvait pas gérer, il y a eu un Comité interministériel qui a été mis en place mais qui a été vu de façon plus clair quand la Cellule est née. Au fait c'était l'organe de contrôle et de suivi de la Cellule. Par exemple quand on faisait les budgets, on faisait les demandes et il fallait l'approbation du Comité interministériel et la Cellule devait rendre compte à cet organe qui approuvait ses décisions surtout quand ça a des implications financières » (entretien avec un représentant du Ministère de la santé, Conakry, 15 avril 2017).*

## Deuxième partie : analyse de la situation

### Effets de la maladie à virus Ebola sur le système de santé

Il est indéniable que la MVE a eu des effets négatifs sur les systèmes de santé des pays affectés. Néanmoins, malgré ces impacts négatifs, la MVE a été aussi une opportunité pour renforcer les systèmes de santé des pays touchés, en l'occurrence le système de santé guinéen (Delamou A. 2017). Avec les trois objectifs spécifiques du PRRSS 2015-2017, (à savoir : éliminer la MVE ; améliorer la performance du système de santé de district et améliorer la gouvernance globale du secteur de la santé), c'est l'ensemble des piliers du système de santé qui ont été renforcés : renforcement des prestations et services de soins surtout au niveau des districts sanitaires ; apport financier adéquat pour le système pendant la mise en œuvre du plan notamment par le biais de l'APD et le financement de l'État ; développement des ressources humaines notamment par la formation et le recrutement ; amélioration de la fourniture en médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité ; renforcement du système d'information sanitaire et aussi la recherche en santé et renforcement du leadership (RG/MS 2015).

*« (...) De façon spécifique comme tu le disais, pour l'épidémie d'Ebola, ce qui avait été fait je peux le résumer en gros ! Par exemple, quand l'épidémie a commencé, on a appuyé la prévention et le contrôle des infections, on a appuyé aussi la surveillance épidémiologique. En somme, la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte. On a renforcé le côté du dérèglement sanitaire international aussi, etc. (...) Au départ, comme le système était faible (...) il fallait le reconstruire (...) Le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé c'était (...) pour relancer le système et pour le rendre résilient (...) Tous les piliers du système de santé ont été renforcés parce que le plan a pris en compte toutes les faiblesses en matière de système de santé »* (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

### Effets sur la prestation des services

#### -effets négatifs :

Il est intéressant de constater, avec cet extrait d'entretien suivant, les conditions dans lesquelles prestaient les agents de santé dans les hôpitaux nationaux guinéens.

*« (...) Quand on disait qu'il y a Ebola, on travaillait d'abord sans gants parce que ça manque hein ! On travaillait sans gants et on ne travaillait pas en blouse correcte, on ne travaillait pas en « EPI/EPP (équipement de protection individuel/personnel) ». On mettait la blouse seulement avec les habits de tous les jours. Et avec ces habits-là, en travaillant, tu risques de transporter des micro-organismes chez toi qui*

*peuvent être fatals, voilà ! Donc c'est comme ça ! »* (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).

Durant l'épidémie de la MVE, certains services de soins n'étaient pas adéquatement prestés, des campagnes de vaccination ont été interrompues (Shoman et al. 2017) ; selon Delamou et al., 2017, il y a eu une augmentation substantielle du taux de mortalité d'autres maladies telles que le paludisme, le VIH / SIDA et la tuberculose.

*« (...) Parce qu'au début Ebola n'avait pas d'argent, il n'y avait même pas d'ambulances. Donc les premières ambulances qui ont servi dans la lutte contre Ebola viennent des autres programmes. Donc en fait, avant qu'il n'y ait suffisamment de ressources, parce qu'après Ebola a eu beaucoup plus d'argent que le Ministère de la Santé, c'est les ressources des autres programmes qui ont servi dans la lutte contre Ebola. Parce qu'il n'y avait pas une structure à l'échelle internationale où on pouvait dire de prendre par exemple 50 ou 100 millions de dollars pour lutter contre Ebola »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).

#### -opportunités :

On peut noter que ce pilier a été renforcé par la mise à disposition notamment de kits d'équipements essentiels de prise en charge et de protection de la MVE dans 60% des établissements de soins (RG/MS 2015).

*« (...) On a eu suffisamment d'équipement notamment les bavettes, les tabliers jetables, les gants, les antiseptiques, etc. on a eu beaucoup beaucoup, suffisamment d'« EPI »* (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).

*« (...) Les partenaires sont venus hein ? Les chinois, les français, beaucoup sont venus. Les chinois (..) ont mis beaucoup d'équipements à notre disposition, c'est le lieu de les remercier sincèrement »* (entretien avec un agent de santé à l'hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne, Conakry, 19 avril 2017).

### Effets sur les ressources humaines

#### -effets négatifs :

Au début de l'épidémie de la MVE, le personnel médical a payé un lourd tribut parce qu'il n'était pas formé pour lutter contre ce type de maladie.

*« (...) Au mois de mars 2014, un lundi, voilà un Monsieur qui arrive à l'hôpital. Il est reçu à la porte par*

notre brancardier et le malade est installé. Heureusement ou malheureusement, on ne savait pas ! Parce que moi je n'étais pas là, c'était l'équipe de garde qui devait s'en occuper. Ceux qui étaient de garde ce jour-là et qui l'ont touché, six personnes, ils ont tous été infectés (...) Avant l'hospitalisation du malade, il fallait qu'il passe faire la radio. Celui qui était à la radio a été infecté aussi. Sur les six personnes contaminées, il n'y a eu que trois survivants. Le premier cas de décès concernait le Dr. Bangoura qui est décédé en début du mois d'avril 2014 : il était venu lui et une autre infirmière, celle qui était à l'accueil quand vous êtes arrivé, me voir pour consultation. Mais la chance que moi j'avais eu, parce que vous voyez le point d'eau, à chaque fois que je consulte je me lavais les mains mais sans gants (...) C'est après qu'on a su que c'est Ebola. (...) Comme il n'y avait pas de CTE, nos collègues étaient couchés ici. On les traitait ici avec nos propres moyens ici sans aucune aide extérieure (...) L'hôpital était complètement isolé (...) Après ils ont transféré les autres à Donka- Dr. Kouly, Dr. Mohamed, etc. (...) Mais il fallait se présenter chaque matin parce que nous étions dans les contacts » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne, Conakry, 19 avril 2017).

Non seulement il y a eu des morts parmi le personnel médical mais aussi des désertions.

« (...) Parce que je crois que dans l'ensemble on a perdu plus de 100 travailleurs de santé<sup>24</sup> au cours de l'épidémie d'Ebola » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).

« (...) D'abord le personnel avait déserté, parce que dans les centres de santé quand il y a la mort et bien les gens ont peur, vous voyez ? » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

#### -opportunités :

On notera d'abord que grâce à la MVE le personnel médical a été mieux formé pour faire face aux épidémies.

« (...) Depuis que nous avons fait les formations, il n'y a plus eu de malade d'Ebola parce que le personnel était mieux formé (...) Il y a eu la formation des agents sur les principes de la (« PCI » prévention et contrôle des infections) (...) Et tous les personnels, même les stagiaires qui venaient, parce qu'ici c'est un « CHU », quand ils venaient ici, ils étaient obligés d'aller faire la formation gratuite faite par une ONG en rapport avec l'USAID et qui est dirigée par une de nos professeurs, le professeur Yolande Izazi. Cette ONG s'est chargée avec l'USAID de former 2000 agents dans Conakry. Et on est parti dans toutes les villes à l'intérieure pour former le personnel, ça on l'a fait au niveau national ! (...) L'OMS faisait aussi des formations parce qu'on a formé les formateurs de l'OMS (...) Après il y a eu une autre ONG française qui est venue ici, là ce n'était pas sur la « PCI » mais c'était sur l'hygiène hospitalière (« Expertise France ») (...) Il y a eu une multitude d'ONG qui étaient venues en Guinée s'enrichir parce que quand on donne c'est eux qu'ils viennent dans les « 4\*4 » (rire) hein ? » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen,

---

24 115 décès exactement (RG/MS 2015).

Conakry, 27 mars 2017).

« (...) *Moi j'ai appris ! Je peux aller dans n'importe quel pays pour parler d'Ebola, former les gens etc., parce que dans mon cursus universitaire il n'y avait pas ça. Je sais maintenant que je ne dois plus toucher un malade sans me protéger. J'ai appris ça, c'est resté maintenant dans nos coutumes. Et c'est pareil pour tout notre personnel, vous pouvez jeter un coup d'œil si vous voulez, on a un principe ici maintenant : « si vous n'avez pas de gants, ne touchez pas un malade (...) Nous aussi on est devenu des formateurs en formant plus de 1000 agents communautaires au Palais du Peuple, à Kindia, etc. On partait sensibiliser et former. Par exemple, le gouvernorat envoyait des gens et nous on les formait deux à trois jours. À leur tour eux aussi partaient dans les quartiers pour sensibiliser la population (...) Parce que ce n'est pas seulement des soins médicaux ! Les soins médicaux ça c'est les spécialistes dans les hôpitaux. Mais le fait d'aider un malade à se tenir debout, de lui apporter à boire, à manger, de changer son habillement, c'est déjà un soin que tu lui apportes ! Et chaque geste là, il fallait savoir ce qu'il fallait faire. Quand il y a un corps, il fallait savoir ce qu'il fallait faire. On a formé plus de 1000 personnes sur ça (...) Même dans les écoles on a formé les enseignants parce que les écoles étaient fermées en Guinée » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne, Conakry, 19 avril 2017).*

Ensuite, en 2015, on notera également les recrutements de personnels au niveau des districts sanitaires : 2000 personnels de santé dont 200 médecins, 750 infirmiers d'État, 300 sages-femmes et 750 ATS afin de renforcer le personnel dans les régions.<sup>25</sup>

« (...) *Il n'y a pas eu de recrutement de personnels à notre niveau mais c'est vrai qu'il y en a eu beaucoup à l'intérieur du pays » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).*

## Effets sur le système d'information sanitaire

### -effets négatifs :

La surveillance, la collecte de données épidémiologiques ainsi que les statistiques étaient sous optimales avant la survenance de la MVE. Pendant l'épidémie, l'on a assisté à une quasi-absence de la surveillance, de la collecte de données épidémiologiques et des statistiques venant notamment de la DCS, de la DPS ainsi que des hôpitaux nationaux (Shoman et al. 2017).

« (...) *Avant dans les districts les relevées étaient hebdomadaires et insuffisantes » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 18 avril 2017).*

---

<sup>25</sup> Cette mesure provient du PRRSS qui prévoit en effet, le recrutement de 2.000 agents de santé tous les ans jusque 2017, soit 6000 agents de santé (RG/MS 2015).

« (...) C'est clair que pendant l'épidémie on a dit que le seul programme prioritaire c'est Ebola » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).

-opportunités :

Avec l'afflux de fonds externes pour lutter contre la MVE, les capacités de contrôle des infections, la logistique humanitaire et les capacités de surveillance des maladies ont été améliorées. Des partenariats scientifiques pour le développement de vaccins et d'autres activités de recherches cliniques<sup>26</sup> ont été mis en place avec l'Institut National de Santé Publique<sup>27</sup>. Cela a augmenté les capacités de recherches locales, le développement des infrastructures, le renforcement des capacités, l'éthique et la productivité scientifique (Delamou A. et al. 2017).

