



# **Vulnérabilités urbaines à Conakry, Guinée**

## **Rapport d'évaluation**

**Octobre 2012**

**Equipe d'évaluation :**

Alena Koscalova

Marianne Viot

Evaluation réalisée avec le soutien de l'unité d'évaluation de MSF à Vienne : <http://evaluation.msf.at/>

# Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes rencontrées au cours de cette mission d'évaluation, en particulier les autorités sanitaires et les acteurs humanitaires pour leur expertise technique et pour le partage de leur connaissance des problématiques, les leaders locaux, les responsables des associations et les femmes des différentes localités visitées pour leur accueil, leur disponibilité et pour les informations fournies. Merci particulier à Dr Tata Gakou, Dr Sekou Conde, Dr Boubacar Baba Barry, et à Felix Saigno.

Nos remerciements vont également à toute l'équipe MSF de Conakry pour leur aide dans la réalisation de l'évaluation et leur soutien. Merci en particulier à Adeline Jacquemin et Cyril Pierrot pour nous faciliter les tâches administratives et logistiques.

Nous remercions aussi l'équipe d'urgence de choléra pour nous assister avec le volet WATSAN, en particulier à Nina Blauwart qui a directement participé à l'évaluation.

Merci au soutien de Genève et l'Unité d'évaluation de Vienne, en particulier à Christine Jamet, Françoise Duroch et Sabine Kampmueller pour participer à l'élaboration de la méthodologie de cette évaluation complexe.

Finalement, nous remercions les enquêteurs pour leur motivation et leur implication dans l'enquête malgré les conditions de travail parfois difficiles.

# Liste des personnes ayant collaboré à l'évaluation

## Equipe d'Evaluation

Dr. Alena Koscalova            Evaluatrice  
Marianne Viot                    Evaluatrice

## Coordination MSF Suisse

Charles Gaudry                 CDM  
Dr. Melate Haile                CoMed  
Dr. Delamou                     CoMed Adjoint  
Cyril Pierrot                    CoTL  
Adeline Jaquemin               CoRH  
Zahra Zeggani                 CoFIN

## Siege MSF à Genève

Françoise Duroch               Responsable Recherche/projet violence (UREPH)  
Francois Verhoustraeten      Responsable Programme  
Christine Jamet                 Responsable Programme Adjointe  
Dr. Mikaela Serafini            Médecin Référent  
Frédéric Manson                Responsable Ressources Humaines

## Equipes de terrain

Catherine Lamah                Enquêtrice  
Moussa Bola Sylla               Enquêteur  
Moussa Morike Kaba            Enquêteur  
Abdoulaye Hawa Sylla         Enquêteur  
Soua Célestin Haba             Enquêteur  
Laye Kourousa Camara         Enquêteur  
Mariam Diallo                    Traductrice / Animatrice  
Julienne Tonguino               Traductrice  
Kadiatou Conde                 Traductrice  
Nina Blauwart                    Support WatSan

## Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Dr Tata Gakou                  Directrice de la DSVCO  
Dr Sekou Conde                 Directeur National des Etablissement Hospitaliers et de Soins

## Supports Externes

Felix Sagno                      Anesthésiste, Hôpital Ignace Deen  
Dr Boubacar Baba Barry       Pédiatre, INSE

# Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des personnes ayant collaboré à l'évaluation .....	3
Table des matières.....	4
Executive Summary.....	6
Résumé des recommandations.....	8
Liste des sigles et acronymes .....	9
1. Introduction .....	12
1.1 Contexte de l'évaluation .....	12
1.2 Objectifs général et spécifiques .....	12
1.2.1 Objectif général.....	12
1.2.2 Objectifs spécifiques .....	12
2. Méthode .....	13
2.1 Type d'évaluation et choix méthodologiques.....	13
2.2 Phase 1. Etude de contexte .....	14
2.3 Phase 1. Mapping des structures de santé privées et publiques .....	15
2.4 Phase 2. Evaluation des vulnérabilités.....	17
2.5 Limites et biais .....	18
3. Résultats.....	20
3.1 Contexte général.....	20
3.2 Situation sanitaire de la Guinée.....	21
3.2.1 Organisation de système de santé.....	21
3.2.2 Etat de santé de la population .....	23
3.3 Contexte général de Conakry.....	24
3.3.1 Situation socio-économique .....	25
3.3.2 Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle.....	27
3.3.3 Eau, hygiène et assainissement .....	30
3.3.4 Besoins humanitaires et leur couverture.....	35
3.4 Offre de soins.....	38
3.4.1 Mapping des structures de santé agréées .....	38

3.4.2	Offre de soins par commune.....	42
3.4.3	Fonctionnement du système de santé à Conakry.....	46
3.4.6	Accès aux Soins .....	50
3.4.7	Recours aux soins et itinéraires thérapeutiques.....	56
3.5	Vulnérabilités urbaines dans la ville de Conakry .....	64
4.	Conclusions / Discussion .....	67
5.	Recommandations .....	69
	Bibliographie .....	76
	Définitions.....	79
	Annexe 1. Termes de Référence .....	82
	Annexe 2. L'utilisation de la cartographie : Outils et méthodes.....	86
	Annexe 3. Chronogramme de l'évaluation .....	88
	Annexe 4. Key Informants rencontrés dans le cadre de la Première Phase .....	89
	Annexe 5. Listes des autorités locales rencontrées dans le cadre de la Deuxième Phase .....	90

# Executive Summary

## Introduction, objectifs, méthodologie

L'évaluation des vulnérabilités urbaines dans la ville de Conakry a été commissionnée par MSF-CH pour identifier les populations les plus vulnérables et mieux comprendre les facteurs sanitaires de vulnérabilité afin de proposer des pistes de réflexion pour un futur projet.

Cette évaluation qualitative a été réalisée par l'Unité d'évaluation de MSF à Vienne. Elle a été menée dans les cinq (5) communes de la ville de Conakry entre août et septembre 2012. Les recommandations et le rapport final sont présentés en octobre 2012. Le manque de temps était la contrainte majeure de cette évaluation.

## Résultats

**Urbanisation et pauvreté.** Conakry apparaît comme une ville très dynamique, caractérisée par une urbanisation rapide, mais plutôt anarchique. La pauvreté est omniprésente, mais il est difficile de créer une typologie et de la localiser géographiquement. En effet, la ville est très hétérogène et les territoires pauvres sont mélangés aux riches. On trouve alors des poches de pauvreté dans l'ensemble des communes de Conakry. Ces disparités se retrouvent également à une échelle très fine, à l'intérieur même des quartiers.

**Situation alimentaire et nutritionnelle.** Le problème d'accès à la nourriture est la préoccupation première de la plupart des habitants de la ville rencontrés. La nourriture occupe aussi la première place des dépenses des ménages. Aussi, l'insécurité alimentaire touche 6,4% des ménages de Conakry et **1,5% des ménages sont en insécurité alimentaire sévère**. La pauvreté des ménages, le niveau d'éducation et l'état de santé semblent être les déterminants principaux de l'insécurité alimentaire.

La **situation nutritionnelle** de Conakry peut être caractérisée comme **chroniquement précaire**. En 2012, la prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 atteint 7,3% à Conakry, **la malnutrition aiguë sévère est estimée à 1,6%**.

**Eau et assainissement.** Ce sont essentiellement **le type de quartiers et leur localisation qui influent sur cette thématique**. Les quartiers de collines ont davantage de problèmes d'accès à l'eau pendant la saison sèche ainsi que des difficultés de construction de latrines sur des sols rocailloux. Alors que les quartiers situés en contre bas sont pour certains plus densément peuplés et reçoivent – en particulier pendant la saison des pluies – les déjections des quartiers de colline. L'ancienneté de l'habitat joue un rôle moins important que la densité dans les problèmes de gestion de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. **La capacité des habitants de se regrouper et s'organiser** joue également un rôle primordial permettant de palier l'insuffisance des services publics en matière de ramassage des déchets, par exemple.

**Offre des soins.** Face à l'urbanisation rapide et l'expansion de la ville, le secteur public n'est pas en mesure de satisfaire la **demande de santé croissante, et ce à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**. Le secteur privé joue alors un rôle important dans la provision de soins. D'un côté, le

**secteur privé** complète le secteur public dans la provision de soins de base en couvrant une partie des insuffisances **grandissantes de l'offre de soins de santé primaires**. D'un autre côté, les prix des prestations proposées par les structures privées de deuxième et de troisième niveau sont prohibitifs pour la plupart des habitants de Conakry. **L'écart dans la provision de soins de santé secondaires et tertiaires ne cesse donc d'accroître.**

**Access aux soins.** D'un point de vue général, l'accès aux soins est principalement déterminé par la capacité financière, mais aussi par la sécurité alimentaire et la location géographique des patients par rapport aux structures de santé. Aussi, les croyances et le niveau d'éducation contribuent dans certains cas à la recherche tardive de soins. Concernant la **capacité financière**, on constate que les coûts jouent un rôle essentiel pour accéder aux soins. Pourtant **le paiement des soins n'est pas un acte rédhibitoire** pour les habitants de Conakry. C'est la fluctuation et l'opacité du coût réel des soins et des médicaments qui constituent une réelle barrière, en particulier dans le secteur public censé avoir des tarifs connus et plafonnés.

**Recours aux soins.** Les itinéraires thérapeutiques sont complexes et la prise en charge des patients est retardée par des **recours multiples**. En cas de malade aigue, **l'automédication** (à l'indigénat ou aux médicaments modernes) est le premier choix, suivi d'un recours à une structure de santé : de préférence dans le secteur privé pour ceux qui ont la capacité financière et dans le public pour les personnes démunies. Le choix de l'automédication est également déterminé par le type de pathologie (reconnaissance des symptômes) et il est motivé par le désir d'économiser l'argent de la consultation. Aussi, faute de médicaments disponibles dans pharmacies ou points de vente des structures de santé, les patients sont nombreux à recourir aux sources illicites pour acheter des médicaments davantage disponibles et moins chers. Le recours à la **médecine traditionnelle** est fréquent pendant tout l'itinéraire thérapeutique. Il est motivé par le manque d'argent, les croyances ou l'échec de la médecine moderne.

**Vulnérabilité.** Dans le contexte de Conakry, la vulnérabilité est principalement liée à la pauvreté causée par de nombreux problèmes structurels tels que la stagnation économique, l'instabilité politique, le manque d'infrastructures, la déficience du système de santé et le faible niveau d'éducation. Ces **problèmes structurels couplés à des problèmes conjoncturels récurrents** tels que les épidémies de choléra, les violences politico-ethniques, les inondations ou les chocs économiques ont un impact négatif sur la sécurité alimentaire, l'accès aux services de base dont l'accès aux soins, ainsi que sur l'état de santé et la situation nutritionnelle. Cependant, les **besoins sont peu visibles en dehors des crises**, car la **population vulnérable est largement dispersée dans la ville.**

Les **facteurs sanitaires de vulnérabilité** identifiés lors de l'évaluation sont principalement liés à **l'accès aux soins**, les **soins de santé secondaires étant les plus concernés**. Ceci est lié d'un côté à une offre insuffisante dans un contexte de demande croissante, et de l'autre à l'incapacité financière d'une population démunie au budget extrêmement serré de faire face à des dépenses imprévues.

# Résumé des recommandations

Les principales recommandations issues de cette évaluation sont les suivantes:

- ⇒ Réaliser des évaluations additionnelles à l'intérieur du pays avant de planifier un futur projet de MSF-CH en Guinée
- ⇒ Adopter une évaluation continue des vulnérabilités urbaines à Conakry afin de saisir l'aspect dynamique de la vulnérabilité
- ⇒ Intégrer une phase préparatoire avant la mise en place d'un nouveau projet pour réfléchir au mode opératoire, à la collaboration et la reprise envisageable, et à un modèle de tarification les plus adaptés au contexte.
- ⇒ Explorer de nouveaux modes de collaboration et apporter / proposer des innovations

Trois pistes de réflexions sont proposées pour un éventuel projet de MSF-CH à Conakry :

1. Appui aux Soins de Santé Primaires
  - a. Dans les quartiers anciens et enclavés de Conakry
  - b. Pour les groupes vulnérables spécifiques (Personnes handicapées et leurs familles)
2. Décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles
3. Provision de soins de santé d'urgence (deuxième niveau amélioré)

Parmi les pistes proposées, la **provision des soins d'urgence de deuxième niveau paraît le mieux correspondre aux besoins et aux gaps identifiés**. Elle semble aussi la plus pertinente en vue de diminuer la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Reste qu'il s'agit aussi de la proposition la plus complexe et la plus onéreuse.

## Liste des sigles et acronymes

ACF	Action Contre la Faim
AFD	Agence Française de Développement
AGR	Activité Génératrice de Revenus
APNDS	Appui à la Mise en Œuvre du Plan National de Développement Sanitaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Assistant Technique
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CDV	Centre Dépistage volontaire
CE	Commission Européenne
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CL	Clinique
CM	Cabinet Médical
CMC	Centre Médical Communal
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé Associatif
CSC	Centre de Santé Confessionnel
Csoins	Centre de Soins
DCS	Direction Communale de la Santé
DNEHS	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNPSC	Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire
DPLM	Direction de la Prévention et de la lutte contre la maladie
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DSVCO	Direction Sanitaire de la Ville de Conakry
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPCA	Etablissement Public à Caractère Administratif
ET	Ecart Type
FAPS	Fonds d'Appui Pour la Santé
FED	Fonds Européen de Développement
FHI	Family Health International
FIDESCO	"foi et coopération"
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GNF	Franc Guinéen

GPS	Global Positioning System
HTA	Hyper Tension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
INSE	Institut National de la Santé de l'Enfant
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IRB	Infection Respiratoire Basse
IRH	Infection Respiratoire Haute
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAE	Ministère des Affaires Etrangères
MAG	Malnutrition Aigue Globale
MAM	Malnutrition Aigue Modérée
MAS	Malnutrition Aigue Sévère
MSF	Médecins Sans Frontières
MSF B	Médecins sans frontières - Section belge
MSF CH	Médecins sans frontières - Section suisse
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
MSP	Ministère de la Santé Publique
MUAC	Mid Upper Arm Circumference
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PS	Poste de Santé
PTME	Protection contre la Transmission Mère/Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
S(S)R	Santé (Sexuelle et) Reproductive
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SEG	Société des Eaux de Guinée
SIG	Système d'Information Géographique

SMART	Standardized Monitoring & Assessment of Relief & Transitions
SMI	Santé maternelle et infantile
SSP	Soins de Santé primaires
TB	Tuberculose
Tdh	Terre des hommes
TdR	Termes de Référence
TETU	Triage Evaluation et Traitement d'Urgence
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
UREPH	Unité de Recherches sur les Enjeux et Pratiques Humanitaires
USAID	United States Agency for International Development

# 1. Introduction

## 1.1 Contexte de l'évaluation

L'évaluation sur les vulnérabilités urbaines et le système de santé à Conakry répond à une demande de la Cellule 1 de MSF-CH à Genève et de l'équipe de coordination de la mission MSF-CH en Guinée. Les termes de référence (TdR) ont été développés par l'Unité de Recherches sur les Enjeux et Pratiques Humanitaires (UREPH), l'équipe de coordination basée à Conakry, ainsi que la Cellule 1 de Genève. L'Unité d'évaluation de MSF à Vienne, commissionnée pour réaliser cette évaluation, y voit une opportunité de tester des outils d'évaluation en milieu complexe, tels que le milieu urbain. Il s'agit de considérer l'utilisation de technologies et de croisement de méthodes innovantes.

Le terrain de l'étude a été mené dans les cinq (5) communes de la ville de Conakry entre août et septembre 2012. Les recommandations et le rapport final sont présentés en octobre 2012.

## 1.2. Objectifs général et spécifiques

### 1.2.1 Objectif général

**Evaluer la vulnérabilité dans le contexte urbain de Conakry**

### 1.2.2. Objectifs spécifiques

1. Identifier les populations les plus vulnérables de Conakry ;
2. Mettre en évidence les facteurs sanitaires de vulnérabilité et les problématiques sanitaires négligées ;
3. Proposer des options de positionnement pour MSF à Conakry.

## 2. Méthode

### 2.1 Type d'évaluation et choix méthodologiques

**Une évaluation qualitative.** Elle vise à évaluer les vulnérabilités dans le contexte urbain de Conakry. Il s'agit de :

- identifier les populations les plus vulnérables ;
- décrire les facteurs sanitaires de vulnérabilité et mettre en évidence les problématiques sanitaires négligées ;
- de proposer des options de positionnement pour MSF.

**Un travail réalisé en deux (2) phases :**

- La première phase comprend une étude de contexte et un mapping des structures de santé et des acteurs humanitaires internationaux et locaux ;
- La seconde phase représente l'évaluation des vulnérabilités dans des zones pré-définies

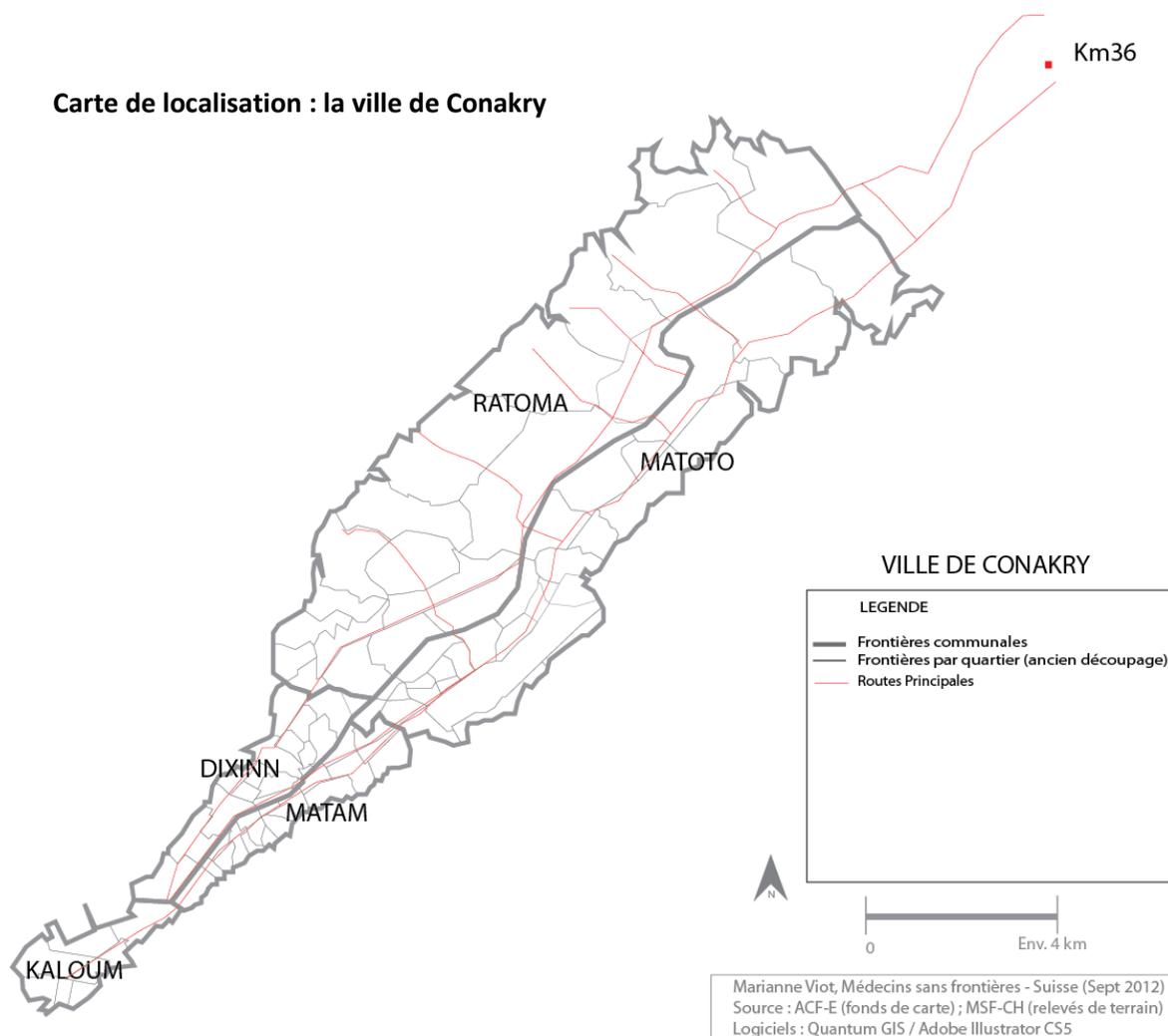
Une troisième phase visant à obtenir des données quantitatives primaires était optionnelle dans le planning. Elle n'a pas été jugée pertinente après la réalisation de la première et de la deuxième phase

**L'utilisation de méthodes qualitatives.** L'utilisation de méthodes qualitatives permet de mettre en valeur dans un temps limité des informations pertinentes, de décrire certaines vulnérabilités et de valider ou d'infirmer des hypothèses issues de sources secondaires. Dans le contexte urbain hétérogène et en mutation de Conakry, l'utilisation de différentes méthodes qualitatives combinées et de cartographie était le choix le plus approprié en vue de répondre aux objectifs des TdR.

#### Zone d'étude

**Choix des communes.** L'évaluation porte sur l'ensemble de la ville de Conakry, à savoir les cinq (5) communes qui la composent : Kaloum, Dixinn, Matam, Ratoma et Matoto. Un éclairage spécifique est donné à trois (3) des cinq (5) communes. Dans un premier temps Matoto et Ratoma sont les communes d'extension urbaine. Elles sont moins bien servies en infrastructures que les communes situées dans le centre ville ou à proximité. Ces communes sont respectivement la plus peuplée et la plus grande (superficie). La littérature et les sources secondaires révèlent davantage de vulnérabilité et ces communes sont initialement la zone d'intérêt recommandée pour y mener l'évaluation. La commune de Matam, dans laquelle MSF-CH intervient depuis 2009, devient alors la commune de référence à titre comparatif dans le cadre de l'évaluation. Est également intégrée la zone carrefour de Km36 appartenant à la préfecture de Coyah.

## Carte de localisation : la ville de Conakry



## Déroulement de l'évaluation

**Phasage.** L'évaluation est réalisée en deux (2) phases dont la méthodologie est décrite ci-après.

**Autorisation.** Pour l'ensemble des activités menées sur le terrain, l'équipe MSF-CH a bénéficié d'une autorisation de travail validée par la Direction Sanitaire de la Ville de Conakry (DSVCO).

**Equipe.** Phase 1 : Une évaluatrice + une équipe nationale composée d'enquêteurs, d'agents en charge de réaliser des relevés GPS et des chauffeurs / Phase 2 : Deux (2) évaluatrices et une logisticienne watsan + une équipe nationale composée d'un agent de liaison, de traductrices / animatrices et des chauffeurs / Rédaction : Deux (2) évaluatrices

## 2.2 Phase 1. Etude de contexte

### Revue théorique (*desk review*) et bibliographie.

- Etude bibliographique (littérature grise, articles, ouvrages de références, rapports d'activité de MSF, sources internet, etc) ;
- Revue d'enquêtes épidémiologiques (Epicentre, ACF) ;
- Identification et structuration de l'offre de santé globale disponible (publique et privée)

### **Observation et capitalisation de l'information existante disponible.**

- Observation et entretiens formels et informels avec des personnels MSF-CH ;
- Visite de structures de santé

### **Rencontre avec les acteurs principaux de la santé à Conakry.**

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) ;
- Associations et ONGs locales, acteurs internationaux ;
- Cliniques et structures de santé existantes ;
- Partenaires bilatéraux

Il s'agit aussi d'analyser la capacité de réponse des acteurs présents et de décrire leur distribution dans la ville (mapping des acteurs)

## **2.3 Phase 1. Mapping des structures de santé privées et publiques**

**Lister les structures de santé existantes.** Le mapping des structures de santé privées et publiques agréées de la ville de Conakry est réalisé sur la base de l'agrégation de deux (2) documents : le « *Listing des structures sanitaires de la ville de Conakry*<sup>1</sup> » de la Direction Sanitaire de la Ville de Conakry (DSVCO) et le rapport sur la « *Distribution des structures privées médicales* » (MSHP, 2011) de la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS). Une liste de 250 structures agréées privées et publiques de premier et second niveau est identifiée. Les structures non agréées (ou dites informelles) sont exclues, elles ne constituent pas un centre d'intérêt dans le cadre de l'évaluation. On note néanmoins qu'en 2012 leur nombre est estimé à plusieurs milliers dans l'ensemble de la ville (DSVCO, 2006).

**Géolocaliser les structures.** Le mapping des structures de santé privées et publiques agréées consiste à géolocaliser l'ensemble des structures listées par le relevé de points GPS qui sont ensuite reproduits sur différents logiciels et analysés.

**Typologie et volume d'activité.** Un questionnaire portant sur les activités et le fonctionnement des structures de santé est administré dans 45 structures de Matam, Matoto et Ratoma. Les structures des communes de Kaloum et de Dixinn ne sont pas incluses dans l'administration des questionnaires car elles ne sont pas les communes prioritaires mentionnées dans les TdR de l'évaluation. Le choix des structures de santé enquêtée est raisonné. Quinze (15) structures sont ciblées par commune selon leur typologie : publiques (CS et CMC), privées (CSC, CSA, Cliniques, Cabinets médicaux, Cabinets de soins). Des questionnaires supplémentaires sont administrés pendant la seconde phase afin de compléter le tableau de l'évaluation.

---

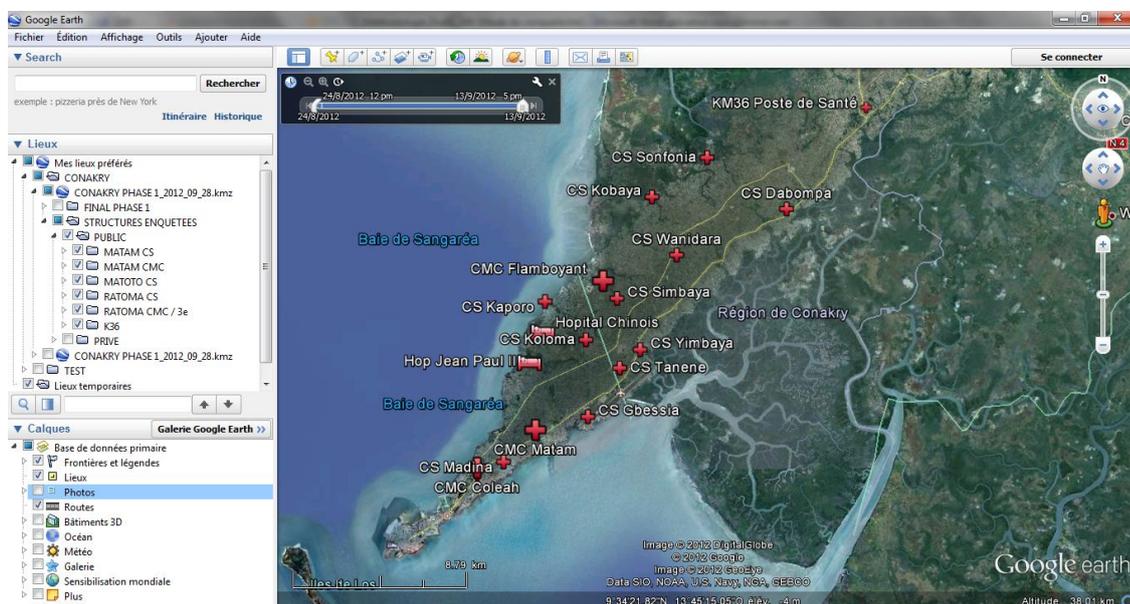
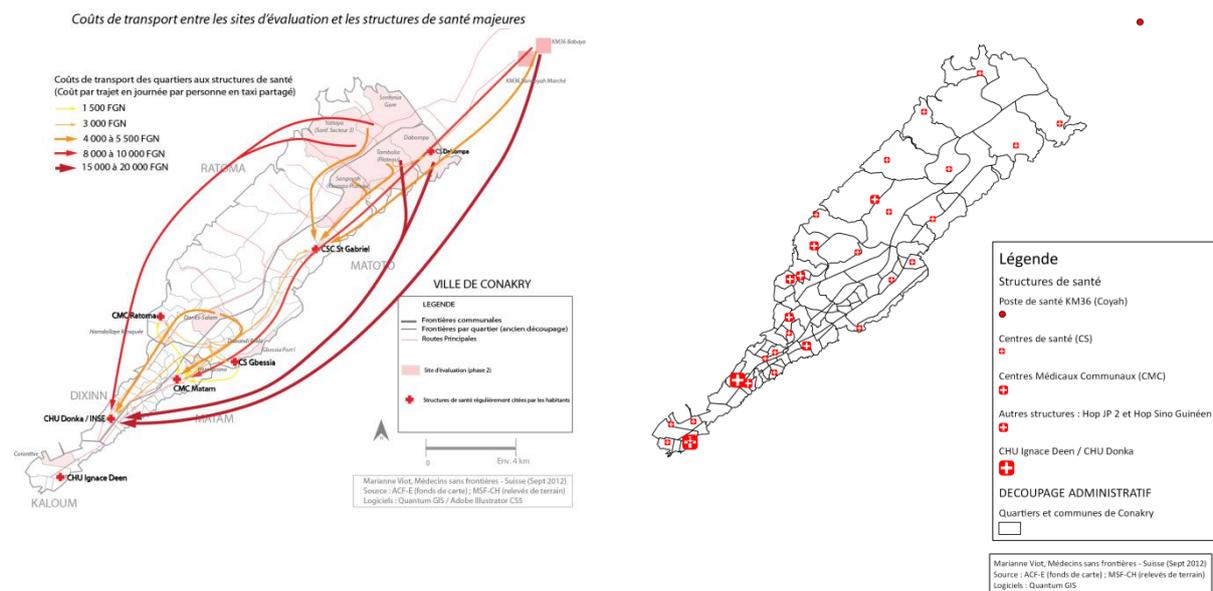
<sup>1</sup> Listing comptant 64 structures privées et publiques agréées bénéficiant de relation de travail privilégiées avec la DSVCO.

**Réalisation.** Le travail de terrain est réalisé en roulement avec une équipe de six (6) enquêteurs (entre 2 et 5 enquêteurs sur le terrain pendant 6 jours). Trois (3) enquêteurs administrent les questionnaires, trois (3) autres enquêteurs relèvent uniquement les points GPS.

**Limites.** Les contraintes sont multiples : l'absence d'adresse pour retrouver les structures de santé (nom de structure et de quartier seulement), la saison (pluie), les difficultés de circulation en ville.

**L'utilisation des outils cartographiques pour cette évaluation.** Plusieurs outils cartographiques sont combinés. **Google Earth®** permet de présenter de façon dynamique et de partager les informations concernant structures de santé et lieux clés. On peut ainsi visualiser, hiérarchiser et trier les relevés GPS (waypoints) collectés sur le terrain. Les fichiers .kml et .kmz sont partagés avec les équipes et les partenaires. **QGIS** est utilisé dans ses applications les plus simples afin de produire des cartes géoréférencées des structures de santé. Enfin, **Adobe Illustrator CS5®** (logiciel de création graphique vectorielle, similaire à GIMP) permet de créer des cartes plus esthétiques et opérationnelles intégrant des données qualitatives. C'est ce logiciel qui est utilisé pour produire l'essentiel des cartes de cette évaluation.

### Utilisation de différents logiciels : Adobe Illustrator CS5®, QGIS et Google Earth®



## 2.4 Phase 2. Evaluation des vulnérabilités

**Identification des zones vulnérables et inclusion des sites.** Sur la base des activités menées pendant la première phase (observation, rencontre des acteurs, revue de littérature et mapping des structures de santé), il est possible - en triangulant les données - d'identifier des sites vulnérables<sup>2</sup>. Afin de mener les activités de la phase 2, une dizaine de sites sont identifiés. Dans un premier temps, les sites sont identifiés dans les trois (3) communes ciblées et au Km36. Pendant la phase 2 de terrain, plusieurs sites supplémentaires sont intégrés (notamment à Kaloum, Ratoma et Matoto) afin de compléter le tableau de l'évaluation.

**Sélection des sites.** 14 sites ont été choisis par triangulation d'information (critères de pauvreté, violence, densité, risques sanitaires, eau/assainissement...)

- **Matam** : Hermakono Permanence
- **Matoto** : Gbessia port 1, Dabompa, Kissosso plateau, Tombolia plateau, Dabondy Ecole
- **Ratoma** : Dar-es-salam II (2 sites dont 1 à « Concasseur »), Hamdallaye Mosquée, Somphonia Tanene, Somphonia secteur 3
- **Km 36** : Sannoyah marché, Sannoyah secteur Babaya
- **Kaloum**: Coronthie 1
- **Cite de la Solidarité** (personnes handicapés et leur familles, Ratoma)

**Activités.** Sur chaque site des entretiens semi-dirigés avec des Personnes Ressource (chef de quartier/secteur, responsables d'associations), deux (2) groupes de discussion (santé et eau/assainissement), et des observations et visites de structures de santé (privés ou publics) ont été menées.

**Profil des participants.** Outre les adjoints des chefs de quartiers et autres personnes qui ont participé à la coordination de l'étude sur le terrain, nous avons **mobilisé 280 personnes** au total dans les 14 sites d'étude. 46 chefs de quartier ou responsables d'association ont répondu à un entretien semi-dirigé (12 femmes et 34 hommes) ; 109 femmes ont participé à un groupe de discussion autour de la santé et des problématiques socio-économiques ; 125 femmes ont participé à un groupe autour de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Cette forte proportion de femmes participant à l'étude est un choix raisonné.

**Choix des méthodes qualitatives.** Afin de broser un portrait beaucoup plus détaillé, il aurait été intéressant d'utiliser des outils participatifs appartenant à la méthode accélérée de recherche participative. Les spécificités du contexte urbain pour lequel ces outils ne sont pas toujours très bien adaptés et le manque de temps passé par site, nous a incité à choisir des méthodes simplifiées et standardisées : la réalisation d'entretiens semi-structurés et deux (2) groupes de discussion (FGD) systématiquement appliqués dans chacun des sites. Un groupe de discussion portait sur la situation sanitaire et socio-économique des ménages, un second portait sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

---

<sup>2</sup> Facteurs de vulnérabilité utilisés pour pré-identifier les sites: taux de pauvreté élevé, présence de risques sanitaires (problème d'eau, d'assainissement, proximité de la décharge, épidémies (cholera), violence)

**Choix des « associations partenaires ».** Le travail de terrain est coordonné par un agent de liaison. Son rôle est d'identifier une ou plusieurs associations dans chaque site pré-identifié afin de solliciter leur participation dans la mobilisation de femmes vulnérables (volontaires) issues du quartier.

**Population des groupes de discussion.** Les femmes vulnérables des quartiers visités sont identifiées par des « associations partenaires » coordonnant notre travail sur les différents sites. Les femmes âgées entre 20 et 40 ans sont ciblées. Elles résident dans le quartier depuis au moins neuf (9) mois. A noter : nous n'avons pas constitué de groupes de discussion mixtes.