« (...) Sur le plan surveillance et investigation, on a formé huit équipes régionales qu'on appelle les « Eraré » pour l'intervention rapide pour investiguer autour des alertes. En plus on a pu informatiser la gestion de nos données (...) On a introduit le courrier électronique dans la gestion de nos données et on a même le logiciel « DHISD » (...) Donc en résumé, on a renforcé notre système de surveillance pour la détection précoce des épidémies et un mécanisme de réponse rapide et aussi des lieux de prises en charge (...) Et aussi en termes de capacités de recherche on nous a impliqué dans beaucoup de projets de recherche » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

« (...) La surveillance est déjà calée dans les régions, ça il faut le reconnaître (...) Avec l'ANSS, on a donné près de 1500 ordinateurs uniquement pour remonter les informations. On a mis des systèmes de collecte de données en place par le biais d'une base de données, « DHISD, niveau 2 », qui nous permettent de remonter l'information à partir d'un centre de santé (la plus petite structure périphérique) jusqu'au niveau central (...) Et maintenant, même si c'est zéro cas, on a toujours la situation sous contrôle » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 18 avril 2017).

## Effets sur les infrastructures et sur l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux

-effets négatifs :

Au début de la MVE en Guinée, comme en témoigne ces extraits suivants, ce pilier était défaillant.

« (...) Au moment où on avait cette épidémie, je crois que dans tout le pays il n'y avait pas plus de dix ambulances. Donc les ambulances qui étaient là pour les femmes enceintes ont été mobilisées pour les

---

26 Par exemple la collaboration scientifique avec l'Institut de médecine tropicale d'Anvers prévue entre 2017-2021 (Delamou A. et al. 2017).

27 Créé en 1995 pour mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de recherche appliquée, la vulgarisation et le contrôle de qualité et des méthodes de biologie médicale, voir <http://www.rementa.net/index.php/presentation/equipes-partenaires/25-institut-national-de-sante-publique-de-guinee-laboratoire-national-de-sante-publique>

*envoyer dans la région Forestière. Malheureusement, ce n'était pas des ambulances assez sécurisées. Et en plus quand la maladie a commencé, la première année surtout, il n'y avait quasiment qu'un seul centre de traitement Ebola pour tout le pays. Donc même si quelqu'un tombait malade en Haute Guinée ou en Basse Guinée, on était obligé de l'amener jusqu'en Guinée Forestière parce que c'était le seul centre de traitement Ebola du pays »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).

*« (...) Il n'y avait pratiquement pas de médicaments spécifiques contre Ebola donc on faisait le traitement symptomatique »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

Entre novembre et décembre 2014, 94 centres de santé et un hôpital de district ont été fermés pour raison de désertion et/ou décès du personnel soignant (RG/MS 2015).

*« (...) Bien sûr que certains centres de santé ont fermé dans certaines préfectures parce que le personnel mourrait ! Les gens avaient peur ! (...) Chez nous il n'y a pas eu de décès ni même de désertion, mais c'est vrai que nous aussi on avait peur parce qu'on a des familles ! »* (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Donka, Conakry, 27 mars 2017).

Enfin, Ebola en apportant un approvisionnement suffisant pour un certain nombre de produits de soins a contribué à fragiliser la Pharmacie Centrale de Guinée en augmentant la fragmentation de l'approvisionnement en médicament dans le pays (RG/MS 2015).

#### -opportunités :

La MVE a permis de renforcer ce pilier notamment par l'apport de lots de matériel logistique et de transport, de laboratoires de virologie avec capacité de PCR (Polyménase Chain Reaction) et de nombreux équipements pour la surveillance et la prise en charge des malades (ibid.).

*« (...) Ebola a réussi à mobiliser beaucoup plus de moyen (...) matériel que le Ministère, ça c'est clair ! (...) Au moment où Ebola venait on avait aucun centre de traitement de maladies à potentiel épidémique, on a pu en construire 39 dans le pays et les équiper (...) Imagines-toi qu'on a eu près de 455 véhicules, chose jamais vu au Ministère hein ! Et plus de 3000 motos en une année au Ministère, chose encore jamais vu au Ministère ! (...) Et surtout le laboratoire qui a été beaucoup renforcé aussi (...) on a même un laboratoire P3 à Kindia qui est extraordinaire ! Sans Ebola on n'allait pas avoir ça hein ! (...) Parce que les laboratoires qu'on a maintenant, on en avait jamais eu avant »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

*« (...) On nous a donné des ambulances, etc. même maintenant là nous avons certains des équipements qui restent qu'on n'utilise pas »* (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).

2017).

En outre, sur le système pharmaceutique, Ebola a permis d'apporter un approvisionnement suffisant pour un certain nombre de produits destinés à la riposte contre Ebola et l'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits de santé (RG/MS 2015).

*« (...) Maintenant on a le « favipiravir » et le « ZMapp » en stock pour Ebola (...) Pour les autres maladies à potentiel épidémique on en a aussi telles que la méningite avec la « ceftriaxone », etc. (...) Donc on ne s'occupe plus que d'Ebola mais on s'occupe de toutes les maladies et comme tu vois on est actuellement en riposte contre la rougeole »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

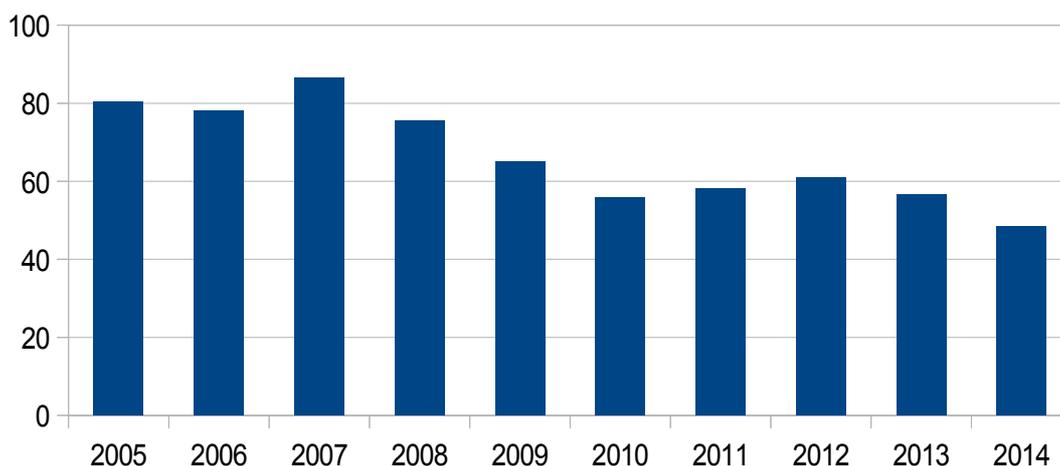
### Effets sur le financement de la santé

#### -effets négatifs sur le système de santé :

Au début de la MVE en Guinée, la riposte était financée grâce à des fonds destinés préalablement à d'autres programmes de développement.

*« (...) La riposte était financée un peu à partir des fonds résiduels de certains partenaires principalement l'OMS, l'UNICEF et un peu le PNUD et l'UNFPA et surtout concernant le côté prise en charge était financé par MSF plus un peu la Croix-Rouge nationale et bien sûr l'État aussi. Il faut avouer qu'au début on pensait que ce n'était pas très grave (...) En fait c'est quand la Cellule a été créé qu'on a vu l'envergure et la progression (...) On a fait les premiers plans et les besoins étaient évalués à 12 millions de dollars, après on a fait un plan de 75 millions de dollars. Après ça, la Banque mondiale nous a financés mais le financement a coïncidé avec la création de la Cellule. La plupart des financements n'ont pu être utilisés que vers fin 2014 »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

La MVE a eu des impacts sur le mécanisme par paiement direct. Avec la "psychose Ebola", la population fréquentait de moins en moins les services de santé ce qui a fait baisser considérablement les contributions des ménages dans le financement de la santé (RG/MS 2015). Le graphique suivant montre bien que sur les dix dernières années, l'année 2014 (avec 48,47% de financement privé sur les dépenses totales en santé) a été celle où les ménages ont le moins contribué au financement de la santé.



« (...) On a eu beaucoup de problème, de la stigmatisation. Tout le quartier où je vivais, tout le monde s'est levé pour dire que je suis mort. J'étais obligé de faire le tour du quartier pour dire aux gens attention je suis vivant. Voilà ! (...) De mars à septembre il n'y avait rien ! Pas de patients, pas de primes, pas d'argent, on n'avait rien. C'est après la déclaration d'urgence qu'on a mis les mesures en place pour accueillir les gens » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne, Conakry, 19 avril 2017).

La MVE a aussi fragmenté le budget alloué au Ministère de la Santé en bénéficiant de ses propres comptes financiers détachés de ceux du Ministère. Le financement au titre de l'aide humanitaire, hors budget de l'État, a été de 459,2257 millions USD (selon les PTF) ou de 353,85 millions USD (selon l'OMS) (Dramé 2016, IHP+).

« (...) Donc les partenaires qui ont amené de l'argent pour financer Ebola ne donnaient plus l'argent au Ministère de la Santé, mais l'argent allait directement sur les comptes d'Ebola (...) Cette dualité a existé jusqu'à la fin de l'épidémie » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).

#### -opportunités :

La MVE a entraîné un afflux de financement extérieur dans le pays afin de lutter contre la maladie et de renforcer le système de santé (Shoman 2017).

« (...) Donc je vais te dire que globalement certains disent que c'est plus d'un milliard de dollars, mais en réalité nous on n'a pas eu les détails de tout ça ! Moi je ne pense pas avec mémoire d'Homme que le Ministère de la Santé ait un tel montant même le dixième, je ne crois pas, dans son budget annuel ! Parce que même actuellement on n'est pas arrivé à ça, pas du tout. Tu sais un milliard de dollars c'est beaucoup de francs guinéens (rire) surtout avec notre taux de change là ! On n'a jamais, jamais eu ça ! » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

En outre le gouvernement s'est vu obligé d'augmenter sa part de dépenses publiques en santé (Delamou A. et al. 2017) qui a été de 4,7% du budget national en 2016. L'objectif, selon les autorités, étant d'atteindre les 10% en 2019 avec 100% de décaissement<sup>28</sup>. Rappelons qu'entre 2010-2012 la part des dépenses publiques consacrée à la santé était de 2,4% en moyenne (RG/MS 2015).

## Effets sur le leadership et la gouvernance

### -effets négatifs sur le système de santé :

Avec la création de la Cellule Nationale de Coordination de lutte contre Ebola dirigée par le Dr. Sakoba et plus tard la décentralisation de celle-ci dans les différents districts sanitaires affectés par la MVE, le Ministère de la Santé avait un peu perdu de son leadership (ibid.).

*« (...) Il y avait 10 unités au sein de la Cellule (unité de prise en charge, de surveillance, de mobilisation sociale ou de communication, de sécurité, des enterrements occupée par la Croix-Rouge guinéenne, de gestion des données, de logistique, de comptabilité, etc.) Après on a créé des démembrements dans les préfectures touchées et qui étaient directement sous l'autorité de la Cellule. Cela a été fait au fur et à mesure que des préfectures étaient touchées. Donc en tout il y a eu près de 26 Cellules de coordination au niveau des préfectures qui obéissaient à la Cellule nationale » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).*

*« (...) Mais le côté un peu faible dedans, c'est que ça n'a pas renforcé le Ministère de la Santé parce qu'on a créé des cellules parallèles aux côtés des structures du Ministère de la Santé. Ce qui faisait que dans beaucoup d'endroits où il y avait des cas Ebola, on a préféré créer une cellule de coordination préfectorale Ebola, on n'a pas utilisé le district sanitaire. Donc ça a créé un peu de compétition entre la Cellule qui avait tous les moyens et les DPS qui étaient là » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).*

### -opportunités :

Depuis la fin de l'épidémie, cette Cellule, transformée en Agence Nationale de Sécurité Sanitaire est dorénavant réintégrée au sein du Ministère de la Santé.

*« L'ANSS, qui a été créé à la place de la Cellule, est devenue un service technique du Ministère de la Santé,*

---

<sup>28</sup> Voir <http://www.sante.gov.gn/index.php/fr/documentation-fr/documents-de-politique/download/4-minsante-policy-documents/8-cadre-de-depenses-a-moyen-terme-cdmt-2017-2019>

*qui a une certaine indépendance et qui va jouer le rôle de Cellule d'opération d'urgence. Mais c'est bien dit qu'elle relève du Ministère de la Santé » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).*

*« (...) Maintenant, on ne fait plus la coordination à l'OMS, la coordination pour la lutte contre les épidémies c'est au niveau de l'ANSS que dirige le Dr. Sakoba. Mais c'est toujours le ministre de la santé le leader. Par exemple, le Comité de coordination du secteur santé est présidé par le ministre de la santé et le vice-président c'est le ministre de l'économie et des finances pour que l'argent puisse aller aux priorités et non envoyé de l'argent n'importe comment » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).*

En outre, il y a eu un renforcement de la capacité des districts à assumer davantage de responsabilités en termes de lutte contre la maladie (Thomas et al. 2017).

*« (...) On a donné même l'outil informatique à toutes les préfectures/districts et les centres de santé, et des tablettes même au niveau des centres de santé » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).*

*« (...) Au niveau des districts sanitaires, vraiment la surveillance est renforcée » (entretien avec un représentant de l'OMS, 18 avril 2017).*

#### Encadré 5 : raison de la création de la Cellule de coordination nationale contre Ebola

Selon nous, la création de cette Cellule a d'une part affaibli le MS mais d'autre part, elle a quand même réussi à incarner le leadership national vis-à-vis des PTF lors la riposte contre la MVE.

*« (...) Quand l'épidémie a continué de s'étendre non seulement géographiquement mais aussi en nombre de malades et de morts. Le gouvernement a décidé, peut-être même sous recommandation des PTF, de créer une Cellule de coordination Ebola qui a remplacé le Comité de coordination intersectoriel. Parce qu'on a dit là c'est quelque chose de sérieux. Il faut détacher des gens exclusivement qui vont travailler sur la maladie. Et comme ça touchait plusieurs secteurs, on a dit donc cette Cellule ne va pas être sous la coupe du Ministère de la Santé mais ça va être rattachée à la Présidence. Donc c'est comme cela que la Cellule de coordination Ebola a été créée et qui a été rendue directement autonome (...) Donc le Comité intersectoriel n'a plus fonctionné comme tel.*

*(...) L'avantage était qu'il y avait un plus grand leadership national en faisant impliquer même le président de la République dans la lutte (...) Tous les partenaires et aussi le Ministère participaient aux réunions qui se faisaient à la Cellule (...) Les partenaires ont toujours continué à travailler sur les autres programmes de santé avec le Ministère (...) Mais je crois que la Cellule a été utile pour une meilleure gestion des ressources. Mais si c'est l'implication physique c'est tout le personnel de santé de district qui s'est impliqué pour lutter contre Ebola (...) Comme le Ministère n'avait pas la capacité et avec la lourdeur administrative, il fallait créer une structure comme une Cellule d'opération d'urgence. C'est comme ça que la Cellule Ebola a été créée et qui pouvait ne pas suivre toute la procédure administrative, la lourdeur administrative pour les décaissements. Parce qu'on n'avait pas besoin que les papiers fassent des vas et viens etc. (...) Bon ! je crois que pendant ces moments, on n'a pas besoin de beaucoup de rigueur parce qu'on veut sauver des vies humaines, ce sont des opérations d'urgence. Si on rentre dans des procédures de gestions administratives des partenaires et du Ministère des Finances qui sont compliquées, on allait encore perdre beaucoup plus de vies humaines » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).*

## Effets sur la population et la demande de soins

### -effets négatifs sur le système de santé :

Au début de la riposte contre la MVE, beaucoup de gens sont venus en Guinée pour sensibiliser.

« (...) Tout le monde communiquait et le gouvernement communiquait très peu là-dessus. Donc libre court à des ONG, à des intervenants, bref chacun communiquait, chacun avait son système, etc. (...) Parce que ça a été la première grosse erreur » (entretien avec un représentant de l'UNICEF, Conakry, 12 avril 2017).

« (...) Les gens sont venus de partout, parce que quand ce genre de crise se pose, il faut consulter ceux qui ont une petite expérience là-dessus. Les congolais et autres là ils sont venus mais au lieu de nous former, ils nous ont au contraire embrouillés. Parce que quand tu dis à quelqu'un qu'Ebola c'est comme une peinture, quand tu touches tu as l'Ebola ! Qu'est-ce que ça fait ? Ah ! Ça ! Ça nous a fait peur ! » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne, Conakry, 19 avril 2017).

Les autorités ne tenaient pas compte du rôle que pouvait jouer les communautés dans la riposte. Cela a favorisé largement la circulation des rumeurs et de fausses informations, certains croyants même à la théorie de la conspiration (Amaya et al. 2016).

« (...) Imaginez ! Les gens disaient que le président Alpha Condé a amené Ebola pour tuer telle cible de la population ! Qu'il voulait tuer les peuls ! » (entretien avec un représentant de la société civile, Conakry, 19 avril 2017).

« (...) Que les blancs sont venus nous inoculer cette maladie là justement pour tuer les gens. On a même politisé ceci en disant qu'on veut réduire l'électorat de la Guinée Forestière, etc. (...) Les communautés ne pouvaient pas comprendre, hein ? Une communauté qui a à peine 300 personnes et qui, un beau matin voit (...) des personnes habillées comme des extra-terrestres, etc., qui pulvérisent la zone, sans trop communiquer avec les chefs. La fuite, la peur et tout ça, etc. Le sens même de la fumée en Guinée Forestière, ça a un sens mythique très important ! Et tout ça, ça a créé pas mal de rumeurs et de réticences » (entretien avec un représentant de l'UNICEF, Conakry, 12 avril 2017).

Selon Plucinski (et al.) on a assisté à une réduction de 11 à 15% des consultations ambulatoires de toutes les causes et des cas de fièvre en Guinée en 2014 par rapport à la période antérieure à Ebola (Delamou A. et al. 2017).

« (...) Donc s'il n'y a pas de la communication, on descend dans des « 4\*4 », alors que depuis ma naissance une « 4\*4 » n'est pas venue dans mon village. A cause de deux enfants qui sont morts, on m'envoie des

« 4\*4 ». *En plus, on m'a dit déjà que Ebola là c'est eux qui viennent inoculer ça ! Qu'est-ce que je vais faire ? Je reste chez moi et je prends l'arme la plus proche et j'attends, voilà !* » (entretien avec un représentant de la société civile, Conakry, 19 avril 2017).

Durant l'année 2014, tout le monde était terrorisé, surtout les patients qui présentaient des cas de fièvre ou des symptômes similaires à ceux de la MVE.

« (...) Une fois j'ai reçu un patient qui était fébrile. Quand je l'ai examiné et qu'on a fait le premier test, parce que quand les malades sont hypocolorés on demande notamment le taux d'hémoglobine avec la sérologie rétrovirale, etc. Alors quand nous avons fait tout ça, sa sérologie était positive. Mais avant les gens avaient peur du SIDA. Alors je suis venu, j'ai fait la sensibilisation, après je lui ai dit attention on vient de trouver le virus du SIDA dans ton sang. Il a dit « al hamdoulaye rabbi Allah mina »<sup>29</sup> comme ce n'est pas Ebola ! Donc il était soulagé qu'on lui dise que c'était le SIDA ! Comme pour dire, entre le mal et le pire, le mal était meilleur quoi » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).

La « psychose » Ebola va entraîner le refus des populations de collaborer avec les autorités sanitaires. Certains habitants allant jusqu'à attaquer des convois d'agents sanitaires et même commettre des homicides (Wilkinson et al. 2016).

« (...) Les premiers intervenants, c'étaient des interventions très médicalisées, qui ne tenaient d'aucun aspect culturel, ni socio-anthropologique. Et c'est ce qui a provoqué donc beaucoup de réticences, de violences, même des agressions » (entretien avec un représentant de l'UNICEF, Conakry, 12 avril 2017).

« (...) Vous avez vu les ripostes en Forêt ? Ils sont venus tuer des gens ! Ils ont arrosé le ministre de la santé en lui disant c'est toi qui dit qu'il y a le Ebola ici ! D'accord ! On va t'arroger d'abord de l'eau de javel » (entretien avec un représentant de la société civile, Conakry, 19 avril 2017).

« (...) Des ONG ont été lapidées et des véhicules caillassés. Mais ceux qui étaient morts c'était des cadres nationaux dont le directeur préfectoral de la santé de Nzérékoré, le directeur adjoint de l'hôpital, et un sous-préfet je crois et d'autres personnes, etc. » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).

#### -opportunités :

Il faut surtout noter que les parties prenantes dans le secteur de la santé ont compris l'importance de la communication. D'après nos interlocuteurs, les incidents ont été évités partout où il y a eu une bonne communication.

---

29 Qui veut dire « Dieu merci ».

« (...) Partout où il y a eu une communication, les gens se sont mis à la disposition des autorités. À la fin il y n'avait pas de problème. Moi (...) je suis venu pour leur (la population rurale) proposer une communication (...) J'ai partagé les bonnes informations (...) En donnant des informations pour pouvoir vraiment cadrer la situation (...) J'étais avec les acteurs de « Sabou-Guinée » à Forécariah. Je dis bon il paraît que personne ne veut aller dans le village de Beta ? Je dis alors montrez-moi la route. Je gare la voiture à cinq kilomètres. Moi je rentre et la seule arme que j'ai c'est ma communication, c'est tout ! Et ensuite on intervient ! Je suis venu voir les enfants. Je ne suis pas venu avec de l'eau, de la nourriture, etc. Moi c'est les enfants que je suis venu voir pour évaluer un peu leurs états psychologiques-sanitaires. On me reçoit à bras ouverts » (entretien avec un représentant de la société civile, Conakry, 19 avril 2017).

C'est grâce à l'inclusion des communautés dans la riposte que les autorités ont pu éradiquer la MVE en Guinée.

« (...) Donc il a fallu d'autres professions comme des anthropologues, des sociologues, des assistants sociaux qui ont étudiés les comportements de la population, qui ont commencé à parler avec elle, etc. » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).

« (...) L'UNICEF<sup>30</sup> a mis en place une stratégie qui voulait que cette communication soit participative et que cette communication vienne des communautés et qu'elle soit faite par des personnes des communautés (...) Trouver des communicateurs traditionnels au sein des villages pour aller faire des plaidoyers auprès des leaders d'opinion, les personnes les plus influentes, que ça soit le chef de terre, les chefs religieux, le guérisseur ou le sorcier même du village, etc. Partir de là ! (...) On a fait des plans de communication adaptés ! On a fait des plans de mis en œuvre opérationnels pour chaque préfecture, etc. ! On a fait des guides, des supports de communication, des flyers, des posters, etc. ! On l'a fait en langues nationales, en français, et aussi en langue arabe harmonisée. Et c'est là qui a été vraiment le déclic de la réussite de la communication dans la lutte contre Ebola. L'UNICEF après avoir tiré les leçons de toutes ces enquêtes rapides socio-anthropologiques faites sur le terrain. On a compris qu'on ne pouvait pas le faire sans l'implication des autorités religieuses, musulmanes en particulier. Parce que beaucoup de rumeurs partait de là (...) Et la quasi-totalité des imams, des prêcheurs, des prédicateurs étaient convaincus qu'Ebola n'existait pas, que c'est une malédiction de Dieu sur la Guinée à cause de ceci et cela. Bref, on les a impliqués et le Secrétariat Général des Affaires Religieuses était membre influent de cette commission de communication en la personne du Dr. El hadj Lamine Diallo » (entretien avec un représentant de l'UNICEF, Conakry, 12 avril 2017).