**Population des entretiens semi-structurés.** Les hommes et les femmes responsables d'associations ou de groupements, et les chefs (ou assimilé) de quartier ou de secteur répondent à un entretien semi-structuré autour de questions d'organisation, de société et de santé de leur quartier.

**Consentement des participants.** Le consentement oral de chaque participante aux groupes de discussion est demandé avant de commencer.

**Critères d'exclusion.** Les hommes ne peuvent pas participer aux groupes de discussion, ainsi que les femmes très expérimentées (> 40 ans) et les personnes ne résidant pas en permanence (ou depuis moins de 9 mois) dans le site d'étude.

**Données collectées.** Les données collectées sont de nature qualitative. Ce sont des témoignages informatifs recueillis au cours des groupes de discussion et des entretiens semi structurés. Elles sont représentées sous forme de texte / citations et de graphiques (cartes, tableaux, photographies, etc) collectés au cours des différentes phases de l'évaluation

## 2.5 Limites et biais

**Limites.** Les contraintes pendant cette évaluation étaient multiples. La plus importante paraît la **sous-estimation du temps nécessaire** pour la réalisation de cette étude. La durée insuffisante des deux (2) phases a eu pour conséquence : le manque de préparation du travail de terrain et le manque de temps passé sur chaque site. Par ailleurs, **l'hétérogénéité de la ville** de Conakry demanderait une sélection de sites plus nombreux en vue de mieux saisir la distribution géographique de la vulnérabilité. De plus, d'autres méthodes qualitatives telles que les entretiens individuels approfondis et l'utilisation de méthodes participatives seraient nécessaires pour explorer les sujets tabous tels que la violence sexuelle, la prostitution ou la problématique de VIH/SIDA. Ces méthodes n'ont pas été employées faute de temps.

**Biais de méthode.** Les biais de méthode sont toujours nombreux. Il est donc essentiel de les identifier et d'en tenir compte dans l'analyse des résultats en apportant nuances et précisions. Il s'agit de les connaître, de les accepter et / ou de tenter de les contourner.

Dans le cadre de cette évaluation, nous avons pris en considération différents biais en choisissant de mener le terrain de l'étude sans cacher notre identité ou nos intentions, tout en se prémunissant de créer des attentes. Les biais les plus forts que nous avons rencontrés sur le terrain étaient les **biais**

**de politesse**, où les participant(e)s tentaient d'anticiper nos attentes et le **biais social**. En effet, le travail de terrain était coordonné par une seule personne ayant certainement des affinités ou des préconçus concernant les objectifs du projet et les personnes à mobiliser. Aussi, les participantes aux FGD étaient les membres d'association et leurs bénéficiaires, et non pas systématiquement les personnes les plus vulnérables comme initialement planifié ; ceci a introduit des **biais de sélection**. Les femmes les plus vulnérables des quartiers de fait ont été exclues : elles n'ont pas les moyens pour participer aux activités d'une association (photo d'identité, participation financière régulière). Nous avons ainsi collecté l'information disponible avec cette population et utilisé d'autres méthodes (observation, sources secondaires). L'analyse des données prend en compte ces biais de méthode. Au final, on note que l'utilisation des associations de même type sur l'ensemble les sites a permis une bonne comparabilité des résultats.

## 3. Résultats

### 3.1 Contexte général

La République de Guinée est un état situé en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, le Libéria et la Sierra Leone au sud, et la Cote d'Ivoire à l'est. Elle est divisée en quatre (4) régions géographiques : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière et sept (7) régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry avec un statut spécifique de collectivité décentralisée. Cet état compte 33 préfectures, 38 communes urbaines et 304 communes rurales elles-mêmes divisées en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

Depuis son indépendance de la France en 1958, la Guinée n'a connu que des régimes autocratiques et militaires. Son nouveau président, élu en novembre 2010, Alpha Condé est le premier président élu démocratiquement et reconnu par la communauté internationale. Il est arrivé au pouvoir après une période de transition. Celle-ci a fait suite au coup d'État et à la prise de pouvoir par la junte militaire après le décès du second président de Guinée, Lansana Conté en décembre 2008. Cette période a été marquée par les violences politiques. On compte en particulier l'événement du stade, le 28 septembre 2009, où la répression d'une manifestation d'opposants au régime par les militaires a fait au moins 150 morts et de très nombreux blessés et femmes violées (MSF 2012b).

Malgré des ressources minières abondantes et un fort potentiel agricole, la Guinée se trouve dans une situation socio-économique difficile. L'économie a été touchée par des problèmes sociopolitiques pendant la période de transition en plus des crises alimentaire de 2008 et financière de 2009 (PNDS 2011). L'indice du développement humain (IDH) n'a pas positivement évolué ces dernières années et le pays est classé au 178<sup>ème</sup> rang des 187 pays évalués (PNUD 2011). De plus 54% de la population guinéenne vit en dessous du seuil de pauvreté (MSHP 2012b). La pauvreté touche inégalement les zones urbaines et rurales : sur 100 personnes pauvres, 86 vivent en milieu rural (SRP 2011)<sup>3</sup>.

Le taux d'alphabétisation de la population varie entre 40% et 50% selon les régions. Il se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 41% et 22% pour le pays (MSHP 2004).

En 2011, la population totale de Guinée est estimée à 11.3 millions d'habitants<sup>4</sup>. Près de 20% des habitants de Guinée résident à Conakry, la capitale administrative et économique du pays.

---

<sup>3</sup> <http://www.srp-guinee.org/pauvrete.htm>

<sup>4</sup> Recensement général de population et de l'habitat de décembre 1996 (7.2 millions) + un taux de croissance démographique de 3.1% (MSHP 2012b)

**Tableau n°1 : Principaux indicateurs socio-démographiques**

Indicateur	Zone rurale	Zone urbaine	Pays
Taux de natalité <sup>(1)</sup>	38,4‰	32,9‰	36,9‰
Taux de mortalité générale <sup>(2)</sup>	14,8‰	10,7‰	14,2‰
Taux d'accroissement annuel <sup>(2)</sup>	2,7%	4,1%	3,1%
Espérance de vie à la naissance <sup>(2)</sup>	53	56	54
Indice synthétique de fécondité <sup>(1)</sup>	6	4	5,6

Source : (1) EDS 99, Ministère du Plan ; (2) Recensement général de la population et de l'habitat. Ministère du plan, 1996.

## 3.2 Situation sanitaire de la Guinée

### 3.2.1 Organisation de système de santé

Le **système de santé** en Guinée fonctionne sur les principes de l'initiative de Bamako datant de 1987 (paquets minimum de soins, recouvrement des coûts). Il est financé par des sources publiques (Etat, collectivités (5-7%)), des sources privées (paiements de prestations/recouvrement des coûts (80%), des fonds employeurs, des mutuelles de santé, des ONG) ainsi que des sources extérieures (bilatérales, multilatérales, Guinéens de l'étranger (9-11%)). Le médicament est considéré, par arrêté, comme un produit social et stratégique et/ou de première nécessité. Il est exempté de droits de douane à l'exception du matériel médico-chirurgical (PNDS 2011). La gratuité de certains soins, tels que les accouchements par césarienne, la Consultation Pré-Natale (CPN), les traitements antipaludéens, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et récemment les accouchements par voie basse a été officialisée par décret du ministère de la santé. Cependant la mise en place de ces mesures sans accompagnement financier reste problématique (MSF 2012b).

Les services de santé sont composés **des secteurs public et privé**. Le secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national<sup>5</sup>.

Dans le secteur privé, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultation médicale et la clinique. On trouve aussi des structures associatives et confessionnelles appelées CSA et CSC. Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées de points de vente, d'officines privées, de sociétés de grossistes et de laboratoires d'analyses biomédicales.

La **médecine traditionnelle** représente un secteur non négligeable de l'offre de santé en Guinée. Elle constitue un premier recours pour les différents groupes socioculturels du pays (MSHP 2012b). Elle reste peu organisée et contrôlée, malgré l'intégration d'un département de médecine traditionnelle au Ministère de la Santé.

<sup>5</sup> A Conakry, on ne trouve pas les postes de santé et le centre médico-communal (CMC) joue le rôle d'un l'hôpital préfectoral.

**Le personnel de santé qualifié** n'est pas équitablement reparti en Guinée. Le document du PNDS élaboré en 2002 montrait que 72,5% de ce personnel est concentré dans les zones urbaines où vit seulement 30% de la population. Les effectifs de personnels de santé sont pléthoriques en ville. Il s'agit essentiellement de jeunes diplômés issus d'universités privées et publiques que le système de santé peine à intégrer.

Le **secteur pharmaceutique** comprend aussi les secteurs public et privé. Le secteur public fonctionne avec une centrale d'achat: la PCG (Pharmacie Centrale de Guinée) qui possède en principe le monopole de l'approvisionnement de l'ensemble des établissements de santé publique. Les produits de santé sont achetés sur la base de la Liste de Médicaments Essentiels et d'après les protocoles thérapeutiques arrêtés (PNDS 2011).

Le secteur pharmaceutique privé est composé d'un sous-secteur privé licite et d'un sous-secteur privé informel et illicite. Le sous-secteur privé licite est composé des secteurs privés confessionnel et non confessionnel, à but lucratif ou non lucratif. Ces structures bénéficient d'un agrément du MSHP. Un sous-secteur privé informel et illicite extrêmement dynamique s'est développé. En l'absence de contrôles effectués par le Laboratoire national de Contrôle de Qualité des Médicaments, seuls les chiffres publiés dans des thèses (plus de 60) peuvent être pris en considération et indiquent un taux de falsification supérieure à 70% (PNDS 2011).

Les **prix des médicaments** pratiqués par le secteur public ont été arrêtés dans le cadre de la politique des «prix éclatés». Des prix dits «standards» ont été établis en 2003 avec un facteur multiplicatif de 1,32 pour la PCG. Une marge de 30% bénéficiant aux structures de santé est appliquée aux médicaments sociaux dont les prix sont en principe inférieurs à ceux du secteur privé (PNDS 2011). Néanmoins, les patients sont très nombreux à acheter leurs médicaments dans le secteur privé (souvent chez les vendeurs illicites) du fait des ruptures d'approvisionnement de la PCG.

*Photos : Pharmacie informelle au marché Niger et Pharmacie licite au marché de Bonfi*



### 3.2.2 Etat de santé de la population

Les **niveaux des principaux indicateurs de mortalité** selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2005 sont les suivants :

- Taux de mortalité infantile** : 91 ‰ naissances vivantes
- Taux de mortalité infanto-juvénile** : 163 ‰ naissances vivantes
- Taux de mortalité maternelle** : 528 pour 100 000 naissances vivantes

Les causes de mortalité - en population générale - ne sont pas bien connues car il n'existe pas encore d'enregistrement systématique des décès, ni même des naissances.

Les principales causes de mortalité relevées dans les établissements hospitaliers publics sont : le paludisme grave, les infections respiratoires basses, les anémies chez les enfants, les maladies cardiovasculaires, les affections hépatiques, les tumeurs et les complications liées à l'accouchement chez les adultes. A ces causes s'ajoutent, en augmentation progressive, le diabète sucré et l'hypertension artérielle (PNDS 2011).

Dans les structures de santé primaires publiques, les **principale causes de consultation** sont : le paludisme (40%), les infections respiratoires aiguës (23%), les helminthiases (17%), les diarrhées (12%), les maladies génito-urinaires (4,6%), les affections dermatologiques, les traumatismes, les anémies, les maladies à transmission sexuelle et les infections oculaires (PNDS 2011).

Les Guinéens souffrent également d'autres types de pathologies, telles que :

- La tuberculose : l'incidence annuelle de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive est estimée à 75 cas pour 100.000 habitants à Conakry et 50 cas pour 100.000 habitants en zone rurale, le taux de mortalité est de 8% (PNLT 2005)
- Le VIH/SIDA : la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 1,5%. Les femmes, avec un taux de prévalence de 1,9 %, sont deux fois plus vulnérables que les hommes (0,9 %).
- La malnutrition aiguë : selon l'enquête SMART de 2012, la malnutrition aiguë globale affecterait 5,0% des enfants âgés de 6 à 59 mois, avec des variations interrégionales. Les prévalences les plus élevées étaient observées à Conakry (6,8%), Labé (5,8%) et Kindia (5,0%). La malnutrition aiguë sévère définie selon l'indice Poids/Taille était davantage présente dans les régions de Kindia (1,1%), Conakry (1,6%) et Labé (0,7%).
- La trypanosomiase humaine africaine est en forte régression (quelques cas encore visibles à l'hypno - léproserie de Dubréka, en périphérie de Conakry)
- D'autres parasitoses: telle l'onchocercose, les schistosomiasés urinaire et intestinale sont également présentes à moindre échelle
- Les maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle ou le diabète sucré, semblent être en hausse, mais il manque des données fiables concernant la prévalence de ces pathologies. En raison d'une prise en charge centralisée au niveau tertiaire, la plupart des malades se tournent vers la médecine traditionnelle.

- Les maladies épidémiques évitables par la vaccination : la rougeole, le tétanos néonatal et la poliomyélite sont en régression grâce à une amélioration de la couverture vaccinale. La proportion des enfants complètement vaccinés est passée de 32% en 1999 à 38% en 2008.
- La Guinée reste particulièrement vulnérable aux épidémies, telles que le choléra (épidémies annuelles entre 2006, 2009 et 2012, la fièvre jaune et la rougeole. Le pays se trouve dans la ceinture de méningite et la poliomyélite n'y est pas éradiquée (MSF 2012b).
- L'ulcère de Buruli sévit dans la partie équatoriale du pays (PNDS 2011).

### 3.3 Contexte général de Conakry

La ville de Conakry est une presqu'île de 308 km<sup>2</sup> de superficie, avec une longueur de 36 km et une largeur variant entre 1 et 6 km. Avec environ 2 millions d'habitants, la densité de la population est estimée à 2306 habitants par km<sup>2</sup> (DSVCO 2006). La ville comporte de grandes disparités (forte densité au centre ville, les quartiers moins dense en périphérie).

Sur le plan administratif, la ville de Conakry est divisée en cinq (5) Communes: Kaloum, Dixinn, Matam, Ratoma et Matoto. L'administration et la gestion de chaque commune est assurée par un Conseil Communal présidé par un Maire. Les communes sont à leur tour divisées en 134 quartiers<sup>6</sup> dirigés par un conseil de quartier. Chaque quartier est composé de plusieurs secteurs qui sont les plus petites subdivisions administratives recensées.

Conakry apparait comme une ville très dynamique, caractérisée par une **urbanisation rapide**, mais plutôt **anarchique** : « *Les gens sont en avant de l'urbanisation* » (Personne Ressource, Conakry). Par conséquent, de nouveaux quartiers possèdent un faible réseau d'infrastructures. La ville s'étend rapidement vers la périphérie et la **limite administrative de la ville, « la Cimenterie » devient seulement théorique**. Ce sont les personnes ayant davantage de moyens financiers et / ou de la famille déjà établie qui construisent de nouvelles maisons vers le Km 36, jusqu'à atteindre les villes de Dubreka et de Coyah. Certains y habitent, d'autres louent les habitations. Il s'agit ainsi plutôt de quartiers de « nouveaux riches ». Pourtant, certains propriétaires ne parviennent à financer totalement les travaux et de nombreuses **maisons restent inachevées**. Les habitants de ces maisons sont pour la plupart des personnes démunies, n'ayant pas la possibilité de payer le loyer. Ils vivent dans les conditions précaires sans accès à l'eau, aux latrines et à l'électricité. Cette situation représente alors de nouvelles **poches de pauvreté** dans ces nouveaux quartiers plutôt aisés.

Par ailleurs, la population habitant **entre « la Cimenterie » et le Km36** se trouve négligée par les autorités et considère cette zone comme un « **vide administratif** ». Même si en théorie cette population dépend de la ville de Coyah, les gens ressentent un déficit d'appartenance géographique: « *Ici c'est Coyah, mais on se sent négligés, on n'appartient ni à Coyah, ni à Conakry. Coyah nous oublie toujours, par exemple pour les distributions pendant les fêtes. C'est parce qu'ici on est plus nombreux qu'à Coyah* » (Personne ressource, km36, Sannoyah marché).

Conakry présente une mosaïque de groupes ethniques (soussou, malinké, peuls, etc.) repartis en ville d'une façon assez homogène. Même si la cohabitation des différents groupes ethniques est

<sup>6</sup> Selon le nouveau découpage administratif en 2010

paisible en temps normal, les tensions politiques peuvent à certaines occasions telles que les manifestations politiques ou les élections, rapidement exacerber des tensions sous-jacentes et faire virer la situation à des **conflits politico-ethniques** assez violents. Certains quartiers populaires se trouvant sur l'axe Bambeto-Hamdallaye (ex. Dar-es Salam) sont particulièrement touchés par ce phénomène.

Outre les problèmes politico-ethniques, le **banditisme** est répandu dans certains quartiers populaires du centre ville (Dar-es Salam, Kissosso Plateau), ainsi qu'en périphérie (Km 36). Ce phénomène plutôt nocturne est souvent lié à la pauvreté et au nombre élevé de jeunes chômeurs: « *Il y a des bagarres, délinquance (alcool, drogue), banditisme, ça se passe surtout la nuit et par les jeunes chômeurs* » (Personne ressource, Dar-es Salam II, Ratoma). « *Ils rentrent chez toi avec les armes, ça arrive tout le temps, surtout la nuit.* » (Personne ressource, Km 36, Sannoyah marché). « *Les femmes se font attaquer quand elles vont au marché, des fois même pendant la journée* » (Personne ressource, Km 36, secteur Babaya).