---

30 Voir annexe, **Tableau** « plan de mis en œuvre des activités de communication ».

## Conclusion préliminaire

Selon l'approche systémique, toute intervention qui vise un des éléments constitutifs du système de santé a aussi des effets sur d'autres éléments constitutifs du système (OMS 2009). Du coup un effet négatif/positif de la MVE sur un pilier quelconque du système entraîne d'autres effets négatifs/positifs sur les autres piliers du système. Concernant les effets négatifs sur les sept éléments constitutifs du système de santé, nous pouvons, par exemple, faire ces remarques suivantes :

Les effets négatifs sur la prestation de service ont eu des conséquences sur notamment le système d'information (certaines informations sanitaires durant la MVE n'ont pas pu être relevées à cause notamment de la non prestation de certains services de soins), le mode de financement par paiement direct (la non prestation de certains services de soins ont entraîné une diminution des fréquentations des patients et porter atteinte au mécanisme de paiement direct) etc.

Les effets négatifs sur les ressources humaines ont eu des répercussions sur notamment la prestation de service (les morts et les désertions des agents de santé entraînent une pénurie en personnel), le système d'information sanitaire (certaines informations sanitaires durant la MVE n'ont pas pu être relevées à cause notamment de la pénurie en personnel), les infrastructures (les décès et les désertions des agents de santé ont entraîné la fermeture de certains établissements de soins) etc.

Nous pouvons continuer à faire ceci pour l'ensemble des piliers du système de santé. Mais, in fine, nous voulons simplement montrer qu'il y a une interrelation entre tous ses éléments constitutifs. Une intervention isolée sur un des éléments du système aura des conséquences sur l'ensemble du système. Par conséquent, il semble plus adapté, en ce qui concerne les interventions sur les systèmes de santé, de recourir à une approche systémique, c'est-à-dire une intervention qui tient compte de l'interrelation entre les différents piliers du système.

Nous estimons que le PRRSS 2015-2017 a adopté une approche systémique d'intervention, ce qui a permis au système de santé de se reconstruire. Nos investigations dans les différents établissements de soins de santé et ceux du Ministère de la santé à Conakry confirment cela. En effet, nous avons constaté la présence de nombreux véhicules, des ambulances, des bâtiments en rénovation, des personnels de santé en formation, des réunions d'équipe, des efforts au niveau de l'hygiène, etc.

Toutefois, nous pensons que le PRRSS à lui seul ne suffit pas pour améliorer la santé de la population. Par exemple, concernant le renforcement des infrastructures : si nous avons constaté que les hôpitaux disposent dorénavant d'ambulances, cependant très rare sont ceux qui les utilisent réellement parce qu'il n'y a pas souvent de carburant. Aussi, si des ordinateurs ont été mis à la disposition de tous les établissements de santé publique, ils sont cependant peu à les utiliser quotidiennement à cause des coupures de courant. Etc.

« C'est vrai qu'on a des ordinateurs et tout ça, mais il n'y a pas de courant et on n'a pas les moyens de souvent utiliser le groupe électrogène » (entretien avec un agent de santé au CMC de Matam, Conakry, 29 mars 2017).

« Il y a des ambulances maintenant, vous les voyez ? Mais il n'y a pas d'essence ! Si tu as de l'essence tu vas chercher ton patient ! Voilà ! » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital Ignace Deen, Conakry, 27 mars 2017).

« En tant que médecin, moi je ne vois rien d'autre qui a changé ! Parce qu'ils sont incapables de profiter des acquis d'Ebola. Parce que ça devrait être une opportunité comme le président de la République l'a dit (...) Je l'ai toujours dit (...) ce qui a vraiment changé, ce sont les mentalités parce qu'en cas d'épidémie, on sait comment s'y prendre » (entretien avec un agent de santé à l'hôpital de l'amitié Sino-guinéenne, Conakry, 19 avril 2017).

## Effets de la MVE en matière de coopération en santé

La MVE a eu à la fois des effets négatifs et positifs en matière de coopération en santé. Par exemple en termes de financement, les fonds alloués au titre de l'aide humanitaire en 2014 n'étaient pas inscrits dans le budget du MS. À contrario, la MVE a favorisé plus d'ADP en 2014 dans le secteur en y apportant près du double de l'ADP de 2010.

## Effets sur l'appropriation de l'aide

Ce qui a surtout changé avec la survenue de la MVE, c'est que la PNS 2015, le PNDS 2015-2024, le PRRSS 2015-2017 ainsi que les Plans d'actions opérationnels annuels ont été élaborés et adoptés dans un cadre largement participatif et inclusif (Dramé 2016, IHP+).

« (...) En même temps qu'on faisait la lutte contre la maladie, on renforçait aussi le système de santé. Et nous c'est ce qu'on a fait : l'analyse de la situation en 2014, hein ?, au moment de la crise. On n'a pas du tout attendu la fin de la crise. Donc on a élaboré notre analyse de situation. Et dans le pays, il y avait eu une grande réunion ici où il y avait le chef de l'État et tout le monde, tu vois ? C'était un forum national où l'analyse de situation a été présentée. C'est en ce moment-là qu'on avait défini les grandes priorités en matière de renforcement du système de santé. Donc c'est à partir de là qu'on a révisé le document de Politique de Santé, on a élaboré un nouveau Plan National de Développement Sanitaire pour dix ans. Vous voyez que ça c'est le développement sanitaire à long terme ! Et on a extrait un Plan Triennal qui est le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé, c'est le premier plan pour sortir le pays de la crise »

(entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

## Effets sur l'alignement sur les politiques et les systèmes nationaux

Selon Dramé, 2016 IHP+, tous les partenaires au développement dans le secteur de la santé se sont alignés sur les priorités du gouvernement en 2014.

*« (...) Au tout début, on a essayé de faire une classification des partenaires en fonction de leur domaine de compétence<sup>31</sup>. Donc il y a un certain nombre de domaines qui ont été identifiés où nous avons choisis des leaders/nos partenaires dans chaque domaine. Par exemple la surveillance et l'investigation des cas, on a pris l'OMS comme leader. La prise en charge des victimes d'Ebola et des cas c'était MSF. La communication c'était l'UNICEF. La logistique a été appuyée par le PAM. La sécurité était à part, etc. Il y avait beaucoup de gens dans la logistique et la communication surtout. Il y avait la partie recherche aussi où on avait une commission recherche et une commission laboratoire, donc tout ceci, les partenaires étaient dans tout ça »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

En outre, ils se sont aussi engagés à s'aligner sur la PNS 2015, le PNDS 2014-2025, le PRRSS 2015-2017 ainsi que les Plans d'actions opérationnels annuels (Dramé 2016, IHP+).

*« (...) MSF ne remplace pas l'État. Nous sommes là pour accompagner l'État dans les situations d'urgence. Ce n'est pas seulement Ebola que MSF a pris en charge, on a fait la prise en charge des cas de méningite, de choléra et de rougeole. Mais on ne remplace pas l'État, on l'accompagne dans sa Politique nationale de santé mise en place par le Ministère de la santé »* (entretien avec un représentant de MSF, Conakry, 11 avril 2017).

*« (...) Tous ceux qui interviennent en matière de santé dans le pays s'alignent sur ces priorités là (...) Et maintenant tous les programmes d'appui qui arrivent, les programmes de coopération s'alignent sur ces documents-là »* (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

Toutefois, l'alignement c'est aussi l'utilisation des systèmes de gestion des ressources financières du pays, à savoir : les **procédures nationales d'exécution du budget**, les **procédures nationales de rapportage financier**, les **procédures nationales d'audit** ainsi que les **procédures nationales de passation des marchés publics**. Mais il semble que les PTF n'utilisent que très peu les systèmes nationaux de gestion et ce même en période de crise sanitaire.

Selon Dramé, IHP+ 2016, parmi les PTF interrogés lors de l'évaluation, l'OMS et GAVI ont affirmé qu'une

---

31 Voir annexe Organisation nationale 5 novembre 2014 (RG/MS 2014).

partie de leur financement est inscrite dans le budget de l'État tandis que la Banque mondiale et l'UNFPA disent ne pas le faire. Les PTF disent aussi utiliser les procédures nationales d'exécution budgétaire, de reportage et d'audit (excepté la BM) et en 2014, selon eux, cela concernait 32.713.234 USD de l'APD (le Ministère du Budget se retient de confirmer ou d'infirmer cette dernière information). Les PTF disent aussi ne pas utiliser le « Code des marchés publics et de concession de services publics en Guinée » car ils estiment que le système national n'est pas encore performant (excepté la BM).

*« (...) Non certains sont passés par l'État, ceux qui sont passés par l'État : c'est la Banque mondiale mais entre griffes, parce qu' ils ont informé l'État du montant affecté mais pour accélérer le décaissement, ils nous ont invité à accepter qu'ils passent par les Agences telles que l'UNICEF, le PAM et l'OMS (...) Donc l'argent qu'on nous a donné venant de la Banque mondiale devait être géré par ces trois-là. Nous on a géré que les 5 % pour notre fonctionnement mais les 95 %, pour faciliter le décaissement, ils nous ont dit de passer par eux. Parce que si c'était direct, il faut le faire sous forme de projet qui prend souvent six mois de négociation. Et nous on est en urgence et on a dit bon si c'est comme ça on acceptait. Mais on suivait l'exécution (...) Mais MSF n'a pas fait ça hein ! Ils ont géré leurs fonds comme la Croix-Rouge française, IMC, les américains etc., c'est comme ça ! » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).*

Nous constatons donc que malgré la budgétisation et les mécanismes de suivi-évaluation accompagnant les documents de Politiques de santé nationales, les PTF utilisent peu (ou pas assez) les systèmes de gestion nationaux.

*« (...) Actuellement comment ça se passe ? Par exemple pour faire un atelier, un partenaire qui dit bon moi je veux faire un atelier, on fait une note conceptuelle ou bien des TDR, etc. Alors que normalement c'est le ministre qui doit dire moi je veux faire un atelier de formation sur ça. Voici ce que moi j'ai comme budget dans le Plan d'action annuelle et vous avez dit que vous allez nous donner ça et ça, alors il faut donner. Mais ce n'est pas comme ça que ça se passe actuellement » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).*

## Effets sur l'harmonisation de l'aide

L'harmonisation des interventions des partenaires au développement a toujours été et reste encore un défi à surmonter.

*« (...) Durant la MVE, on avait en tout près de 65 partenaires, là il y avait des pays amis dans les 65, il y avait des partenaires financiers mais par contre il y avait aussi des Agences et des ONG sur le terrain avec nous. Ça n'a pas été facile de coordonner les interventions de tout ce monde ! C'était là la plus grande*

*problématique* » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

En 2014, Selon la cartographie des interventions, la coordination des partenaires était assurée par plusieurs organismes dont la Cellule nationale de coordination, la Présidence de la République, l'Organisation Ouest Africaine de la santé, l'UNMEER, CDC-Atlanta, DG ECHO UE, l'USAID/OFDA, l'OMS, University of Oxford et Plan international.