La population de Conakry est caractérisée par une **grande mobilité** (intra urbaine et avec l'intérieur du pays).

Concernant les **mouvements intra-urbains**, la majorité des habitants se déplacent quotidiennement, principalement pour les **activités économiques**. La plupart utilise les minibus et les taxis collectifs concentrés sur les grands axes radiaux, les véhicules particuliers ne sont accessibles qu'à une minorité aisée. Le **problème de transport** se pose particulièrement dans les **quartiers enclavés** du centre ville (Dar-es Salam, Tombolia, Kissosso Plateau, Hermakono) où les taxis sont difficiles à trouver et particulièrement onéreux. Dans ces quartiers sans « goudron », les gens sont souvent contraints de marcher jusqu'aux routes principales afin de trouver un transport commun. Cela peut être problématique surtout pour les malades et les personnes âgées. Pour les habitants de la **périphérie** de la ville (ex. Sonfonia, km 36) les dépenses pour le transport représentent souvent une somme conséquente du budget du ménage.

Les **mouvements de l'intérieur du pays vers Conakry** sont principalement des migrations saisonnières et économiques. De nombreux migrants retournent dans leurs foyers au moment des travaux champêtres. Quant aux mouvements inverses, c'est-à-dire **de Conakry vers l'intérieur**, ils semblent moins fréquents. Certains Conakrykas – sans emploi en ville – rentrent temporairement dans leur région d'origine pour participer aux activités agricoles.

### 3.3.1 Situation socio-économique

Le **manque d'emploi** est un **problème majeur à Conakry**. Les foyers dont le chef de famille est au chômage sont particulièrement vulnérables (Clouin 2011). Les jeunes (surtout les hommes) sont souvent éduqués, mais faute d'opportunité d'emploi, ils sont nombreux sans activité. Ils représentent un poids supplémentaire pour les familles. Certains participants (du quartier de Dar-es Salam en particulier) leur attribuent la responsabilité de troubles dans le quartier : délinquance, manifestations, alcool, drogue.

La **pauvreté** est **omniprésente** à Conakry, mais il est **difficile de la localiser** géographiquement. Selon le rapport de PAM (2010), le taux de pauvreté est le plus élevé à Kaloum (45%) suivi par Ratoma (44%) et Matoto (42%) et le plus faible à Dixinn (33%). Néanmoins, la **ville** est très **hétérogène, les territoires pauvres sont mélangés aux riches**. Les poches d'extrême pauvreté se trouvent dans toutes les communes et il existe aussi de grandes disparités à l'intérieur même de chaque quartier. On constate aussi un appauvrissement du centre historique, délaissé des habitants plus aisés partis s'installer en périphérie (ex. Coronthie). On trouve enfin des territoires particulièrement défavorisés dans les quartiers densément peuplés, situés au bord de la mer, éloignés des axes routiers principaux, installés sur les collines ou proches de la décharge (ex. Tombolia et Kisso plateau, Hermakono, Dar-es Salam, Dabondy, Gbessia Port, etc.).

L'activité économique des groupes vulnérables vivant à Conakry est essentiellement basée sur le **petit commerce**, majoritairement pratiqué par les femmes. L'activité liée à la **pêche** représente la principale source de revenu pour les habitants des quartiers situés au bord de la mer. Quelques activités agricoles (riz, maraichage, fruits, céréales) et l'élevage (surtout la volaille) sont pratiqués en périphérie de la ville, dans les communes de Ratoma et de Matoto.

« **Avoir les locataires** » présente une **source de revenu** non négligeable. La plupart des propriétaires de concessions louent des chambres à une ou plusieurs familles. En revanche, les **locataires** doivent faire face aux variations régulières des prix des loyers. Ils sont un groupe **particulièrement vulnérable**. Par ailleurs, le problème de délogement est très répandu dans la ville, il a été mentionné dans tous les quartiers visités pendant l'évaluation.



*Photos : Quartier de collines densément peuplé (Vue depuis Hermacono, Matam ;*

*Nouveau quartier en expansion avec de nombreuses maisons inachevées (Sonfonia Secteur 3, Ratoma)*



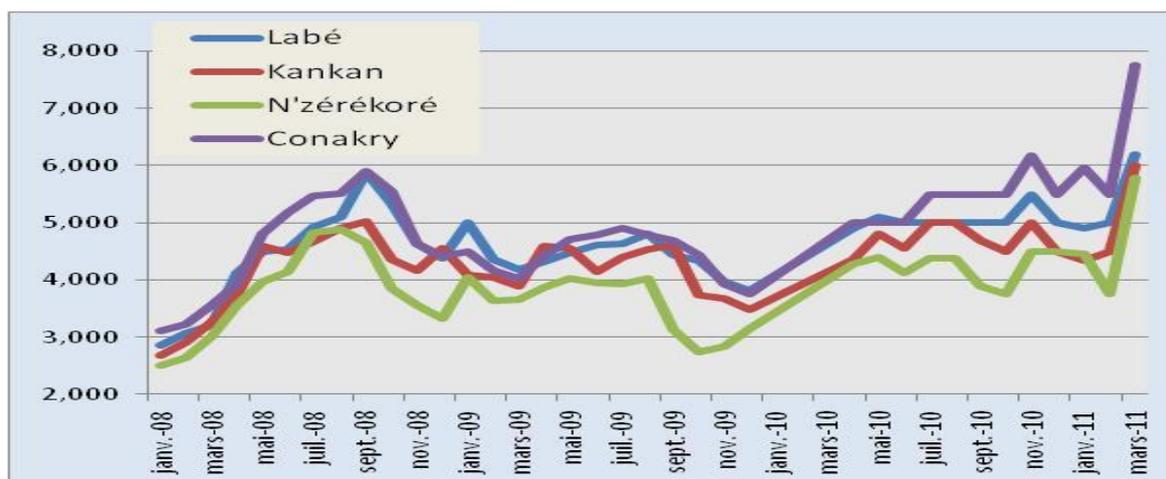
Dans les **quartiers enclavés**, l'activité **économique est moins développée**. Faute de routes praticables, peu de marchandise circule. La population économiquement active quitte le quartier le matin pour y revenir le soir. Ils sont nombreux à se diriger vers les grands marchés (Madina, Bonfi) pour y acheter nourriture et autres produits et les revendre par la suite.

### 3.3.2 Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle

Le riz occupe la première place dans la consommation alimentaire des ménages en Guinée. Même si la Guinée est un des producteurs principaux de riz en Afrique de l'Ouest, le pays est obligé d'importer plus de 200.000 de tonnes de riz supplémentaire chaque année pour couvrir ses besoins.

Le **prix du riz** en Guinée est sujet à de **fortes fluctuations**. Il est - entre autres - dépendant des prix du marché mondial et du pétrole, de l'évolution du taux de change du Franc Guinéen et de l'augmentation du coût de transport. L'année 2008 a été caractérisée par une hausse des prix du riz exceptionnelle au niveau local et international. Même si les prix ont baissé en 2009, ils se sont maintenus à des niveaux beaucoup plus élevés que ceux d'avant crise (PAM 2010). L'**année 2011** était de nouveau **marquée par une flambée des prix** sur les marchés internationaux notamment en raison de l'impact de catastrophes naturelles multiples. A Conakry, le kilo de riz étuvé local est passé de 5,500 FGN en février à 7,750 FGN en mars 2011, soit une augmentation de 50% en un seul mois. Cette augmentation est liée au dysfonctionnement du marché, affecté notamment par la mise en place des restrictions commerciales et du programme de subvention du riz importé (PAM 2011). Par ailleurs, depuis l'augmentation des prix du carburant, les **prix varient d'un marché à l'autre**, par exemple, le marché de Taouyah est plus cher que le marché de Madina, en raison des coûts additionnels de transport (PAM 2011).

**Prix courant du riz local étuvé du détail, 2008-2011** Source : DND/DNEEP



Pour **palier les augmentations de prix**, notamment pendant les temps difficiles telle que la période de soudure, les ménages mettent en œuvre des stratégies d'adaptation en **réduisant par exemple les dépenses d'éducation et de santé** pour garantir la provision de repas. D'autres stratégies consistent à réduire les quantités et le nombre de repas quotidiens, à substituer les aliments



préférés par des aliments de second choix et emprunter de l'argent ou des denrées aux amis ou aux parents. Les ménages les plus affectés sont ceux sans soutien, sans revenu, dirigés par des femmes seules avec des enfants ou exerçant des activités très précaires (PAM 2011).

**Photo :** Courses au marché de Dabomba.

*Une des participantes nous partage le contenu de son panier : 45 000 FGN pour un repas pour 20 personnes. Le riz est stocké au domicile. La personne en charge du repas achète la quantité de condiments selon les moyens financiers disponibles.*

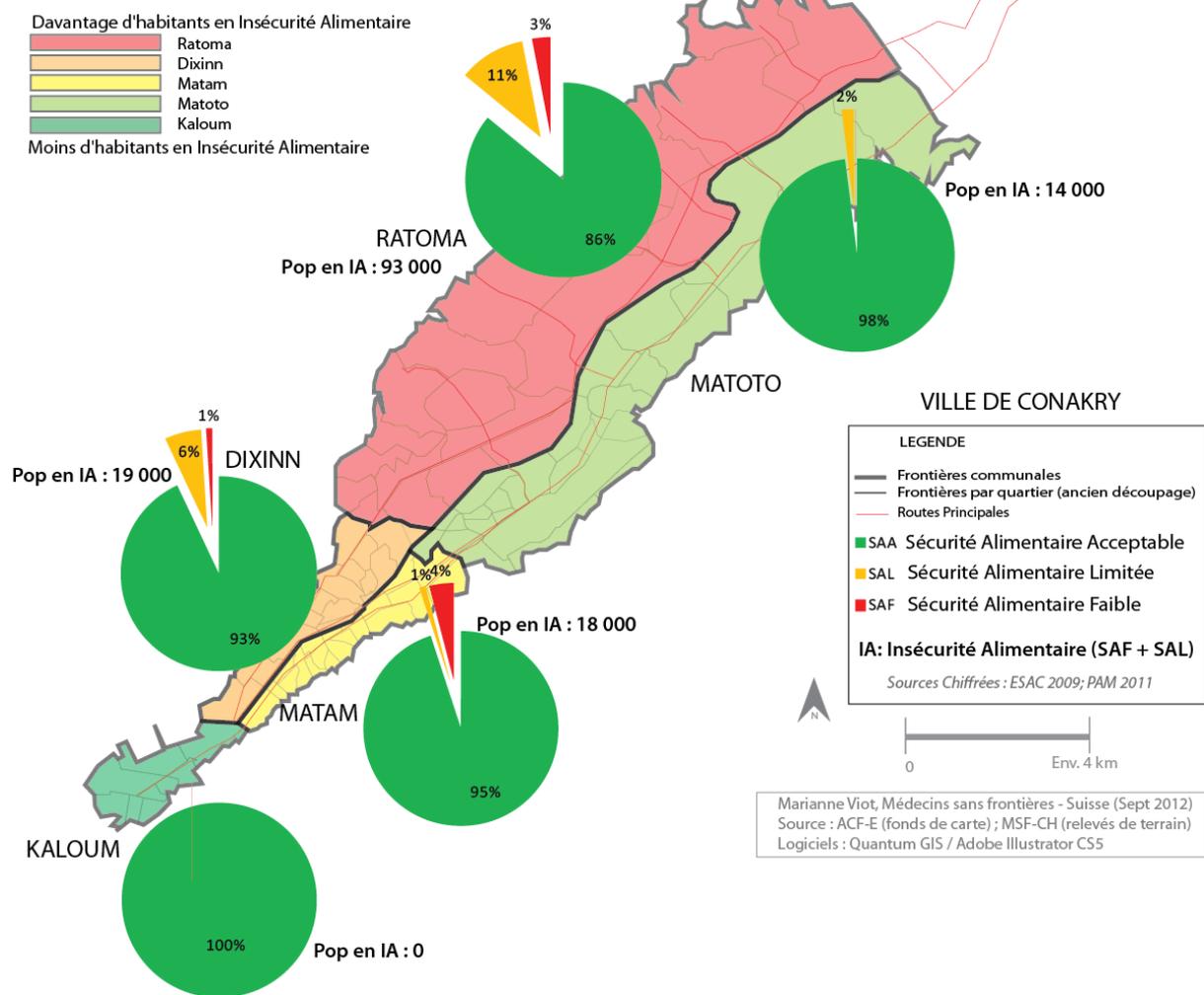
Même si Conakry n'est pas considéré comme un lieu de production agricole, il est estimé qu'environ **8.5% des ménages pratiquent l'agriculture**, notamment dans les bas-fonds et les mangroves des quartiers périphériques de la ville. Il s'agit principalement de riziculture en saison de pluie et le maraîchage en saison sèche. Néanmoins, les terres cultivables deviennent rares à Conakry du fait de l'urbanisation rapide de la ville. Malgré sa position géographique face à la mer, seul **3% des ménages de Conakry pratiquent la pêche**. L'élevage est pratiqué par **plus de 20% des ménages** (PAM 2010).

Selon le rapport de PAM (2010), l'**insécurité alimentaire** toucherait 32% des ménages ruraux, tandis qu'elle toucherait **6,4% des ménages de Conakry** soit environ 144.000 personnes dont 31.000 (1,5% des ménages) sont en insécurité alimentaire sévère.

Les communes de Ratoma, de Dixinn et de Matam seraient les plus touchées avec quelques poches d'insécurité alimentaire modérée dans la commune de Matoto. « *L'absence d'insécurité alimentaire de Kaloum, malgré une pauvreté accentuée indexe une forte assistance ancestrale (et peu documentée) des autorités. Dans le cadre de la sécurité alimentaire, la concentration des bureaux administratifs laisserait une empreinte constante et favorable sur le quotidien des ménages à Kaloum* »

Selon le même rapport, la **pauvreté** des ménages, le **niveau d'éducation** et l'**état de santé** sembleraient les **déterminants principaux de l'insécurité alimentaire à Conakry**. « *Plus les ménages sont pauvres et les dépenses faibles, plus ils sont en insécurité alimentaire. Plus d'un tiers (39,1%) des ménages les plus pauvres sont dans l'insécurité alimentaire sévère. Plus il y a de personnes malades dans le ménage (mois précédent l'enquête), plus il y a de l'insécurité alimentaire. En cas de maladies, la plupart ne font aucun soin. Dans le groupe de l'insécurité alimentaire sévère 34,0% n'ont fait aucun soin, contre 4,0% dans le groupe de l'insécurité alimentaire modérée et 3,0% dans celui des ménages en sécurité alimentaire* ».

## La sécurité alimentaire à Conakry (d'après PAM 2011)



La **situation nutritionnelle** à Conakry peut être caractérisée comme **chroniquement précaire**. En 2012 la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) dans le pays est estimée à 5,1% chez les enfants de moins de 5 ans et atteint **7,3% à Conakry** (5,6-9,3 I.C. à 95 %). La malnutrition aiguë sévère (MAS) à Conakry est estimée à 1,6% (1,0-2,6 I.C. à 95 %). La malnutrition chronique touche elle 34,7% des enfants de moins de 5 ans dans le pays et 20,7% à Conakry (ACF 2012a). L'enquête nationale réalisée par l'UNICEF en 2008 présente des prévalences de MAG similaires, variant de 6,4 à 8,5% d'une commune à l'autre. En 2010, ACF-E a démontré dans sa zone d'intervention (commune de Matoto) des prévalences de MAG de 6,3 % (4,6 - 8,0 I.C. à 95 %) et de MAS de 0,9 % (0,3 - 1,4 I.C. à 95 %).

La **prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë** est assurée à Conakry par plusieurs acteurs : Terres des hommes (Tdh) dans la commune de Ratoma, ACF à Matoto et MSF à Matam. Les cas de malnutrition sévère nécessitant une hospitalisation sont référés à l'Institut National de la Santé de l'Enfant (INSE).

**Les causes de malnutrition aiguë sont multiples.** On observe un pic de malnutrition annuel au mois d'août (ACF 2012a). Ce pic correspond à la fois à la période de soudure caractérisée par la disponibilité et l'accessibilité limitée aux aliments de base, notamment pour la population démunie, mais aussi à la saison de pluie avec la multiplication des maladies diarrhéiques. L'accès aux soins est particulièrement problématique: la plus grande partie du budget des ménages est consacré à la nourriture dont le prix augmente pendant cette période. L'augmentation saisonnière des cas malnutrition confirme aussi le médecin responsable travaillant à l'INSE : « *Les admissions ont doublé en période de soudure, les malnutris viennent pour la plupart de milieux pauvres* ».

Selon les rapports, le **taux de malnutrition aiguë varie peu entre les différentes communes.** Ceci peut être partiellement expliqué par la répartition hétérogène de la pauvreté dans la ville. Une analyse par quartier serait ainsi plus appropriée. Par ailleurs, la provenance de 209 enfants malnutris sévères hospitalisés à l'INSE entre juillet et septembre 2012 a été analysée afin d'approfondir les informations collectées dans la littérature grise. Parmi les 209 enfants, on en compte 37 (18%) originaires de (3) trois quartiers en particulier : Gbessia (N=14), Cimenterie (N=12), Ratoma Dispensaire (N=11). Tandis que 82% des enfants étaient originaires de 59 quartiers comptant entre 1 et 7 cas par quartier. Le nombre des enfants pris en compte dans cette analyse est trop petit pour en tirer des conclusions. Reste qu'une surveillance prospective de la provenance des patients par quartier pourrait aider à identifier les quartiers « problématiques ».

### 3.3.3 Eau, hygiène et assainissement

La ville de Conakry est particulièrement hétérogène tant en termes de densité de population, de type d'habitat, d'accès aux infrastructures: route, santé, eau, assainissement... Il est ainsi difficile voire impossible de dresser une typologie par quartier et encore moins par commune. Pourtant en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement des grandes tendances se profilent concernant notamment les pratiques des habitants pour palier les difficultés en la matière.

#### Recours à l'eau

**Les recours à l'eau varient selon les utilisations et les saisons.** L'accès à l'eau du robinet est plus ou moins facile selon les quartiers. Néanmoins, les habitants font des efforts importants afin de pouvoir se fournir en eau du robinet pour la boisson. Les concessions abonnées à la SEG (Société d'Eau Guinéenne) paient entre 20 000 FGN (Gbessia, Matoto) et 100 000 FGN (Sonfonia Tanene, Ratoma) par mois selon les quartiers. La moyenne se situe autour de 50 ou 60 000 FGN/mois. La facture est partagée entre les membres de la concession. Les voisins peuvent alors payer des bidons d'eau aux concessions bénéficiant d'un abonnement. Dans certains cas, les voisins les plus vulnérables ont un accès gratuit. L'achat de bidons coûte environ 100 FGN les 20 litres. L'eau peut être collectée à intervalle régulier et stockée dans ces bidons fermés en cas de distributions intermittentes. Le stockage de l'eau à la maison représente moins d'un bidon de 20 litres par personne et par jour.

**Eau de boisson.** Avant de boire, l'eau est traitée avec du « Sur-Eau » (chloration). Cette pratique est décrite comme étant nouvelle par les participantes aux groupes de discussion. Certaines la datent d'une année environ, d'autres précisent qu'elle a débuté en même temps que l'épidémie de choléra cette année. Pourtant l'introduction de la chloration a été faite depuis les précédentes épidémies. Les messages sont diffusés au cours d'actions préventives menées par les ONG ou par des médias tels la radio ou la télévision. Ceux-ci sont naturellement en lien avec l'épidémie de choléra (en cours au moment de l'évaluation). **L'eau minérale** de Coyah est achetée dans certains cas pour les bébés.

*Photos : Accès à l'eau du robinet, de la « borne fontaine », du puits ou du forage*

**L'eau des puits ou forages** est alors utilisée pour les activités du ménage type lessive, lavage des aliments, hygiène corporelle. Outre la saison sèche, l'accès aux puits est aisé pour puiser l'eau destinée à ces tâches domestiques. Plus rares sont les habitants qui boivent cette eau. La plupart d'entre eux affirment désormais traiter l'eau de boisson.

**L'accès à l'eau est un problème saisonnier majeur** dans les quartiers collinéens pendant la saison sèche (mars à mai). Qu'il s'agisse des robinets, des puits ou des forages, certains quartiers tels Dar Es Salam à Ratoma ou Tombolia et Kissosso Plateaux à Matoto peuvent passer plusieurs mois sans que l'eau n'y monte ou avec des connexions extrêmement limitées. Pendant la saison sèche, l'eau a une couleur rouge (Tombolia Plateau à Matoto, Hermacono à Matam).

Avec l'urbanisation en cours, on constate que l'ensemble des quartiers visités ont **accès à l'eau du réseau de la SEG**. Pourtant, selon les quartiers, les prix sont plus élevés et les connexions plus limitées (de façon saisonnière, hebdomadaire ou journalière). Les difficultés d'accès à l'eau sont plutôt dues à l'enclavement et la topographie du quartier qu'à l'ancienneté de son développement.

**Les quartiers les plus vulnérables sont les quartiers collinéens**, nouveaux ou anciens, ainsi que les anciens quartiers densément peuplés. Dans le quartier de Dabondi Ecole, les maisons des participantes sont toutes équipées de robinets mais il est rare qu'ils soient alimentés en eau. Elles partent à pied pour chercher de l'eau de forage. Certaines estiment que la distance à parcourir est trop longue, que cette activité occupe trop de temps dans la journée. L'une des femmes préfère s'approvisionner à un robinet fonctionnel plus proche et s'acquitter de 100 FGN les 20 litres. Différemment, à Sonfonia Secteur 3, une participante dit utiliser l'eau de la rivière en contre bas, la traiter et la boire.



## Assainissement

Nombre d'habitants de Conakry **possèdent une latrine dans leur concession**. Malgré la présence / l'existence de ces latrines, les habitants ne sont pas exempts de problèmes d'assainissement.

**Les latrines sont partagées** par l'ensemble des membres d'une concession. Une vingtaine de personnes utilisent le même ouvrage, mais selon les quartiers, ce chiffre peut atteindre une cinquantaine de personnes (Concasseur à Ratoma). Les concessions les plus pauvres n'ayant pas de latrine peuvent – généralement – utiliser gratuitement les latrines des voisins. Dans certains cas, il faut s'acquitter d'un montant quotidien de 100 FGN (Sannoyah à Km 36).

**Le nettoyage est une affaire collective**. Dans les quartiers visités, les habitants affirment nettoyer les latrines avec de l'eau de javel entre deux fois par jour et une fois tous les deux ou trois jours. « *Le nettoyage des latrines est de la responsabilité de tous, chaque membre de la concession y participe.* » (Participante FGD, Dar Es Salam, Ratoma) ; « *La communauté tient à jour un calendrier journalier pour définir qui doit laver la latrine publique.* » (Participante FGD, Coronthie 1, Kaloum)

**La latrine sert également de douche** dans la plupart des quartiers. Plus rares sont les concessions qui possèdent un « bloc » séparé dédié à la douche. Les eaux usées s'écoulent dans la rue.



### **Photos : Latrines**

Les habitants font appel à un **vidangeur professionnel** s'ils ont les moyens financiers. La vidange au seau coûte entre 200 000 FGN (Coronthie à Kaloum) et 500 000 FGN (Gbessia Port à Matoto), alors que la vidange au camion coûte entre 700 000 FGN et 950 000 FGN. Dans certains cas, cette activité est réalisée par les membres de la concession à l'aide de simples seaux qui sont ensuite envoyés à la mer. Aucun vêtement de protection n'est utilisé, seul le lavage des mains à la javel est rigoureusement effectué à la fin des travaux. La vidange se fait tous les six (6) ou sept (7) mois dans certains cas, tous les trois (3) ou quatre (4) ans dans d'autres cas. Les trous des latrines dépendent de la capacité des habitants à les creuser, le sol étant très

rocailleux dans certains quartiers. Les habitants expliquent que la plupart des latrines ne semblent jamais se remplir totalement. Les familles utilisent parfois de la 'grésine' qui réduit le volume des contenus de la latrine et donc la fréquence de vidange. Dans un quartier, les femmes disent mettre du charbon (5 000 FGN par sac), lorsque la latrine est pleine. D'après les femmes rencontrées, aucune maladie ne serait liée à cette activité.

Dans (2) deux quartiers : Hamdallaye Mosquée (Ratoma) et Tombolia Plateau (Matoto), les femmes expliquent être membres d'une **association travaillant sur l'assainissement** ou se réunir tous les dimanches et discuter des problèmes liés aux déchets dans le quartier.

En effet, **la gestion des déchets** apparaît comme le problème majeur des quartiers visités. «*Les déchets solides sont mis dans des sacs plastiques avant d'être envoyés à la mer ou à la rivière. Aucun service de collecte n'est mis en place dans le quartier.*» (Participante FGD, Gbessia Port 1, Matoto) ; «*Les déchets solides sont souvent jetés dans la rue, c'est la pluie qui les transporte en contre bas dans un égout qui suit la route principale. Parfois, les déchets sont brûlés voir mis en composte.*» (Participante FGD, Dar Es Salam, Ratoma). A Hamdallaye Mosquée (Ratoma), certaines font appel à un charretier (30 000 FGN) pour l'élimination de leurs déchets d'autres vident dans la rue. Dans la plupart des cas, les déchets sont collectés à la maison dans des seaux que les enfants amènent à l'extérieur ou directement à la mer. A Tombolia Plateau (Matoto), les déchets solides sont souvent brûlés après avoir été mis en tas. Les femmes se plaignent de ne pas avoir de poubelle et estiment que les problèmes de diarrhée sont liés aux déchets.



**Les eaux de ruissellement** semblent poser quelques problèmes d'inondation dans les concessions de Dabompa et Coronthie en particulier : «*Le caniveau déborde très souvent et l'eau sale nous fatigue.*» (Participante FGD, Coronthie 1, Kaloum).



**Photos :** Drainage des eaux usées à Hermacono (Matam) et Hamdallaye Mosquée (Ratoma)

Autant l'accès à l'eau et aux latrines n'est pas décrit comme un problème ingérable malgré les difficultés quotidiennes, autant **la gestion des déchets et des eaux usées apparaît comme un réel problème d'hygiène publique** dans l'ensemble de la ville. Les témoignages concordent avec les observations de terrain. La saison des pluies est la saison la plus difficile. Les habitants ne peuvent pas facilement brûler les déchets. Aussi certains quartiers situés en contre bas font face à des inondations. Ces quartiers récupèrent aussi les eaux souillées ruisselantes des flancs de colline ; ceci inclut déchets, eaux souillées et latrines débordantes.

**Photo :** Décharge de Concasseur

Une des **décharges principales** de la ville se situe dans la commune de Ratoma, entre les quartiers de Hamdallaye et Dar-es-Salam. Le territoire situé autour de la décharge est informellement appelé «Concasseur». La population vivant à proximité exprime fortement son mécontentement concernant les activités et l'insalubrité engendrée par la décharge. L'incinération **pollue les environs** : «*La fumée est*



*des fois tellement forte, qu'elle nous empêche aller à la mosquée»* (Personne ressource, Dar-es Salam II). Par ailleurs, la décharge est considérée comme une **source de maladie**, notamment pour les enfants : *« A cause de la décharge, nos enfants sont tout le temps malades, ils souffrent de la toux »*. (Personne ressource, Dar-es Salam II, Ratoma). Les gens se plaignent aussi de la prolifération des mouches, moustiques et d'autres insectes, ainsi que des rats et des souris.

La décharge est une **source d'insécurité** : *« Dans le passé, il y a eu des accidents suite aux grenades jetés. Récemment il y a eu une manifestation des jeunes suite aux bombes d'insecticide brûlés à la décharge... »* (Personne Ressource, Dar-es Salam II). *« Les camions causent les accidents sur le petit tronçon entre le goudron et la décharge »* (Participante à un FGD, Dar-es Salam II, Ratoma)

## Hygiène

Comme toujours évaluer les connaissances et les pratiques autour de **l'hygiène est très complexe**. Les témoignages des participantes aux groupes de discussion sont certainement plus représentatifs de pratiques ou de compréhensions individuelles que de pratiques représentatives de l'ensemble d'un quartier.

Selon les quartiers, les femmes rencontrées ont **peu de connaissance concernant la transmission** des maladies par le manque d'hygiène mais savent qu'il faut se laver les mains avant le repas et après la latrine. Elles n'appliquent pourtant pas toutes ces règles au quotidien. C'est le cas des femmes de Gbessia Port à Matoto. Une des participantes précise : *« Avant le passage d'ACF (suite à un cas de choléra dans ma famille), je croyais que le cholera était 'une maladie de Dieu'. Aujourd'hui j'utilise le Sur Eau et je connais les moyens d'éviter le choléra. »* 291 cas de cholera ont été rapportés dans ce quartier depuis avril 2012.

A Dar-Es-Salam (Ratoma), **le choléra est considéré comme une maladie grave qui est transmise par les mouches et les moustiques**. Le moyen de se protéger est le Sur Eau et le lavage des mains. A Hamdallaye Mosquée, la connaissance concernant le choléra est plutôt bonne : la prévention passe par l'hygiène des mains, les latrines et les saletés environnantes. Aucune des femmes ne connaît quelqu'un de son entourage qui a contracté le choléra cette année.

A Dabompa (Matoto), ou les questions d'eau, hygiène et assainissement ne semblent pas les plus préoccupantes, **les femmes savent qu'il faut se laver les mains** pour réduire le risque de maladie comme le choléra. Elles disent se laver les mains après être aller au marché et après les cérémonies de décès. Pour se laver les mains elles prennent du savon et de la javel. Le Sur Eau pour le traitement de l'eau est utilisé depuis qu'ACF est venu dans le quartier suite à un cas de choléra chez une de leur voisine. **L'utilisation du savon et du Sur Eau** est connue des habitantes. Nombreuses sont celles qui expliquent s'en servir. A l'inverse, dans le quartier d'Hermacono (Matam), les femmes connaissent les symptômes du choléra (vomissement, diarrhée) mais **n'ont pas réussi à évoquer les moyens de prévention**.

Les participantes ont généralement pu **témoigner de cas de choléra** survenus cette année dans leurs quartiers respectifs.

### 3.3.4 Besoins humanitaires et leur couverture

Les besoins humanitaires perçus par la population dépendent largement des sites évalués. Toutefois, le problème d'accès à la **nourriture** est cité comme la **préoccupation première** dans la plupart des sites. La nourriture occupe la première place des dépenses familiales<sup>7</sup>.

La majorité des aliments consommés par les ménages proviennent des différents marchés de la ville, souvent des marchés les plus proches. L'accès à la nourriture en quantité suffisante et de qualité devient particulièrement difficile en période de soudure (juillet-septembre). Ceci est dû aux prix du marché excessivement élevés, ainsi qu'à la disponibilité limitée de certains produits. Pourtant les prix de certains aliments de base (riz, sucre, huile) sont fixés par le gouvernement.

Les **stratégies d'adaptation** observées sur les différents sites étaient similaires à celles décrits dans le rapport de PAM (réduction de quantité de qualité des repas, réduction d'autres dépenses) : « *On ne peut pas résoudre le problème de la maladie, quand on a dépensé plus d'argent dans les aliments* ». (Participant à un FGD, Gbessia Port, Matoto). Les locataires ont exprimé des difficultés accentuées de se procurer la nourriture au moment du paiement des loyers : « *Des fois, il faut arrêter de manger pour payer les loyers* » (participante à un FGD, Hamdallaye Mosquée, Ratoma).

Un rapport récent d'ACF (2012b) décrit de **forts liens entre la population de Conakry et celle de l'intérieur** du pays ; les échanges sont réguliers et les familles pauvres y participent aussi. Selon ce rapport, il s'agit surtout des échanges saisonniers qui vont dans les deux sens : les citadins envoient le 'cash' vers l'intérieur pendant la période de soudure et les villageois envoient de la nourriture vers la capitale en période de post-récolte. Contrairement à ce rapport, nous constatons un **échange plutôt unilatéral** dans le sens **de la capitale vers l'intérieur du pays** : « *Peu arrive de l'intérieur, des fois ils nous envoient un sac de riz après la récolte* » (Personne ressource, Gbessia Port, Matoto). « *C'est plutôt à nous envoyer les choses vers l'intérieur, car ils n'ont rien la bas* ». (Personne ressource, Dar-es-Salam II, Ratoma)

La **santé** comme priorité numéro un est mentionnée dans plusieurs quartiers : Sonfonia Tanene (Ratoma), Hermokono (Matam), Dabompa (Matoto) et Hamdallaye Mosquée (Ratoma). Reste que cette thématique était discutée par les participants sur tous les sites, et apparaissait souvent en deuxième position. Les prix élevés des médicaments, le coût d'hospitalisation, ainsi que des actes chirurgicaux sont considérés comme problèmes majeurs.

Le **manque d'infrastructure** (routes, écoles et centres de santé publiques) est perçu comme besoin prioritaire dans certains quartiers enclavés ou de nouveaux quartiers mal lotis : Dar-es-Salam, Sonfonia secteur 3 (Ratoma), Km36.

**L'eau et assainissement** semblent prioritaires pour les habitants des collines de Matoto: Kissosso et Tombolia plateau, Dabondy Ecole.