*« (...) Au moment de la crise le chef de file en matière de santé dans le pays, c'est la constitution de l'OMS qui stipule ça, c'est l'OMS, ok ? Mais avec le business, les partenaires ont commencé par se dire nous aussi on peut faire ça »* (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

Cette multitude de coordonnateurs peut s'expliquer en partie aussi par le fait que le Comité de coordination dans le secteur ne fonctionnait pas bien voir pas du tout à ce moment-là.

*« (...) Avec l'IHP+, tu vois ?, les Comités de coordination du système de santé. Même ça aussi ! Au moment de la crise, le Comité de coordination du secteur santé mis en place était moribond. En 2013, ils n'ont fait aucune réunion. C'est en 2014, lorsque moi j'étais arrivé en octobre, qu'en décembre on a pu avoir une première réunion mais là c'était une réunion improvisée par le secrétaire général, tu vois ? (...) Donc c'est juste à la fin de la crise que les réunions des partenaires ont recommencé vers avril-mai 2015 comme ça. Mais en 2015, les réunions de coordination du secteur santé, les deux réunions statutaires, ont été tenues.»* (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

Toutefois, depuis la fin de la crise en Guinée, on peut noter quelques évolutions positives :

*« (...) Mais c'est nous qui avons petit à petit tout fait pour que le Comité de coordination du secteur santé qui est l'organe de coordination suprême au niveau du pays puisse au moins fonctionner. Ça on l'a fait en 2015 pour que le rôle du leadership de la coordination du secteur santé soit joué par le Ministère de la Santé (...) Maintenant c'est quoi c'est d'harmoniser ensemble pour définir les procédures avec l'État et harmoniser ces procédures pour arriver à quelque chose de digestive, de compréhensible et qui soit à même d'aider le pays à progresser en matière de gestion rationnelle des ressources (...) Et pour améliorer la coordination globale un Compact national a été élaboré, vous savez que le Compact national c'est un accord entre le gouvernement et les partenaires et toutes les parties prenantes avec des engagements (...) Donc le Compact national a été élaboré et a été signé l'an passé par le gouvernement, le premier ministre lui-même était là, le président de la République s'était même déplacé (...) Maintenant la coordination au niveau national et au niveau des PTF ça marche mieux ! Il faut toujours améliorer quand même les choses mais ça marche mieux qu'avant la survenue de la MVE ! (...) Donc c'est à cause de ça qu'on aura même une réunion demain matin sur une unité de gestion au sein du Ministère de la Santé qui soit renforcée pour appuyer les organes comme*

la DAF, le bureau de stratégie, c'est-à-dire la direction de planification, pour leur donner quand même la chance de gérer le patrimoine en matière de santé (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

## Effets sur l'orientation vers les résultats et la redevabilité mutuelle

Pour l'exécution du PNDS 2015-2024, le Ministère de la Santé a élaboré un **Plan de National de Suivi et Évaluation** accepté par certains des PTF. Néanmoins la faiblesse de la qualité des données fournies par le **Système national d'information sanitaire** conduit bon nombre d'entre eux à utiliser encore leurs propres estimations (Dramé 2016, IHP+).

*« (...) Tu vois ?, et pour ça (le PNDS 2015-2024) un Plan National de Suivi Évaluation a été élaboré pour faire le suivi. Je vous ai dit que le « Programme d'appui au dialogue en santé » c'est pour aussi le côté de la planification, la budgétisation, la coordination du secteur, le côté du suivi-évaluation. Donc un Plan de suivi-évaluation a été élaboré (...) On a développé le PNDS sur les axes stratégiques de gestion axés sur les résultats (...) L'OMS avait développé un document mondial qui était une plateforme de l'information au niveau pays et ça, ça fait l'évaluation du système national d'information sanitaire en matière de capacité. Quelle est sa capacité à pouvoir faire le suivi-évaluation ? Ça donne les notions sur les suivis, ça donne les notions sur l'évaluation des programmes et comment faire les Revues conjointes des plans. Donc ces documents-là donnent les grandes lignes, les directives pour faire le suivi-évaluation de façon globale dans le pays (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).*

## Effets sur les sept comportements de l'IHP+

Les comportements de l'IHP+ sont la traduction, dans le domaine de la santé, des principes issus de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. C'est une autre manière, un peu plus spécifique, d'aborder le domaine de l'efficacité de l'aide au développement.

### -l'appui conjoint à une stratégie nationale de santé unique

Tous les partenaires soutiennent la stratégie nationale de santé (Dramé 2016, IHP+).

*« (...) Donc tous les piliers du système de santé-là ont été renforcés et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé a été élaboré sur cette base-là ! Et donc on continue toujours à appuyer le pays dans ces domaines dont je t'ai parlé, les domaines prioritaires d'appui du pays qui sont six en tout je crois, la*

*Prévention, le contrôle des infections, etc. (...) Donc on continue toujours et effectivement si tu vois aussi le PNDS ce sont aussi ses priorités » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).*

#### -l'inscription des apports de ressources dans le budget et la prévisibilité du financement

Durant la lutte contre la MVE en Guinée, peu de PTF ont inscrit leurs apports dans le budget. Selon Dramé, IHP+ 2016, le financement au titre de l'aide humanitaire en 2014, hors budget de l'État, a été de 459,2257 millions USD (selon les PTF)/ 353,85 millions USD (selon l'OMS).

*« (...) Le budget ! Même moi qui est coordinateur, qui a suivi les choses du début à la fin, je ne connais pas ! Parce que chaque partenaire a géré ses fonds selon ses procédures (entretien avec un représentant du Ministère de la santé, Conakry, 15 avril 2017).*

En général, selon le Ministère du Budget, les contributions des partenaires sont prévisibles. Les prévisions sont annoncées pour des périodes en accord avec le rythme de programmation de la coopération de chaque partenaire au développement, sauf en ce qui concerne la Banque mondiale qui utilise l'approche "projet". Dans le cadre de la riposte contre la MVE, la BM a apporté un soutien pour un an, qui été prorogé ensuite dans le cadre du PRRSS (Dramé 2016, IHP+).

#### -l'assurance que les systèmes de gestion financière des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes

Durant la lutte contre la MVE en Guinée, peu de PTF ont utilisé les systèmes nationaux de gestion financière.

*« (...) Parce que personne ne voulait savoir ce que l'autre fait sur le plan financier (...) Ils ont géré leurs fonds (...) L'argent que chacun amenait, c'est dans ça qu'il payait ses experts etc. » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).*

#### -l'assurance que les systèmes de passation des marchés / d'approvisionnement des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes

Hormis la Banque mondiale, les principaux PTF disent ne pas utiliser les systèmes de passation des marchés et d'approvisionnement du pays, et cela n'a pas changé en 2014 (Dramé 2016, IHP+).

*« (...) Par rapport à la gestion des ressources, chacun a gardé son autonomie (...) Là je n'ai pas réussi à les regrouper (...) Ça c'était pratiquement impossible ! C'est comme ça ! » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).*

-le suivi conjoint des processus et des résultats et de redevabilité

Le Ministère de la Santé a élaboré un Compact national et un Plan National de Suivi et Évaluation pour l'exécution du PNDS 2015-2024 qui sont soutenus notamment par l'OMS.

« (...) *Le Plan de suivi-évaluation est un outil de redevabilité parce que ça donne les indicateurs de suivis, ce que les partenaires et le gouvernement ont fait. Et le Compact lui met l'accent sur les engagements de l'État pour la mise en œuvre du PNDS et les engagements des partenaires sur la mise en œuvre du même PNDS* » (entretien avec un représentant de l'OMS, Conakry, 07 mars 2017).

-des appuis techniques planifiés stratégiquement et bien coordonnés ainsi que la promotion et l'appui à l'apprentissage systématique entre pays (sud-sud / coopération triangulaire)

Il n'existe toujours pas de Plan d'assistance technique national en Guinée. Du coup, on privilégie encore « l'assistance technique au cas par cas en tenant compte des priorités nationales en la matière et du renforcement des capacités. Les institutions nationales sont impliquées dans le recrutement par la publication des règles relatives aux prestations, la Revue et le partage des TDR. Les PTF sont disposés à appuyer le pays dans la mise en place d'un Plan d'assistance technique auquel ils alignent et harmonisent leurs actions à travers le renforcement du leadership et de la gouvernance des pouvoirs publics » (Dramé 2016, IHP+, p4).

## Conclusion préliminaire

Concernant les principes de la Déclaration de Paris, on peut dire que :

-le pays s'est vraiment approprié ses Politiques de Santé Publiques.

-le leadership du Ministère de la santé se forge de plus en plus surtout avec l'expérience de la MVE.

-l'afflux des partenaires au développement durant la riposte contre la MVE a soulevé le besoin urgent d'avoir un Comité de coordination national des partenaires efficace.

-les partenaires s'alignent sur les priorités du pays mais ils sont encore réticents à utiliser pleinement les systèmes nationaux de gestion financière.

-l'harmonisation des partenaires au développement va dans le bon sens notamment avec l'adoption du Compact national, mais encore faudrait-il que les principaux partenaires au développement dans le secteur le signent.

-enfin les mécanismes de gestion orientés vers les résultats et la redevabilité mutuelle ont été renforcés et sont même soutenus par certains des PTF.

Concernant les sept comportements de l'IHP+, nous avons estimé intéressant de faire une comparaison entre le rapport de l'IHP+ 2014 et celui de 2016 sur la Guinée :

**Tableau 6** : comparaison entre le rapport de l'IHP+ 2014 et celui de 2016 sur la Guinée

Comportements IHP+	2014	2016
<b>l'appui conjoint à une stratégie nationale de santé unique</b>	-pas évalué.	-PTF apportent leurs appuis sur les domaines prioritaires du pays (PNS 2015, PNDS 2014-2025, PRRSS 2015-2017 et les plans d'actions opérationnels annuels).
<b>l'inscription des apports de ressources dans le budget et la prévisibilité du financement</b>	-pas de Plan de dépenses à moyen terme.	-l'OMS et GAVI affirment qu'une partie de leur financement en santé est inscrite dans le budget de l'État tandis que la Banque mondiale et l'UNFPA disent ne pas le faire. -Cadre de dépenses à moyen terme existant depuis 2017 (sur trois ans). -contributions des PTF prévisibles mais procédures spécifiques pour chaque PTF sauf la BM qui adopte l'approche « projet ».
<b>l'assurance que les systèmes de gestion financière des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes</b>	-gestion des finances publiques faible.	-les principaux PTF disent utiliser les procédures nationales d'exécution budgétaire, de reportage et d'audit (excepté la BM) et en 2014, selon eux, cela concernait 32.713.234 USD de l'aide publique au développement (APD).
<b>l'assurance que les systèmes de passation des marchés / d'approvisionnement des pays fonctionnent bien et l'utilisation de ces systèmes</b>	-Pas évalué.	-Code des marchés publics et de concession de services publics existant mais pas utilisé par les PTF (sauf la BM).
<b>le suivi conjoint des processus et des résultats et de redevabilité</b>	-pas de Cadre sectoriel de résultats. -pas de Politique de partenariat. -aucune évaluation conjointe.	-Cadre sectoriel de résultats existant. -mécanismes de coopération et de partenariat (même avec la société civile) mis en place. -Plan National de Suivi et Évaluation du PNDS 2015-2024.

<p><b>des appuis techniques planifiés stratégiquement et bien coordonnés ainsi que la promotion et l'appui à l'apprentissage systématique entre pays (sud-sud / coopération triangulaire)</b></p>	<p>-pas de Plan d'assistance technique national.</p>	<p>-PTF disposés à appuyer le pays dans la mise en place d'un Plan d'assistance technique national. -renforcement de la coopération sud-sud.</p>
---	--	--

## Conclusions

Après avoir présenté les concepts et le contexte global, ce travail s'est attelé à analyser les effets de la MVE dans le secteur de la santé guinéen. Nous avons constaté d'abord, d'une part que tout le système de santé guinéen a été affecté par les effets négatifs de la MVE et d'autre part que les PTF n'utilisent pas assez les systèmes nationaux de gestion. Ensuite, que la MVE a été également une opportunité pour aider le pays à faire face aux éventuelles futures épidémies, grâce à la mise en œuvre du PRRSS, ainsi qu'à disposer pleinement des outils promus dans le cadre de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé (PNS, PNDS, Plans d'action opérationnel annuel, Plan National de Suivi et Évaluation, Compact National, CDMT, etc.).

En guise de conclusion, nous estimons que le PRRSS 2015-2017 répond plus aux priorités de la communauté internationale qu'aux préoccupations et aspirations des populations guinéennes car il vise à éviter que ne se reproduise à l'avenir ce type de « crise sanitaire à portée internationale ». Cependant, nous estimons que le PNDS 2014-2025, avec ses cinq priorités<sup>32</sup>, est à même d'améliorer la santé de la population guinéenne. Mais encore faudrait-il que ce dernier soit effectivement mis en œuvre. Cette brève conclusion se résume par les propos suivants : « *Il y a eu les jalons qui ont été posés, maintenant quand est-ce qu'on aura les murs, ça c'est une autre question. C'est à l'État et au gouvernement de faire le nécessaire* » (entretien avec un représentant de la société civile, Conakry, 19 avril 2017).

Au vu de tout cela, nous sommes maintenant en mesure de procéder à la validation de nos hypothèses de recherche.

### Hypothèse 1 : *la maladie a révélé la faiblesse et le niveau de détérioration du système sanitaire guinéen*

Au vu de l'étude des éléments constitutifs du système de santé guinéen et surtout du financement public des dépenses en santé, on peut affirmer que le secteur de la santé n'était pas une priorité pour les différents gouvernements qui se sont succédés depuis 2005. On a vu que les dépenses publiques consacrées à la santé ont connu une nette augmentation entre 2005 et 2010, passant de 5,92 à 23,08 *USD*, soit près de la moitié des dépenses totales en santé par habitant. Mais que depuis 2010 cette tendance est au ralenti, passant seulement de 23,08 à 33,18 *USD*. La crise économique mondiale de 2008 et les crises socio-politiques internes ont accéléré la détérioration d'un système qui était déjà sous-financé. Comme nous le confiait un de nos interlocuteurs, avant la survenue d'Ebola *le système était moribond* mais Ebola a permis de saisir cela.

---

<sup>32</sup> La réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées, la lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que le renforcement du système de santé afin de soutenir les quatre programmes précédents et un accès universel aux services essentiels de santé (RG/MS 2015).

Hypothèse 2 : la MVE a eu des effets sur l'ensemble des éléments constitutifs du système de santé guinéen

-effets négatifs :

La MVE a eu des effets négatifs sur tous les piliers du système de santé guinéen. En résumé, nous pouvons énumérer, de manière non exhaustive, ces effets suivants : transferts de fonds vers Ebola alors qu'ils étaient précédemment destinés à d'autres programmes et absence de prestation de certains services de soins ; morts et désertions du personnel soignant ; *gaps* au niveau de la remontée des informations sanitaires ; fermeture de certains établissements de soins et utilisation d'infrastructures contre la riposte de la MVE alors qu'elles étaient précédemment destinées à d'autres programmes ; diminution des dépenses en santé des ménages ; usurpation « temporaire » du leadership du Ministère de la Santé ; affrontements sporadiques entre autorités sanitaires et population, etc.

-effets positifs :

La MVE a eu des effets positifs sur l'ensemble des piliers du système de santé guinéen. Nous pouvons les résumer à travers cet extrait d'entretien suivant :

*« En résumé, on a renforcé notre système de surveillance pour la détection précoce des épidémies et un mécanisme de réponse rapide et aussi des lieux de prises en charge. La logistique a été beaucoup renforcée, on a eu beaucoup de véhicules. Et il y a eu renforcement aussi des ressources humaines, beaucoup de guinéens ont été formés à la prise en charge, à la surveillance et investigation (...) Et surtout le laboratoire qui a été beaucoup renforcé aussi et aussi en termes de capacité de recherche on nous a impliqué dans beaucoup de projets de recherche »* (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 15 avril 2017).

Hypothèse 3 : la MVE a encouragé les donateurs, mais aussi l'État guinéen, à ne pas respecter certains principes issus de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement

Il faut reconnaître que les principes de Paris n'ont jamais été effectifs dans le secteur de la santé guinéen (Ly 2016). Avec la crise sanitaire d'Ebola, il y avait l'espoir d'une prise de conscience, de la part du gouvernement et des PTF, de l'importance de mettre pleinement en œuvre les principes d'efficacité de l'aide afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention durant la riposte, mais cela n'a pas été le cas. D'abord le leadership du Ministère de la santé a fait notamment avec la création de la Cellule nationale de coordination. Ensuite les PTF ont peu utilisé les systèmes nationaux de gestion du pays. Par exemple le financement au titre de l'aide humanitaire en 2014 n'a pas été pris en compte dans le budget à défaut notamment de l'existence d'un Plan de gestion des urgences humanitaires. Mais même pour ce qui concerne l'APD,

nombreux sont les PTF qui ont dit ne pas inscrire toutes leurs contributions dans le budget et certains affirment même ne pas le faire du tout parce qu'ils estiment que les systèmes nationaux de gestion ne sont pas performants.

Hypothèse 4 : *l'épidémie a mis au jour la défiance qui existait entre d'une part, le personnel soignant et d'autre part, la population*

Durant la riposte contre la MVE, on aurait pu s'attendre à avoir quelques réticences dans les milieux ruraux parce que ce sont des zones qui sont généralement enclavées et qui ne sont pas très souvent voir pas du tout en contact avec les autorités du pays. Mais les réticences constatées dans les zones urbaines telles qu'à Conakry, à Kindia, à N'Zérékoré, etc., en ont surpris plus d'un.

*« La coopération avec la population a été extrêmement difficile avec beaucoup de cas de résistance dans toutes les communautés (...) A un moment les gens étaient réticents pour aller à l'hôpital, ils étaient réticents qu'on fasse des pulvérisations dans leurs maisons, ils ne voulaient pas que leurs corps soient enterrés de façon sécurisés (...) Des ONG ont été lapidées et des véhicules caillassés (...) des cadres nationaux dont le directeur préfectoral de la santé de Nzérékoré, le directeur adjoint de l'hôpital, et un sous-préfet je crois et d'autres personnes ont été tués, etc. (...) Mais on a dû utiliser la police et la gendarmerie et autres pour sécuriser nos personnels et nos équipements sur le terrain, à Conakry, à Forécariah, à Kindia, en Guinée Forestière etc. » (entretien avec un représentant du Ministère de la Santé, Conakry, 10 avril 2017).*

## Recommandations

Pour terminer, nous allons proposer quelques modestes recommandations afin d'améliorer la santé des Guinéens et favoriser une meilleure efficacité de l'aide dans ce secteur.

### Concernant le système de santé

-renforcer le leadership et la gouvernance du Ministère de la Santé afin qu'il remplisse pleinement sa fonction d'administration générale qui, selon nous, est le moteur même des fonctions des systèmes de santé. Puisqu'elle définit les modalités de financement du système, les services de soins à prester ainsi que les modalités dans lesquelles ces prestations se tiendront.

-sécuriser l'approvisionnement en médicaments, en luttant fermement contre le sous-secteur informel.

-modifier le mode de financement, en diminuant très sensiblement les dépenses en santé supportées par les ménages afin de les inciter à plus utiliser les services publics de soins de santé.

-valoriser les ressources humaines notamment en augmentant les salaires et les privilèges des fonctionnaires : par exemple, une fois j'ai dû annuler un entretien avec un médecin, qui travaille au service des maladies infectieuses à l'hôpital national Donka, parce qu'il venait d'être expulsé de son logement pour non-paiement de loyer. Une autre fois, j'ai vu un groupe d'agents de santé, en blouse médicale blanche, dans un des CMC à Conakry, en train d'enlever les mauvaises herbes dans la cour de l'établissement. Etc.

### Concernant les principes de Paris et les sept comportements de l'IHP+

-signature du Compact national par les principaux PTF dans le secteur.

-élaboration et adoption, par tous les *stakeholders*, du Plan d'assistance technique du pays.

-utilisation des institutions et des systèmes nationaux de gestion financière par tous les partenaires financiers.

-utilisation du Plan National de Suivi et Évaluation du PNDS 2014-2025 par les principaux PTF.

## Références

- Amaya M Gillespie et al., 2016, « Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa: Lessons for future Public Health Emergencies », *Global Health-Science and Practice*, vol 4, n°4.
- Delamou Alexandre et al., 2017, « Effect of Ebola virus disease on maternal and child health services in Guinea: a retrospective observational cohort study », *The Lancet*.
- Delamou A. et al., 2017, « Public health impact of the 2014-2015 Ebola outbreak in West Africa: seizing opportunities for the future », *BMJ Global Health*.
- Delcourt Laurent, 2008, « Aide au développement de l'Union européenne : perspective critique », *Alternatives Sud-CETRI*, vol-15/7.
- Dramé Amara, 2016, *Cycle de suivi de l'IHP+ 2016-5<sup>ème</sup> cycle de l'évaluation de l'efficacité de l'aide au développement format de rapport pour la Guinée*, IHP+ results, Genève.
- Dramé Amara, 2016, *Cycle de suivi de l'IHP+ 2016-Suivi des engagements concernant l'efficacité de la coopération au développement en santé*, présentation des résultats de la République de Guinée- power point, Conakry.
- Dramé Amara, 2016, *Guinea Qual Survey\_Hum Aid*, présentation de l'aide au développement dans le secteur de la santé en 2014 pour la République de Guinée, Excel, Conakry.
- Dramé Mohamed lamine, 2016, *Comment fonctionnent les systèmes de santé*, Présentation des éléments constitutifs des systèmes de santé, Power point.
- Dubois Marc et al., 2015, « The Ebola response in West Africa », *Humanitarian Policy Group (HPG)*.
- Ly Salim, 2016, « Quels sont les obstacles rencontrés par l'État guinéen dans la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement dans son secteur de la santé ? », travail personnel, ULg.
- Mit Philips, Aine Markham, 2014, « Ebola: a failure of international collective action », *The Lancet*, vol 384.
- Moon Suerie et al., 2015, « Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic.

The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola », *Health Policy*.

Gagnon Yves-C., 2008, « L'étude de cas comme méthode de recherche- Guide de réalisation », *Presses de l'Université du Québec*, Québec.

Guilbaud Auriane, 2014, « Le système sanitaire international face à l'épidémie d'Ebola », *La vie des idées.fr*.

IHP+, 2014, *Progrès du partenariat International pour la santé et Initiatives apparentées-Rapport de performance 2014*, IHP+, Genève.