---

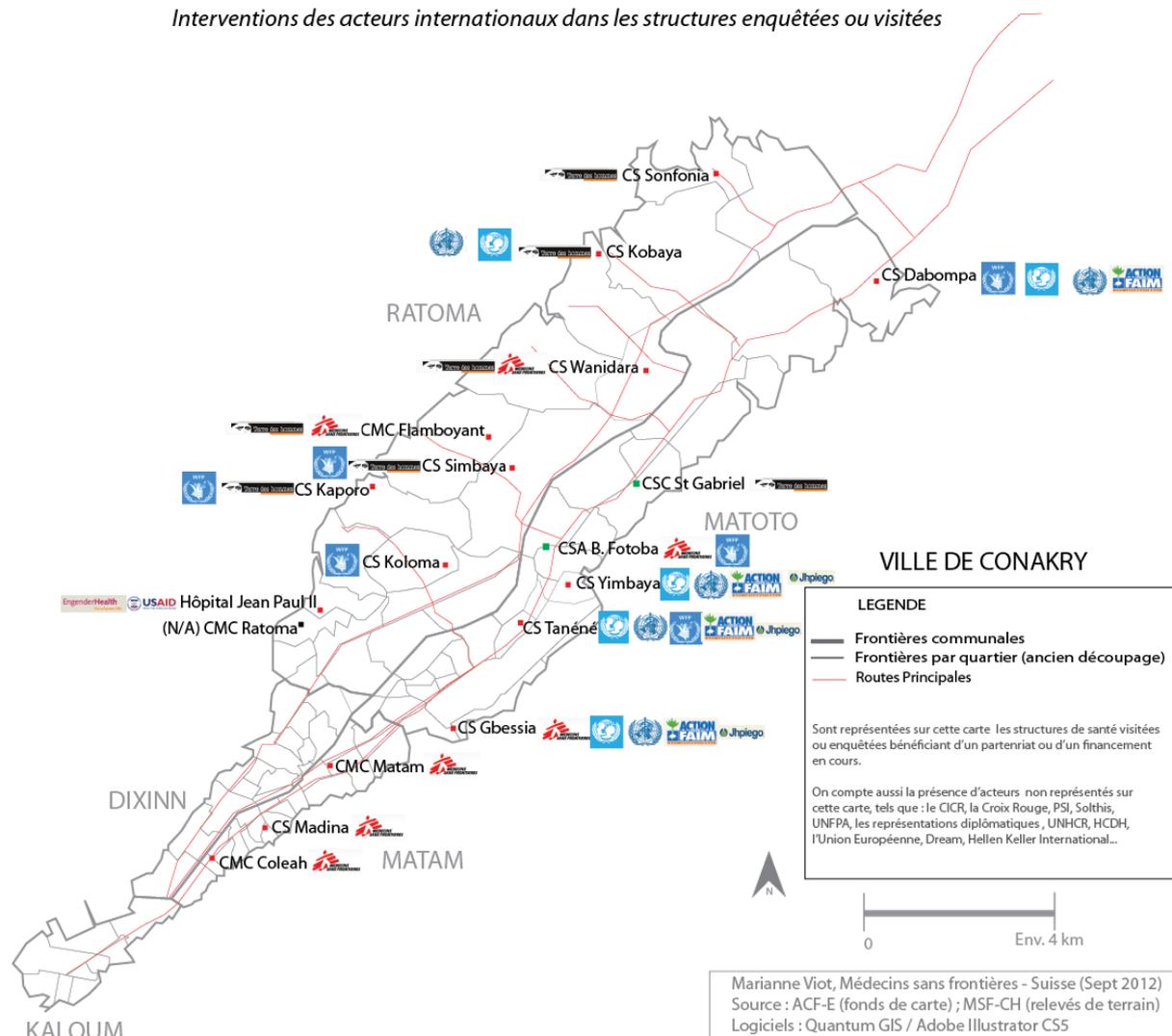
<sup>7</sup> 62% des ménages à Conakry dépensent plus de 50% du budget pour la nourriture (PAM 2011)

Concernant l'aide humanitaire, on constate que les **acteurs internationaux sont peu visibles sur le terrain**. La présence d'ACF a été mentionnée à Tombolia plateau et Dabondy Ecole (Matoto) pour un projet « cash for work » concernant des activités d'assainissement dans le quartier.

Outre ces deux (2) projets réguliers, quelques activités ponctuelles ont été mentionnées dans les différents quartiers. La plupart des activités étaient en lien avec l'épidémie de choléra en cours : distribution de savon et de Sur Eau, éducation à la santé, pulvérisation des maisons. Parmi les acteurs, la présence de MSF à Hermakono (Matam), d'ACF à Dobompa et Gbessia port (Matoto) et enfin de la Croix Rouge au Km36 a été mentionnée. Enfin, à Coronthie (Kaloum), le CICR a appuyé un projet ponctuel de 'gestion des eaux usées' issues de la prison limitrophe au quartier.

## Acteurs internationaux, ville de Conakry

*Interventions des acteurs internationaux dans les structures enquêtées ou visitées*



- MSF Belgique : PEC du VIH (Public : CS Gbessia ; Wanidara ; CMC Flamboyant, CMC Matam Privé : FMG ; CSA Bernay Fotoba)  
MSF Suisse : Santé maternelle, pédiatrie et nutrition (CS Medina, CMC Matam et Coleah)
- Action contre la Faim : Nutrition (Matoto)
- Terre des hommes : Nutrition (Ratoma + CSC St Gabriel), Wash (Ratoma et Dixinn) et Protection
- JH Piego : Planing Familial (partenaire : Faisons Ensemble)

- L'OMS et l'Unicef sont cités essentiellement pour leur support pendant les Journées Nationales de Vaccination
- PAM : Nutrition
- USAID : Bailleur de différents projets / ONG (Planing Familial: JH Piego, Fistules: Engender Health)
- Engender Health : PEC Fistules

Par ailleurs, on constate une **mobilisation locale assez forte** sur tous les sites visités. Les femmes, et plus rarement les hommes, s'organisent en association (présence de plusieurs associations dans chaque quartier) soit pour réaliser des tontines appelées « Séré » ou pour gérer de petits projets d'Activités Génératrices de Revenus (AGR). Le statut de l'association permet aux femmes de bénéficier de petits crédits auprès de banques. Les activités des associations les plus souvent mentionnées sont : la saponification, la teinture, et la fabrication et vente de poisson fumé. Certaines associations sont aussi impliquées dans l'assainissement du quartier. Le manque de moyens financiers est souvent mentionné en cas d'échec concernant ce type d'initiative. Il est important de noter que l'argent de ces associations est utilisé **pour le bénéfice des membres**, et le plus souvent pour des occasions telles qu'un mariage, un baptême, voire des dépenses de santé exceptionnelles. Dans un site de Km36 où les membres des deux (2) associations étaient pour la plupart des femmes abandonnées ou veuves, l'argent collecté était uniquement utilisé pour nourrir leurs familles.

La présence des **ONG locales** a été mentionnée par les participants sur plusieurs sites. Pourtant, ces dernières sont considérées comme étant très **peu actives faute de moyens** et d'engagement sur un mandat précis. Une responsable d'ONG internationale nous précise alors : « *De nombreuses ONG locales essaient de s'intégrer au système, mais on trouve beaucoup de versatilité. Certaines actions dépendent des financements disponibles, d'autres ONG changent de mandat au gré des opportunités de partenariat...* »

**Photo** : Panneau d'une organisation médicale



## 3.4 Offre de soins

### 3.4.1 Mapping des structures de santé agréées

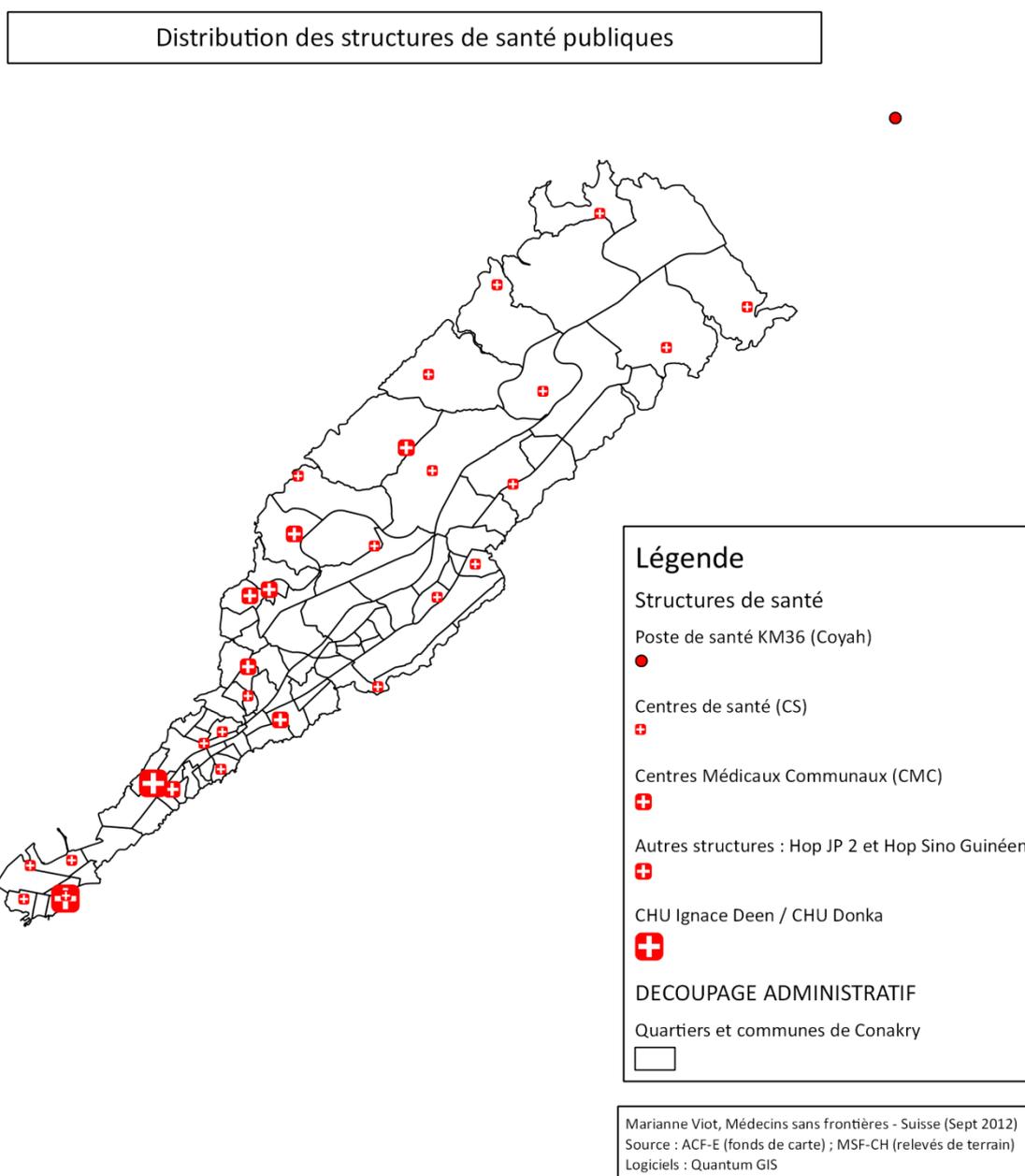
- Parmi les 250 structures de santé recensées, 115 ont été géolocalisées :
  - 26 sont des structures publiques (manque CS Kassa)
  - 89 sont des structures privées

	Relevés planifiés (N)	Relevés réalisés (N)	Structures relevées (%)
<b>Public</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>96%</b>
CS	22	21	95%
CMC	5	5	100%
<b>Privé</b>	<b>223</b>	<b>89</b>	<b>40%</b>
Csoin	49	12	24%
CM	108	39	36%
CSA	12	9	75%
CSC	10	10	100%
CL	38	19	50%
Autre	6	0	0%

- 135 structures privées agréées ne sont pas identifiées par les enquêteurs. Ne disposant pas des adresses, les enquêteurs n'ont pu retrouver un certain nombre de petites structures de type Cabinet de Soin ou Cabinet Médical. Il existe aussi des doublons sur les listes d'enregistrement / d'agrément de la DNEHS, certaines structures ont cessé leur activité ou ont déménagé. D'autres encore utilisent les agréments obtenus de la DNEHS pour mener des activités non traçables.
- Parmi les 45 questionnaires planifiés, 34 ont été administrés : 29 pendant la première phase et 5 au cours de la seconde phase, afin de compléter le tableau de l'évaluation ; (Matam (9), Ratoma (14) et Matoto (11)).
- Sur les représentations cartographiques sont ajoutées quelques structures majeures telles que les deux (2) CHU de Donka et de Ignace Deen, ainsi que les hôpitaux de l'Amitié Sino – Guinéenne de Kipé et Jean Paul II dans la commune de Ratoma.

## Distribution des structures publiques

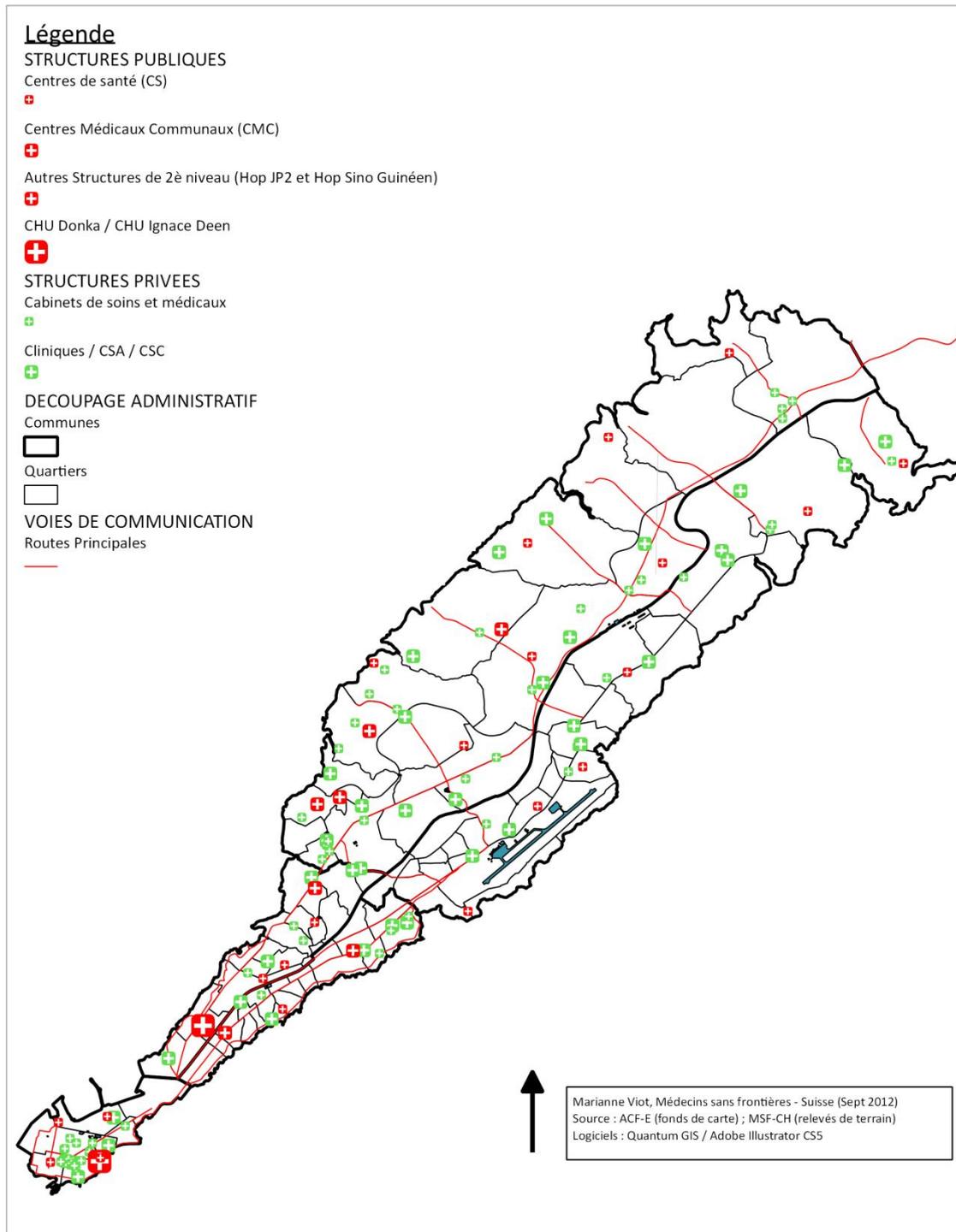
Dans un premier temps, l'observation de la distribution des structures de santé publiques apparaît plutôt homogène et bien répartie dans l'ensemble de la ville de Conakry. Les structures de santé primaires **type Centres de santé (CS)** sont les **mieux réparties** dans l'ensemble des communes de la ville. La **distribution des structures de type secondaire** (Centre Médical Communal : CMC) **et tertiaire** (Centre Hospitaliers Universitaire : CHU) montre des **disparités**. Elles sont essentiellement localisées dans la moitié ouest de la ville, vers le centre historique. On constate qu'il existe un maillage théorique des structures de santé publiques, mais son développement n'a pas suivi le développement urbain de la ville. L'exemple le plus parlant est celui de la commune de Matoto n'étant doté d'aucun CMC.



## Distribution des structures privées

Concernant la distribution des structures de santé privées, on observe de nouveau **une répartition qui semble équilibrée** à l'échelle de la ville. Seules les structures agréées en activité sont représentées sur la carte suivante.

Distribution des structures de santé privées et publiques agréées, ville de Conakry



La **complémentarité entre le secteur public et le secteur privé** apparaît à la fois dans la typologie des structures et leur localisation. Certaines structures privées de taille moyenne tendent alors à **pallier l'absence ou les lacunes du secteur public** en particulier dans les communes de Ratoma et Matoto. Dans les itinéraires thérapeutiques (décrits dans la suite du document), les recours peuvent être multiples incluant privé et public.

**Implantation.** Les structures privées sont essentiellement établies le long des axes routiers principaux. Leur installation et leurs mouvements suivent à la fois une logique de marché mais aussi les opportunités que la ville peut offrir dans son développement urbain vers la périphérie.

On observe alors différentes stratégies d'installation des structures privées :

- Les propriétaires font le choix de quitter la ville et de s'installer vers la périphérie (Km36 et aussi Coyah, Dubreka). On compte ici essentiellement les responsables de cabinets médicaux ou de petites cliniques ;
- La pression foncière oblige les structures les plus modestes situées au bord des axes principaux à déménager : les loyers deviennent inabordable à mesure que les quartiers se lotissent (transport, accès à l'eau et l'électricité, commerces ...)