OCDE, 2005, *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement*, Éditions OCDE [URL : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264098091-fr>, consulté le 4 juillet 2016].

OCDE, 2008, « Efficacité de l'aide : Mise en œuvre de la Déclaration de Paris », *Revue de l'OCDE sur le développement*, vol1, n° 9.

OCDE, 2011, *Les forums de haut niveau sur l'efficacité de l'aide : petit historique* [URL : [http://www.oecd.org/document/43/0,3746,fr\\_2649\\_3236398\\_48138091\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/43/0,3746,fr_2649_3236398_48138091_1_1_1_1,00.html), consulté le 22 mars 2016].

OCDE, 2012, *L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Progrès et enseignements, Pour une meilleure aide au développement*, Éditions OCDE [URL : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264174658-fr>, consulté le 8 juillet 2016].

O Gostin Lawrence, A Friedman Eric, 2015, « A retrospective and prospective analysis of the West African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex », *The Lancet*, vol 385.

ONG Transparency International, 2015, *Classement 2015 des pays les plus corrompus*, Transparency International, Berlin [URL : [http://afrique360.com/2015/06/09/classement-2015-des-pays-les-plus-corrompus\\_60484.html](http://afrique360.com/2015/06/09/classement-2015-des-pays-les-plus-corrompus_60484.html), consulté le 5 août 2016].

Organisation mondiale de la santé, 2017, *Alerte et action au niveau mondial (GAR)-Tout a commencé en Guinée : l'épidémie a continué à couvrir sans être détecté- pendant plus de trois mois*, OMS, Genève [URL : <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/>, consulté le 23 juin 2017].

Organisation mondiale de la santé, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde-pour un système de santé plus performant*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2007, *strengthening health systems to improve health outcomes whose framework for action*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2008, *Rapport sur la santé dans le monde-les soins de santé primaires-maintenant plus que jamais*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2008, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 : Guinée*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2007, *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2010, *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2017, *Maladie à virus Ebola*, OMS, Genève [URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>, consulté le 1 août 2017].

Organisation mondiale de la santé, 2015, *Report Ebola Interim Assessment Panel*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé, 2016, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2016-2021 : Guinée*, OMS, Genève.

Paul Elisabeth et al., 2008, « L'agenda pour l'efficacité de l'aide au développement », *Afrique contemporaine*, n°223-224.

Paul, Elisabeth, et Véronique Zinnen, 2012, « Les modalités financières de coopération », *GRAP Policy Brief* #6.

Paul, Elisabeth, et Véronique Zinnen, 2012, « Les résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé-Étude de cas : Bénin, Mali, République Démocratique du Congo », *GRAP Policy Brief* #8, GRAP-PA Santé pour le compte de l'OMS et de l'IHP+.

Paul Elisabeth et al., 2013, « L'efficacité de l'aide en santé en Afrique de l'Ouest: maintenant plus que jamais », *Global Health Promotion*.

République de Guinée, Ministère du Plan, 2012, *Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté-ELEP 2012*, République de Guinée, Ministère du Plan, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2001, *Politique Nationale de Santé*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2005, *Plan National de Développement Sanitaire 2003-2012*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2014, *Politique Nationale de Santé 2015-Un engagement pour bâtir un système de santé performant*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, 2014, *Rapport général des États Généraux de la Santé*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2014, *Stratégie de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle en Guinée*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2015, *Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2015, *Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2015, *Compact National Santé 2015-2017-Accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue d'atteindre les ODD à l'horizon 2030*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

République de Guinée, Ministère de la Santé, 2015, *Plan National de Suivi et Évaluation du PNDS 2015-2024*, République de Guinée, Ministère de la Santé, Conakry.

Ross Erin, 2017, « Ebola funding surge hides falling investment in other neglected diseases » », *Nature*.

ROY Simon N., 2003, « L'étude de cas », *Presses de l'Université du Québec*.

Scott Vera et al., 2016, « Critiquing the response to the Ebola epidemic through a Primary Health Care Approach », *BMC Public Health*.

Seytre Bernard, 2016, « Les errances de la communication sur la maladie à virus Ebola », *Lavoisier*.

Shoman et al., 2017, « The link between the West African Ebola outbreak and health systems in Guinea,

Liberia and Sierra Leone: a systematic review », *Globalization and Health*.

Thomas Cicely et al., 2017, *How Guinea is strengthening its health system in the wake of Ebola*, Results for Development Institute-R4D.

UNICEF, 2014, *Commission Communication Épidémie de fièvre hémorragique virale Ebola en Guinée*, Excel, Conakry.

Wilkinson Annie

-et James Fairhead, 2016, « Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture », *Critical Public Health*.

## Annexes

### A) Plan de mis en œuvre des activités de communication

**Tableau 7** : plan de mis en œuvre des activités de communication (UNICEF 2014)

<b>Stratégies</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Coûts USD</b>	<b>Responsables</b>
Plaidoyer	Sensibiliser les autorités nationales et décentralisées	9000	MS OMS UNICEF UNFPA
Renforcement des capacités/Mobilisation sociale	Favoriser la collaboration intersectorielle dans l'organisation de la lutte contre la MVE dans les préfectures	22000	MS OMS UNICEF UNFPA
Communication pour le changement de comportement	D'ici à la fin de la MVE, 95% de la population ont des connaissances sur le mode de transmission, de protection, de prévention ainsi que de gestion des décès	85000	MS OMS UNICEF UNFPA
Renforcement des capacités	D'ici à la fin de la MVE, 100% des mobilisateurs et autres acteurs impliqués dans l'information des parents sont capables de transmettre des messages corrects aux différents cibles sur la MVE	102000	MS OMS UNICEF UNFPA
Suivi-évaluation	D'ici à la fin de la MVE, 100% des parents ont les messages essentiels et corrects sur la prévention contre la MVE	15000	MS OMS UNICEF UNFPA

B) Ordre de mission du Ministère de la santé/Organisation nationale des parties prenantes  
durant la MVE en Guinée



Conakry le 21 Mars 2017

Ref N° 449/DNEHS/2017

MESDAMES, MESSIEURS LES  
DIRECTEURS DES ETABISSEMENTS  
DE SOINS PUBLICS DE CONKARY

Objet : Enquête

Madame, Monsieur ;

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que Monsieur Ly Salim Expiat en développement réalise une enquête sur les effets de la maladie à virus Ebla sur le système de santé en Guinée.

A cet effet, je vous saurais gré des dispositions que vous voudrez bien prendre pour lui faciliter la collecte d'informations dans vos structures.

Vous en souhaitant bonne réception je vous prie d'agréer, l'assurance de ma considération distinguée.

  
DOCTEUR SEKOU CONDE



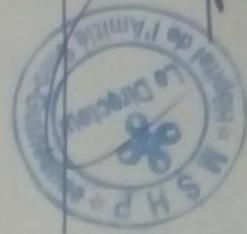
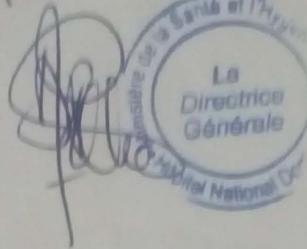
23/3/2017

Il faut  
venir à l'hôpital  
pour faire "Examen"

Vu à l'arrivée et au départ  
de l'Hôpital National Douala

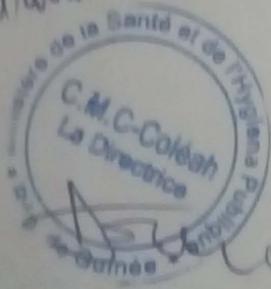
le 24 Mars 2017

Thérèse Fatou Sillie Camero



V. L. M.  
19/4/17

Vu à l'arrivée et au départ



Vu à l'arrivée et  
au départ du CMC de Matam  
6 29/03/2017.

De Heita S. / 19



Vu à l'arrivée et au  
départ



Vu à l'arrivée et  
au départ 30/03/17



Vu à l'arrivée et au départ  
du CMC de Ratoona



62295 SA 1  
30/03/2017

Président de la République

Comité Interministériel

**Coordination Nationale**

Coordinateur National : Dr. Sakoba Keita

Coordinateur National Adjoint : Dr. Sékou Condé

Membres de la Coordination: MSF (Marc Poncin), CDC (Dr Jamila Ab), UNMEER (Marcel Rudasingwa Kanyankore); CRG; UA/ASEOWA; Pr Migliani (MAE-Fr), Dr Momboli (Congo), Dr Diakité (Ministère de la Santé), Dr Aguide Soumouk (UA/ASEOWA); OOAS (Dr Aissa), ELU (Ranu Dhillon, Frik Basson, Fadi Wazni)

Équipes Techniques

Équipes de Soutien

# Équipes Techniques

Surveillance  
OMS: Dr Rodier  
Dr. Bilivogui

Prise en Charge  
MSF: Dr. Poncin  
Dr. Barry

Communication  
UNICEF: M. van  
Mourik  
M. Fodé Tass  
Sylla

Sanitation  
IFRC: Dr Boly  
Dr. Traoré

Recherche  
Pr Condé  
Dr Mombouli

Cellule, MS,  
OMS, CDC, Save  
the Children, Plan  
Guinée, MSF,  
SOGEA, Ministère  
de la Défense, IP  
(Dakar), EML,  
Russe,  
IP/Paris/Lyon,  
Labo Belge,  
UNFPA, OOAS,  
UA, ResaoLab,  
LGA, Mérieux,  
ACF DPLM,  
CDC/ eHealth,  
VDC/Altitude

Cellule, ELU,  
MSF, MS, CRG,  
CRF, ALIMA,  
Brigade Cubaine,  
OMS, CDC,  
Catholic Relief  
Service, FICR,  
DNPL, ResaoLab,  
LGA, Mérieux,  
INSP, INSERM,  
Oxford Université,  
UNFPA, UA,  
PAM, UNICEF,  
JHPIEGO

Cellule, UNICEF,  
UNFPA, PNUD,  
Save the Children,  
Plan, OMS, ONG  
nationales, ELU,  
ACF, CRG,  
JHPIEGO,  
InterNews  
Ministère de la  
Communication

Cellule, MS, CRG,  
CRF, MSF,  
ALIMA, UNICEF

Cellule, OMS,  
CDC, INSERM,  
Université  
d'Oxford, BMGF,  
MSF, UNFPA, IP,  
Mérieux

# Équipes de Soutien

Formation  
MAE-F: Pr  
Migliani  
DPLM: Richard  
James

Gestion des  
Ressources  
Humaines  
UNMEER: Dr  
Makhetha  
Dr Sakho

Logistique  
ELU: M.  
Basson  
PCG: Dr.  
Konaté

Gestion des  
Finances  
Ordonnateur: Dr  
Sakoba  
PNUD: Steve  
Ursino

Gestion des  
Données  
OMS: Dr Diallo  
Dr.  
Souleymane  
Camara  
ELU: Anne Liu

Sécurité  
Colonel  
Mamadou  
Saliou Baldé  
UNDSS: Jules  
Somda

Cellule, CDC,  
OMS, CRG, CRF,  
UNFPA, IFRC,  
MSF, INSP,  
UNICEF, UA,  
UNMEER, SSA,  
SSA-F, ResaoLab,  
IP, JHPIEGO

Cellule,  
UNMEER, UA,  
OOAS, OMS,  
CRG, IFRC,  
UNFPA, CDC

Cellule, PCG,  
SIAPS, PAM,  
UNICEF,  
Ministère de la  
Défense, CDC /  
eHealth,  
Patrimoine Bâti  
Publique, UMS,  
ELU, OMS,  
UNFPA, PH,  
UNMEER, UA