**Praticiens privés.** Dans les structures privées agréées, on trouve une variété d'acteurs :

- Certains ont simplement enregistré leur structure par **crainte de voir leurs locaux fermer**. Ils pratiquent les activités et les tarifs de leur choix ;
- Certains possèdent l'agrément, mais **ont cédé leur place** ;
- D'autres ont construit des cliniques car « ils n'ont rien à faire ». On compte de nombreux **fonctionnaires retraités** ;
- Les propriétaires de la plupart des cliniques enquêtées **travaillent dans le secteur public**. Cette double activité leur permet de conserver leur place dans le secteur public et de s'assurer d'un revenu additionnel. Ces pratiques ne sont pas cachées et même discutées. Lors d'un entretien Dr Sakoba Keita de la Direction de la Prévention et de la lutte contre la maladie explique cette pratique :

*« Il existe une loi qui mentionne l'interdiction de pratiquer dans le secteur privé en cas de contrat signé avec le secteur public. A l'époque, le régime était presque communiste et cette loi était applicable. Aujourd'hui, on doit recourir à d'autres moyens pour survivre. Cette loi est violée par 75 ou 80% des personnels travaillant dans le secteur public de la santé. Nous voulons alors évoluer dans un système de complémentarité, car nous n'avons pas la possibilité de gagner suffisamment. Il faut aussi prendre en compte le nombre d'étudiants qui sortent de l'école chaque année et qui ont besoin d'exercer. Nous partons à la retraite : nous devons préparer l'avenir et aussi penser à notre retraite. »*

## **Mouvements des structures de santé et développement urbain**

**Déplacements vers la périphérie.** L'agrandissement de l'autoroute après l'élection présidentielle a joué un rôle essentiel permettant de desservir plus facilement la périphérie. Pourtant en matière d'offre de soins on constate qu'à mesure qu'on s'éloigne du centre ville, le moins les structures privées répondent aux critères / protocoles. Il manque aussi davantage de compétences (personnel bien formé ou expérimenté) et de matériel adéquat. Nombreuses sont alors les structures de santé privées ne possédant pas d'agrément.

**Gaps.** Il existe une absence de structures publiques dans la bande de cinq (5) kilomètres située entre la Cimenterie (limite administrative et sanitaire de Conakry) et Km36 dépendant de la commune de Coyah. Du côté de Ratoma, la dernière structure recensée est le CS Sonfonia, et du côté de Matoto, il s'agit du CS Dabompa. La structure suivante est le poste de santé de Km36 (dépendant de la préfecture de Coyah). Les habitants expriment un sentiment d'isolement par leur position périphérique à la fois vis-à-vis de Coyah et de Conakry.

**Mouvements en cours.** Des plans de développement urbain envisagent de déplacer le centre administratif de Kaloum vers le quartier de Kaloma dans la commune de Ratoma. Les mouvements de structures de santé privées s'opèrent entre le centre ville et les communes de Ratoma et Matoto ou depuis les communes de Ratoma et Matoto vers l'extérieur de la ville. Concernant les structures de santé publiques : l'hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne (Kipé, Ratoma) entre doucement en fonctionnement.

### 3.4.2 Offre de soins par commune

	Relevés planifiés (N)	Relevés Réalisés (N)	Structures relevées parmi les structures planifiées (%)
<b>KALOUM</b>	47	21	45%
<b>DIXINN</b>	34	13	38%
<b>MATAM</b>	29	12	41%
<b>MATOTO</b>	60	24	40%
<b>RATOMA</b>	80	45	56%
	<b>250</b>	<b>115</b>	<b>46%</b>

#### Spécificités de l'organisation du système public par commune

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
<b>Kaloum</b>	5 CS	Pas de CMC	CHU Ignace Deen
<b>Dixinn</b>	3 CS	1 CMC	CHU Donka
<b>Matam</b>	1 CS	2 CMC	Pas de tertiaire
<b>Matoto</b>	6 CS	Pas de CMC	Pas de tertiaire
<b>Ratoma</b>	7 CS	2 CMC	Hôpital JP II (Administré par les affaires sociales) Hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne

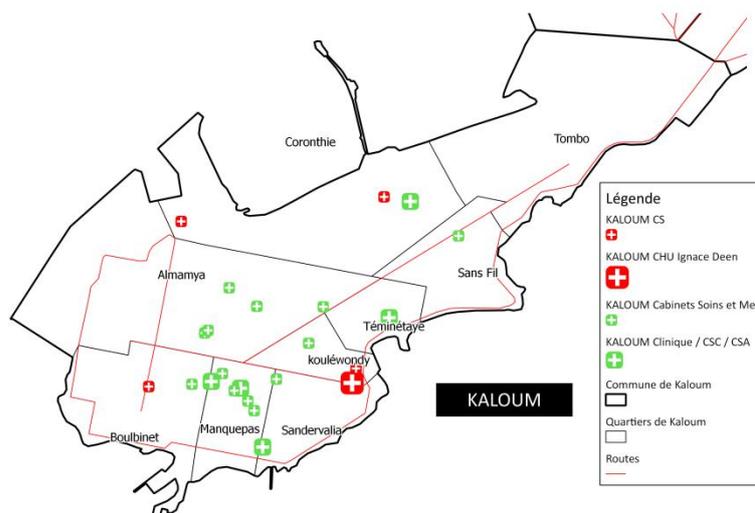
## Kaloum

La commune située aux confins de la presqu'île compte un **nombre important de structures de santé enregistrées auprès de la DNEHS (N=47)**. Cependant seules **21 structures** (dont 4 publiques) **ont été identifiées dans cette commune**. Sachant que la DNEHS est située à Kaloum, il est envisageable qu'un certain nombre de structures aient demandé un

agrément sous **une fausse adresse**. Kaloum est aussi le centre ville originel de Conakry et nombre de structures (les plus anciennes) ont **peut-être cessé leur activité** ou **déménagé** vers les communes périphériques de la ville. Malgré son statut de centre administratif et de cœur économique de Conakry (ambassades, ministères, port commercial, hôtels..), Kaloum abrite deux (2) quartiers particulièrement denses et vulnérables : **Boulbinet** (près du port de pêche artisanale) et **Coronithie**. Concernant la carte sanitaire, on compte 4 CS, aucun CMC et le CHU Ignace Deen (une des deux structures nationales). Les structures **privées de petite taille, type cabinet médical** sont nombreuses mais ne sont pas accessibles aux populations des plus vulnérables.

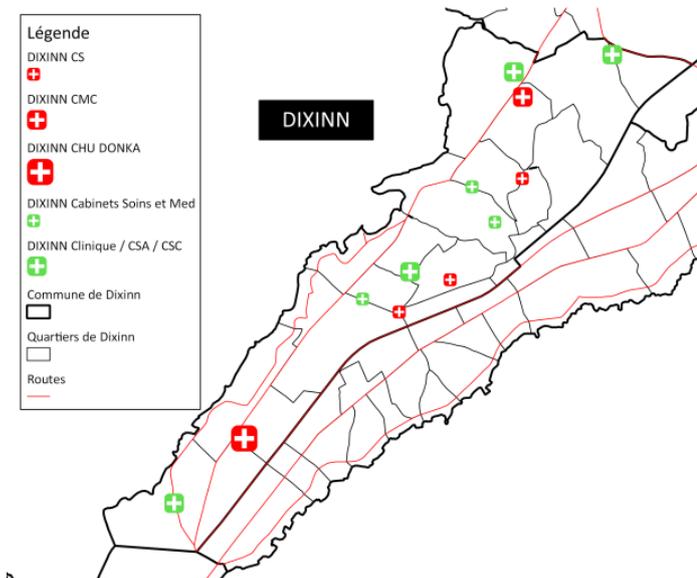
A Kaloum, certains profitent de leurs **mouvements quotidiens pour se faire soigner**. Ex : A Boulbinet Port, certains marins recourent aux différents CS de Kaloum, même si ils n'habitent pas le quartier ou la commune.

Parmi les projets en cours, on compte la **construction d'un Centre Mère Enfant** à Coronithie sur financements privés. Ce projet est piloté par B. Kouchner et serait destiné à devenir une structure publique selon les témoignages des habitants. La fin des travaux est prévue pour mars 2013.



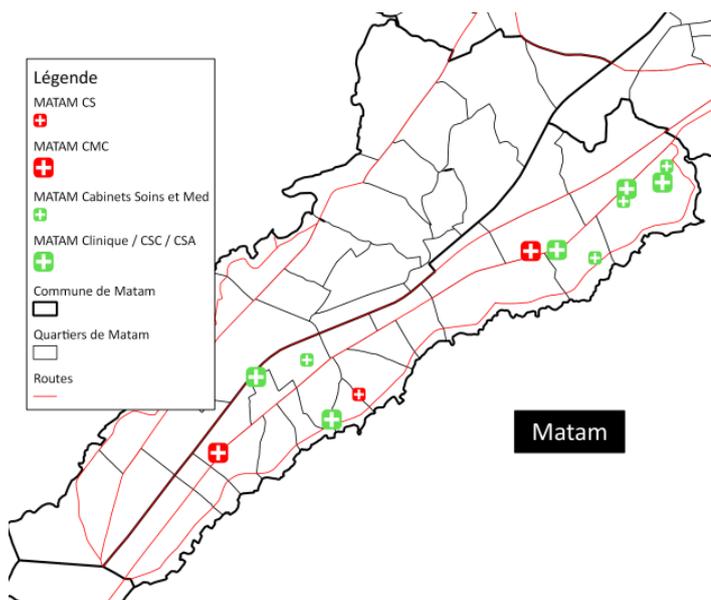
## Dixinn

Le **nombre de structures est moins important** à Dixinn que dans d'autres communes, en revanche la **taille des structures** et les **services** offerts apparaissent plus larges. Dixinn est la commune qui accueille le **CHU de Donka**, la structure nationale de référence. Parmi les structures publiques on compte aussi trois (3) CS et un (1) CMC. Parmi les structures privées, on recense quelques structures importantes telles les cliniques Pasteur et Ambroise Paré.



## Matam

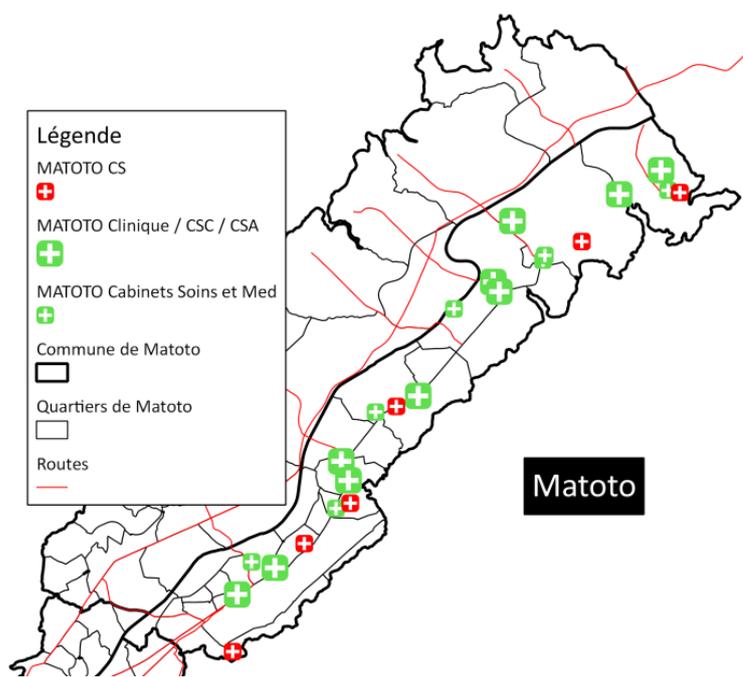
Le nombre de structures recensées par la DNEHS / DSVCO et le nombre de structures **identifiées sur le terrain est faible**. Seules **29 structures étaient recensées sur notre liste et 12 ont été géolocalisées**. Etonnamment, le marché de **Madina**, centre commercial actif de Matam et de Conakry en général **ne semble pas attirer un grand nombre de praticiens privés** (agrés ou non). Le faible nombre de structures privées peut être expliqué par la présence dans la commune de Matam de **deux (2)**



**CMC : Matam et Coleah et un CS (Madina)**. De plus, bien que situé dans la commune de Dixinn, on suppose que le **CHU de Donka attire une large part des patients** de la commune de Matam.

## Matoto

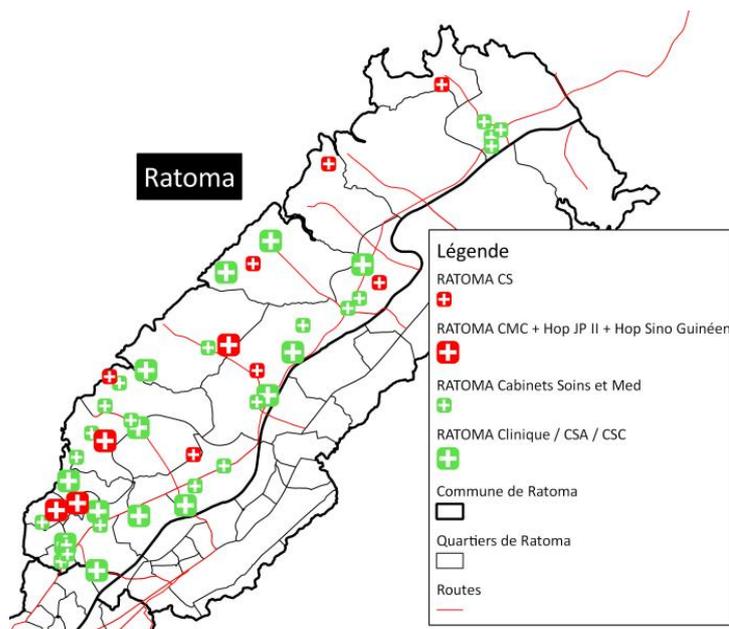
Matoto possède un **nombre important de structures de santé**. Les observations révèlent aussi la présence de très nombreuses **structures privées informelles**. Par ailleurs, on suppose une grande **versatilité et mobilité** des petites structures privées formelles et informelles. Parmi les structures publiques, il est essentiel de noter **l'absence de CMC à Matoto** et la présence de six **(6) CS**. D'après les observations de terrain, certaines structures privées tendent à se substituer au rôle de CMC dans la commune de Matoto, telles que la



**Polyclinique du Dr Barry** ou encore la **Mission Alpha de Kissosso**. D'autres structures telles que le **CSC St Gabriel** concurrencent directement le système public en offrant des soins de santé primaires de qualité à un prix abordable.

## Ratoma

Ratoma possède un grand nombre de **structures privées et publiques de tout type**. Parmi les structures publiques, on compte deux (2) CMC et sept (7) CS. Par ailleurs, l'hôpital de **l'Amitié Sino- Guinéenne de Kipé** débute ses activités, de nombreux services sont encore largement non fonctionnels. Cet établissement Public à Caractère Administratif a pour objectif de proposer - à terme - des services de type tertiaire supérieur. Il existe aussi l'hôpital



**Jean Paul II**, administré par le ministère des affaires sociales qui prend notamment en charge les fistules obstétriques et propose (3) volets d'intervention : médical, social et éducatif. Dans le secteur privé, l'offre est **pléthorique**, notamment le secteur informel. Parmi les structures privées agréées, le **CSA SESIR** est une structure à retenir pour le dynamisme de sa responsable, la disponibilité d'une maternité et la construction d'un centre de formation. On trouve la **Clinique Mère Enfant de Kipé** (quartier Kaporo Rail) s'illustrant dans la prise en charge des violences sporadiques ou des violences sexuelles.

La pression foncière engendre des mobilités d'implantation et un mouvement vers la **périphérie**. De **nouvelles structures s'implantent à Ratoma et d'autres structures implantées à Ratoma** tendent à se déplacer vers la périphérie. Les observations de terrain décrivent des structures privées informelles toujours nombreuses vers la périphérie mais dont **la qualité des services et le suivi des protocoles médicaux déclinent à mesure que l'on s'éloigne du centre**.



*Photos : Structure traditionnelle informelle, CS public, cabinet médical et structures privées informelles*

### 3.4.3 Fonctionnement du système de santé à Conakry

Face à l'urbanisation rapide et l'expansion de la ville, le secteur public n'est pas en mesure de satisfaire la **demande de santé croissante, et ce à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**. Le secteur privé joue alors un rôle important dans la provision d'offre de soins. Ce dernier se développe en parallèle du secteur public, sans contrôle des autorités sanitaires de Conakry réduisant ainsi l'efficacité du système de soins (DSVCO 2006).

D'un coté, **le secteur privé** complémente le secteur public dans la provision de soins de base en couvrant une partie des insuffisances **grandissantes de l'offre de soins de santé primaires (SSP)**. D'un autre coté, les prix des prestations proposées par les structures privées de deuxième et de troisième niveau sont prohibitifs pour la plupart des habitants de Conakry. **L'écart dans la provision de soins de santé secondaires et tertiaires ne cesse d'accroître.**

#### Soins de santé primaires (SSP)

Les soins de santé primaires représentent la base de la pyramide sanitaire. A Conakry, le paquet d'activité des SSP<sup>8</sup> est proposé dans les centres de santé publique (CS), ainsi que dans de nombreux établissements privés.

**L'offre des SSP** (privés et publics) dans la ville de Conakry est **plutôt satisfaisante. Aussi, la qualité des soins ne semble pas poser un problème majeur**. Pendant les discussions, les habitants se plaignaient rarement de la qualité des soins dans les structures publiques, même si selon eux, le secteur privé est toujours associé à une offre de meilleure qualité. En revanche, les gens étaient souvent mécontents de l'accueil et de la tarification peu transparente dans les structures publiques.