Cellule,  
CDC/eHealth,  
OMS, MSF, FICR,  
CRG, UNFPA,  
Plan, Save the  
Children, Banque  
Mondiale, PACV,  
Crédit Rural, CDC  
Foundation  
/eHealth, DART,  
ELU, USAID, UE,  
BAD, Ministère de  
Finance, UNICEF,  
Coopération  
bilatérale

Cellule, MS,  
Ministère de la  
Communication,  
Ministère de  
l'Intérieur, CDC,  
OCHA, UA,  
OOAS, UNFPA,  
UNICEF,  
UNMEER, CRG,  
ELU

Cellule, Ministère  
de l'Intérieur,  
Ministère de la  
Défense et de la  
Sécurité, OMS,  
UNMEER

Présidence

Comité  
Interministériel

Coordination Nationale

Coordinateur National: Dr. Sakoba Keita

Coordinateur National Adjoint: Dr. Sekou Conde

Membres de la Coordination: MSF (Marc Poncin), CDC (Dr Jamila Ab), UNMEER (Mareel Rudasingwa-Kanyankore), CRG/UA/ASEOWA, Pr Miglani (MAE-Fr), Dr Momboli (Congo), Dr Diakité (Ministère de la Santé), Dr Aguide Soumoulo (UA/ASEOWA), OOAS (Dr Aissa), ELU (Rami Dhillon, Frik Basson, Fadi Wazni)

Surveillance  
OMS: Dr  
Rodier  
Dr. Pepé  
Bilivogui

Prise en Charge  
MSF: Dr.  
Poncin  
Dr. Moumié  
Barry

Communication  
UNICEF:  
Gerard Van  
Mourik  
M. Fodé Tass  
Sylla

Sanitation et  
Gestion des  
Corps  
IFRC: Dr Aliou  
Boly  
Dr. Youssouf  
Traoré

Recherche  
Pr Kader Conde  
Dr Mombouli

Formation  
MAE-F: Pr  
Migliani  
DPLM: Richard  
James

Gestion des  
Ressources  
Humaines  
UNMEER Dr  
Metsi Makhetha  
Dr Fatou Sakho

Logistique  
ELU: Frik  
Basson  
Dr. Moussa  
Konaté

Gestion des  
Finances  
Ordonnateur Dr  
Sakoba Keita  
PNUD: Steve  
Ursino

Gestion des  
Données  
OMS: Dr Diallo  
Dr.  
Souleymane  
Camara  
ELU: Anne Liu

Sécurité  
Colonel  
Mamadou  
Saliou Baldé  
UNDSS: Jules  
Somda

MS, OMS,  
CDC, Save the  
Children, Plan  
Guinee, MSF,  
SOGEA,  
Ministère de la  
Défense, IP  
(Dakar), FML,  
Russe,  
IP/Paris-Lyon,  
Labo Belge,  
UNFPA,  
OOAS, UA,  
ResaoLab,  
LGA, Mérieux,  
ACF/DPLM,  
CDC/ eHealth,  
VDC Altitude

ELU, MSF, MS,  
CRG, CRF,  
ALIMA,  
Brigade  
Cubaïne, OMS,  
CDC, Catholic  
Relief Service,  
FICR, DNPL,  
ResaoLab,  
LGA, Mérieux,  
INSP,  
INSERM,  
Oxford  
Université,  
UNFPA, UA,  
PAM, UNICEF,  
JHPIEGO

UNICEF,  
UNFPA,  
PNUD, Save  
the Children,  
Plan, OMS,  
ONG  
nationales,  
ELU, ACF,  
CRG,  
JHPIEGO,  
Internews  
Ministère de la  
Communication

MS, CRG, CRF,  
MSE, ALIMA,  
UNICEF

Cellule, OMS,  
CDC,  
INSERM,  
Oxford  
Université,  
BMGF, MSF,  
UNFPA, IP,  
Mérieux

CDC, OMS,  
CRG, CRF,  
UNFPA, IFRC,  
MSE, INSP,  
UNICEF, UA,  
UNMEER,  
SSA, SSA-F,  
ResaoLab, IP,  
JHPIEGO

Cellule,  
UNMEER, UA,  
OOAS, OMS,  
CRG, IFRC,  
UNFPA, CDC

Cellule, PCG,  
SIAPS, PAM,  
UNICEF,  
Ministère de la  
Défense, CDC /  
eHealth,  
Patrimoine Bâti  
Publique, UMS,  
ELU, OMS,  
UNFPA, PH,  
UNMEER, UA

Cellule,  
CDC/eHealth,  
OMS, MSF,  
FICR, CRG,  
UNFPA, Plan,  
Save the  
Children,  
Banque  
Mondiale,  
PACV, Crédit  
Rural, CDC  
Foundation  
eHealth,  
DART, ELU,  
USAID, UE,  
BAD, Ministère  
de Finance,  
UNICEF,  
Coopération  
bilatérale

Cellule, MS,  
Ministère de la  
Communication,  
Ministère de  
l'Intérieur,  
CDC, OCHA,  
UA, OOAS,  
UNFPA,  
UNICEF,  
UNMEER,  
CRG, ELU

Cellule,  
Ministère de  
l'Intérieur,  
Ministère de la  
Défense et de la  
Sécurité, OMS,  
UNMEER

Équipes Techniques

Équipes de Soutien

Présidence

Comité Interministériel

Coordination Nationale  
 Coordinateur National : Dr. Sakoba Keita  
 Coordinateur National Adjoint : Dr. Sekou Conde  
 Membres de la Coordination: MSF (Marc Poncin), CDC (Dr. Jamila Ab), UNMEER (Mareel Rudasingwa-Kanyankore), CRG- UA/ASEOWA, Pr. Miglani (MAE-Fr), Dr. Momboli (Congo), Dr. Diakité (Ministère de la Santé), Dr. Aguide Soumoué (UA/ASEOWA), OOAS (Dr. Aissa), ELU (Rami Dhillon, Frik Basson, Fadi Waziri)

Surveillance OMS: Dr Rodier Dr. Pépé Bilivogui	Prise en Charge MSF: Dr. Poncin Dr. Moumié Barry	Communication UNICEF: Gerard Van Mourik M. Fodé Tass Sylla	Sanitation et Gestion des Corps IFRC: Dr Aliou Boly Dr. Youssouf Traoré	Recherche Pr Kader Conde Dr Mombouli
Suivi des contacts	Prévention de l'infection au niveau des structures sanitaires	Communication de Prévention	Transport des Corps	Recherche clinique médicale
Investigations	Appuis L'accompagnement de Santé de Ministère	Gestion des Données	Environnement saine et sécurisé	Recherche clinique nationale
Gestion des Stocks & supports diagnostiques	Gestion des Centres de Traitement Orala	Urbanisation Saine	Décontamination Environnementale	Recherche qualitative
Points d'entrée	Centres prévention de traitement d'Orala	Radiation Publique	Sanitation et assainissement	Recherche épidémiologique
Laboratoire	Décontamination des équipements de santé	Prévention de l'infection communautaire		Recherche biologique
	Gestion des déchets	Conseil de santé villageois		

Formation MAE-F: Pr Migliani DPLM: Richard James	Gestion des Ressources Humaines UNMEER Dr Metsi Makhetha Dr Fatou Sakho	Logistique ELU: Frik Bsson Dr. Moussa Konaté	Gestion des Finances Ordonnateur Dr Sakoba Keita PNUD: Steve Ursino	Gestion des Données OMS: Dr Diallo Dr. Souleymane Camara ELU: Anne Liu	Sécurité Colonel Mamadou Saliou Baldé UNDSS: Jules Somda
Médecins et infirmières	Personnel de la Coordination Nationale	Quantification et Commande	Paiement des indemnités	Information de Situation	Sécurité Cellule de la Coordination
Agents Communautaires	Personnel de la Coordination Professionnelle	Gestion des Stocks	Opérations économiques	Documentation	Sécurité des Frontières
Laboratoire	Personnel de CTE	Pré-Positionnement et Distribution des Stocks	Comptabilité	Rédaction Bulletin Sanitaire	Sécurité des Zones Adjointes
Mobilisateurs sociaux	Agents communautaires	Support Informatique et Technologique	Audit Interne	Suivi et Evaluation des Fiches	Sécurité Transport
Hygiénistes	Médecins et infirmières de la Ministère de la Santé	Transport routier et arien	Collecte et Gestion des Fonds		Centre Opérationnel
Gestionnaires de données	Personnel des laboratoires	Construction			
Logisticiens	Personnel de la Croix Rouge Guinée	Transit logistique			
		Gestion Immobilière			

Équipes Techniques

Équipes de Soutien

# Équipes Techniques

Surveillance  
OMS: Dr Rodier  
Dr. Bilivogui

Prise en Charge  
MSF: Dr. Poncin  
Dr. Barry

Communication  
UNICEF: Dr Van  
Mourik  
M. Fodé Tass Sylla

Sanitation IFRC:  
Dr Boly  
Dr. Traoré

Recherche  
Pr Conde  
Dr Mombouli

Suivi des contacts

Prévention de  
l'infection au niveau  
des structures  
sanitaires

Communication de  
Prévention

Sanitation et  
pulvérisation

Recherche clinique  
médicamenteuse

Investigations

Appui aux  
Établissements de  
Soins du Ministère

Gestion des  
Rumeurs

Transport des Corps

Recherche clinique  
vaccinale

Gestion des données  
& rapports  
épidémiologiques

Gestion des Centres  
de traitement Ebola

Mobilisation  
Sociale:

Enterrement digne  
et sécurisé

Recherche  
qualitative

Points d'entrée

Centres provisoires  
de traitement  
d'Ebola

Relations Publiques

Décontamination  
Environnementale

Recherche  
épidémiologique

Laboratoire

Décontamination  
des établissements  
de santé

Prévention de  
l'infection  
communautaire

Recherche  
biologique

Gestion des déchets

Comité de veille  
villageois

# Équipes de Soutien

Formation MAE-F: Pr Migliani DPLM: Richard James	Gestion des Ressources Humaines UNMEER Dr Metsi Makhetha Dr Fatou Sakho	Logistique ELU: Frik Bsson Dr. Moussa Konaté	Gestion des Finances Ordonnateur Dr Sakoba Keita PNUD: Steve Ursino	Gestion des Données OMS: Dr Diallo Dr. Souleymane Camara ELU: Anne Liu	Sécurité Colonel Mamadou Saliou Baldé UNDSS: Jules Somda
Médecins et infirmières	Personnel de la Coordination Nationale	Quantification et Commande	Paiement des indemnités	Information de Situation	Sécurité Cellule de la Coordination
Agents Communautaires	Personnel de la Coordination Préfectorale	Gestion des Stocks	Operations économiques	Documentation	Sécurité des Frontalières
Laborantins	Personnel de CTE	Pré-Positionnement et Distribution des Stocks	Comptabilité	Rédaction Bulletin Sanitaire	Sécurité des Zones Affectées
Mobilisateurs sociaux	Agents communautaires	Support Informatique et Technologique	Audit Interne	Suivi et Évaluation des Tâches	Sécurité Transport
Hygiénistes	Médecins et infirmières de la Ministère de la Santé	Transport routier et aérien	Collecte et Gestion des Fonds		Centre Opérationnel
Gestionnaires de données	Personnel des laboratoires	Construction			
Logisticiens	Personnel de la Croix Rouge Guinée	Gestion Immobilière			
		Transit logistique			