***Le dispensaire Saint Gabriel : un îlot de qualité à un prix abordable.*** Cet établissement privé à caractère confessionnel (CSC) est une structure remarquable dans le contexte de la ville de Conakry. Le dispensaire est décrit comme une « référence » par la population vulnérable de Conakry qui affiche clairement sa « préférence ». D'après les témoignages et les observations, il apparait comme le plus fréquenté dans la ville<sup>9</sup>. Plusieurs facteurs contribuent à son excellente réputation : une tarification forfaitaire abordable, des soins de qualité, une bonne accessibilité géographique. Par ailleurs, l'application de tarifs forfaitaires incluant les médicaments semblent largement acceptée même par les plus démunis. Cette tarification simplifiée est facile à comprendre. Ce modèle semble plus adapté que celui proposé par MSF-CH au CMC de Matam<sup>10</sup>. Pour les acteurs humanitaires, tels que MSF, le mode de fonctionnement du dispensaire St Gabriel peut servir d'étude de cas pour une intervention adaptée aux besoins de la population.

<sup>8</sup> Paquet d'activité des CS: CPN, accouchements, planning familial, consultations générales, dépistage et traitements spécifiques (ex., TB, VIH), activités de PEV, analyses biomédicales, surveillance épidémiologique

<sup>9</sup> 500 consultations par jour dont 300 consultations pour les enfants, 150 pour les femmes enceintes

<sup>10</sup> Gratuité totale pour les enfants de moins de 5 ans et services payants pour les patients hors critères de PEC

## Soins de santé secondaires (SSS)

Sept (7) établissements publics assurent les soins de santé de deuxième niveau à Conakry. Il s'agit des cinq (5) Centres Médicaux Communaux (CMC) : Ratoma, Flamboyant, Minière, Matam et Coleah, et des hôpitaux 'Jean Paul II' et de 'l'amitié Sino-Guinéenne de Kipé'. Seuls les CMC sont considérés dans l'organisation pyramidale du système de santé en tant que structures de référence entre les CS et les CHU.

Pour de multiples raisons, les CMC ne sont pas en mesure de satisfaire la demande de SSS :

- **Capacité en lits insuffisante** – Les cinq (5) CMC ont une capacité totale d'environ 100 lits (20 lits/CMC) correspondant à une couverture de 0.5 lit pour 10.000 habitants, comparée à une moyenne dans la sous-région de 10 lits/10 000 habitants (OMS 2009). Le manque le plus fort est constaté au CMC Matam. Ceci est notamment du au surplus d'activité engendré par les services gratuits soutenus par MSF (pédiatrie, maternité) : *« Je suis arrivée avec un membre de ma famille au CMC de Matam, elle était en plein travail. Faute de place, on nous a renvoyé à la maison en nous demandant de revenir le lendemain. La femme a finalement accouché à la maison »*. (Participante à un FGD, staff MSF)
- **Plateau technique limité** – Certains CMC n'ont pas le bloc opératoire, le nombre des spécialistes est limité et les structures sont souvent sous-équipées. *« Nos hôpitaux publics sont une coquille vide. Le plateau technique est faible. »* (Entretien avec le Dr Sakoba Keita, Direction de la Prévention et de la Lutte contre la Maladie, DPLM)
- **Références problématiques** - L'absence de CMC dans certaines commune (Kaloum, Matoto) rend difficile l'organisation de la référence à partir des CS. De nombreux patients craignent une augmentation trop importante de leurs frais en changeant de structure et préfèrent s'accommoder des services disponibles dans la première structure de prise en charge.
- **Qualité des soins médiocres** - La qualité des soins dans le secteur public est considérée inférieure à celle proposée dans le secteur privé. Ceci est souvent lié à la motivation et la disponibilité du personnel. *« La qualité je peux dire, c'est le privé. Dans le public, on ne vous examine même pas. On prend la tension, on pose quelques questions et c'est fini. Ils n'ont pas le temps. »* (Participante à un FGD, staff MSF).
- **Accueil inéquitable**<sup>11</sup> – En général, les riches sont mieux accueillis que les pauvres et les hommes sont mieux accueillis que les femmes.
- **Tarifcation peu transparente** – Le coût informel est conséquent dans les structures publiques, surtout en cas d'hospitalisation et pour les actes chirurgicaux. *« Il y a une arnaque très évoluée dans le système public. Ça arrive tous les jours, pour nos familles, voisins, amis. L'infirmier pose une perfusion, tu paies, il enlève la perfusion, tu paies... »* (Participante à un FGD, staff MSF).

---

<sup>11</sup> Une possible discrimination ethnique selon la filiation de la structure n'est pas considérée dans cette évaluation. Certaines structures tendent à favoriser l'accès selon la filiation ethnique. Ceci mérite une investigation complémentaire.

**L'hôpital Jean Paul II : une structure gérée par le Ministère des Affaires Sociales.** L'établissement fonctionne autour de trois (3) axes: social, éducatif et sanitaire. Dans le cadre du volet santé, l'hôpital assure gratuitement les services médicaux spécifiques tels la PEC des fistules obstétricales et des violences sexuelles. Certaines activités telles la PEC des fistules sont soutenues par des bailleurs (USAID) et des ONG (EngenderHealth). Le service d'hospitalisation et de chirurgie est offert à la population générale afin de générer des recettes. Par ailleurs, le suivi médical des personnes handicapées de la Cite de la Solidarité voisine est censé être intégré dans le volet social des activités de l'hôpital en proposant des tarifs avantageux. Des témoignages discordants attestent de l'absence de ces services à coût réduits pour les plus vulnérables ou les indigents. Enfin, selon son directeur adjoint, l'hôpital travaille en étroite collaboration (références et contre références) avec le CMC de Ratoma situé à proximité. Reste qu'au regard du coût élevé des services, du manque de médicaments disponibles et peut-être de la concurrence du CMC de Ratoma, la fréquentation apparaît très faible ou ciblée sur des PEC spécifiques.

**L'hôpital de l'Amitié Sino Guinéenne de Kipé : vers un nouveau mode de collaboration ?** Récemment construit et équipé par la coopération chinoise, cet établissement est une grande structure moderne. Il s'agit d'un hôpital public à caractère administratif géré par un conseil d'administration (en cours de création). La mise en place des activités est progressive : consultations externes débutées en avril 2012, ouverture de l'hospitalisation (120 lits avec la possibilité d'extension) et de la chirurgie planifiée en aout 2012 (au moment de notre visite). Outre les services « classiques » tels que la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologique et la chirurgie, l'hôpital souhaite s'engager dans la provision de services spécialisés comme l'oncologie, la neurologie ou la chirurgie cardio-vasculaire. Les ambitions sont grandes pour cette structure. Il s'agirait de développer un « hôpital tertiaire supérieur » ayant la capacité de prendre en charge certaines pathologies spécifiques ainsi que certaines références des CHU de Donka et d'Ignace Deen. A ce jour, l'hôpital est peu fréquenté, le coût d'hospitalisation élevé présentant la principale barrière d'accès.



**Photo :** Entrée de l'hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne

En plus des établissements publics, plusieurs structures privées fournissent des services d'hospitalisation et de chirurgie. Au regard des prix élevés de ces services dans le secteur privé, ces structures ne représentent pas un réel choix pour la majorité de population démunie de Conakry en dehors de rares exceptions, notamment pour des urgences vitales survenant pendant la nuit (ex. césarienne).

## Soins de sante tertiaires (SST)

La prise en charge des patients dans les structures tertiaires paraît **largement inefficace**. Les problèmes semblent accentués au CHU de Donka, la structure hospitalière « préférée » des habitants de Conakry du fait de sa meilleure accessibilité physique en comparaison du CHU Ignace Deen. La **prise en charge des urgences et des cas graves est particulièrement problématique**. Ceci est lié à de multiples facteurs.

- **Dysfonctionnement du système de références** avec sur utilisation et débordement des CHU par les cas « non graves » qui devraient être traités aux échelons inférieurs (CS ou CMC). De nombreux patients recourent directement aux CHU par manque de confiance dans les CS ou les CMC, pour éviter le coût supplémentaire en cas d'une référence nécessaire ou encore pour les raisons de proximité. A Donka, le personnel est dépassé par plus de 700 accouchements eutociques par mois. Ceci joue sur la qualité de prise en charge des complications obstétricales (35 éclampsies/mois, 200 césariennes/mois).
- **Espace insuffisant** – A Donka, la maternité fonctionne dans des locaux provisoires depuis plus de deux ans. Plus de 700 accouchements mensuels sont réalisés dans deux petites salles d'accouchement : « *ça nous arrive faire des accouchements par terre* » (*Infirmière de la maternité de Donka*). Les deux salles d'opération à la maternité ne sont pas non plus en mesure d'absorber toutes les interventions urgentes et planifiées.
- **Equipement inadéquat** – Les services hospitaliers manquent de matériel essentiel de base (pèse enfant, stéthoscope, tensiomètre, etc.). Les soins intensifs pédiatriques ne possèdent aucun matériel de réanimation fonctionnel (concentrateur d'oxygène donné par MSF en panne, aspirateur cassé, pas de masque de ventilation, etc.)
- **Absence de disponibilité de médicaments pour les urgences** – Aucun médicament (sauf des médicaments pour les patients référés par MSF) n'est disponible dans les services. Le médecin délivre alors une ordonnance à l'accompagnant afin d'acheter les médicaments nécessaires à la pharmacie de l'hôpital (si les médicaments sont disponibles). Souvent, ce dernier doit d'abord collecter l'argent auprès de la famille. Le temps entre la prescription et l'administration du médicament peut dépasser 24 heures. Pendant notre visite un enfant en convulsion attendait son Diazépam depuis plusieurs heures. De plus, aucun soin n'est assuré avant que le paiement soit réalisé : « *Une fois j'ai amené un mec qui est tombé de sa moto, il était inconscient, j'ai dû payer ses soins, car ils ont refusé de le prendre en charge avant que je paie.* » (Participant à un FGD, staff MSF)
- **Transfusion sanguine tardive** – Le paludisme sévère avec anémie présente la pathologie principale et aussi la première cause de mortalité en pédiatrie. Selon les responsables, les décès par manque de sang ou pour cause de transfusion tardive ne sont pas rares. Les poches de sang ne se sont pas livrées aux malades avant que la garantie de proposer deux (2) donneurs pour remplacer le sang ne soit faite. Ceci est problématique pour de nombreuses urgences en particulier pour les patients originaires de quartiers éloignés.

- **L'accessibilité financière et géographique** - La question de l'accès aux soins est traitée dans la suite du rapport. Cependant, il est à noter que le problème d'accès contribue à l'inefficacité de la prise en charge des urgences et des cas sévères par la recherche tardive de soins et l'incapacité de payer certains traitements et médicaments. Ce problème est accentué dans les cas où d'importantes dépenses ont déjà été engagées dans les premières étapes de l'itinéraire de santé aux niveaux inférieurs.
- **Transfert des malades vers les cliniques privées** - Après la première consultation dans le secteur public, certains praticiens spécialistes incitent les malades à continuer le traitement dans leurs cliniques privées : « *A Donka quand ils sentent que tu as un peu d'argent, ils t'envoient dans leur clinique privée pour suivre le traitement, car c'est plus cher* » (Participante à un FGD, staff MSF).

### 3.4.6 Accès aux Soins

L'accès aux soins revêt cinq (5) dimensions (Richard 2001):

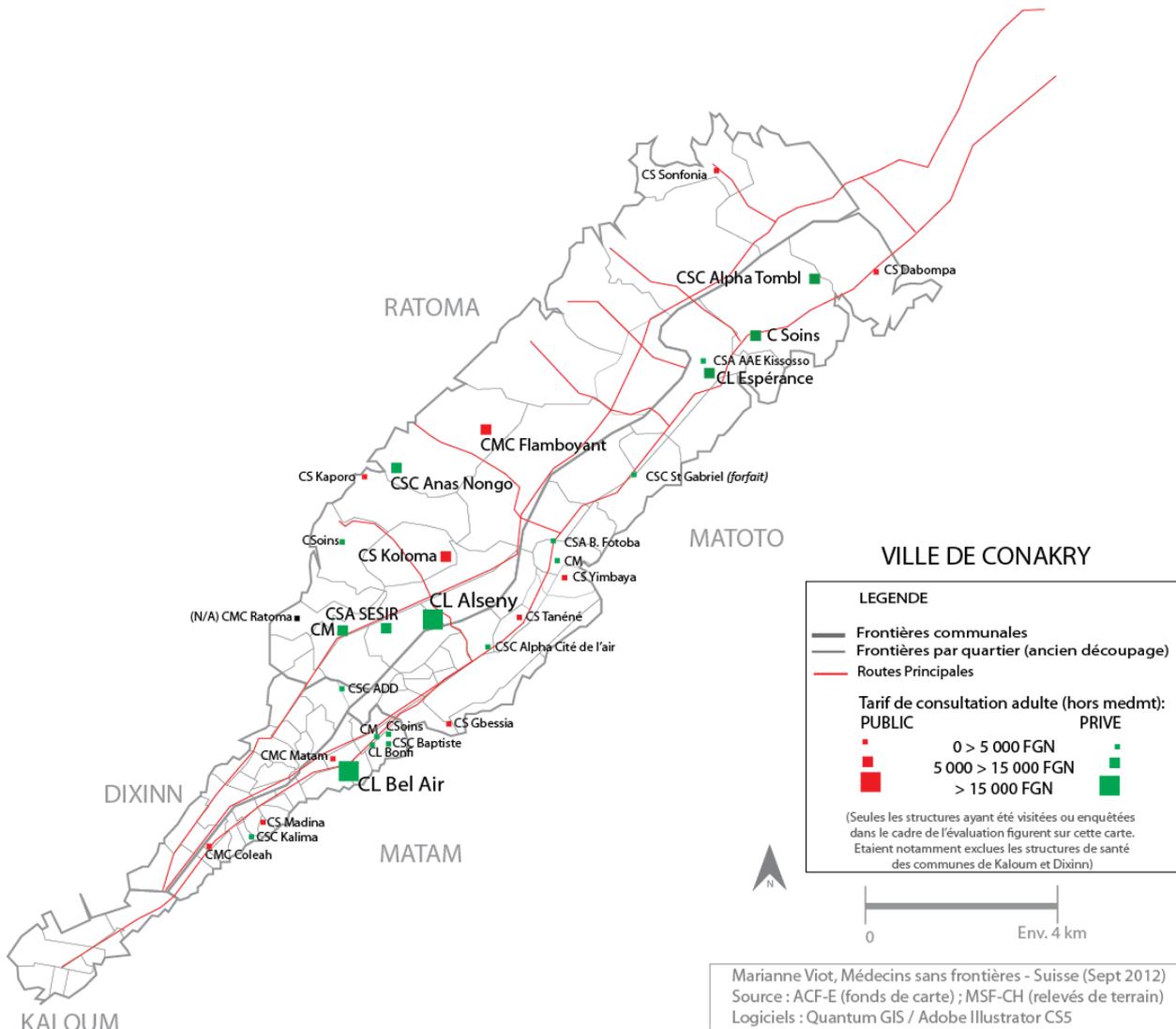
- la **disponibilité** : localisation du service adapté aux besoins des patients (ex : césarienne, PEC en charge de maladies chroniques, ...)
- l'**accessibilité** : temps de trajet, coût, distance
- la **commodité** : ouverture le weekend et la nuit, temps d'attente...
- la **capacité financière** : payer consultation, médicaments, hospitalisation, transport...
- l'**acceptabilité** : relation entre soignant et soigné (accueil, efficacité thérapeutique...)

**Arbitrage.** Les **patients les plus pauvres** préfèrent le système **public**. C'est leur capacité financière qui joue en premier sur l'arbitrage de leur choix entre le privé et le public. Les coûts de consultation et de médication proposés par les praticiens privés sont prohibitifs pour les groupes les plus vulnérables de la population. Pourtant, les structures privées sont plus nombreuses et plus accessibles physiquement que les structures publiques. Les patients arbitrent alors leur choix selon la disponibilité de la structure pour une pathologie identifiée, le niveau d'urgence, l'efficacité thérapeutique (supposée) et **surtout le coût total estimé** (coût de la prise en charge – formelle et / ou informelle, médicaments, transport).

L'**accessibilité financière** se décline en plusieurs dimensions, illustrées ici au travers du **tarif des consultations**, des **coûts de transport** et des **montants mensuels des loyers** des habitations. Les **coûts de consultation** sont largement plus élevés dans les structures privées. Dans les quartiers ayant un accès facile à un centre de santé (CS), le recours y est fréquent : « *On ne va jamais chez le privé, c'est trop cher ! On va toujours au CS.* » (Participante à un FGD à Gbessia Port, Matoto). Les coûts sont généralement plafonnés dans les structures publiques ce qui n'empêche pas le recours aux paiements complémentaires informels pratiqués par les personnels de santé présents. « *A l'hôpital, si tu as de l'argent, on s'occupe de toi. Si tu n'en as pas, on ne te regarde même pas* » (Participante à un FGD, Hamdallaye Mosquée, Ratoma) ; « *Si tu te rends dans le public pour une consultation, on ne te soigne pas si tu connais personne* » (Participante à un FGD à Tombolia Plateau, Matoto).

# Accessibilité financière aux services de santé privés et publics

## Tarif des consultations



La **disponibilité et le prix des médicaments** posent également problème. Une fois l'ordonnance reçue, un patient qui ne peut pas recevoir les médicaments (gratuits ou de faible coût) dans la structure visitée peut recourir à différentes stratégies :

- achat en pharmacie (onéreux)
- achat au marché (problème de qualité, médicaments falsifiés)
- réduction de la quantité / durée du traitement : « *Ma femme ne peut jamais acheter tous les produits sur l'ordonnance* » (Personne ressource à Gbessia Port, Matoto)
- achat de certains médicaments selon la priorité estimée : « *J'achète les trois premiers médicaments de la liste, car on m'a dit que ce sont ceux qui sont les plus efficaces* ». (participante à un FGD, staff MSF)

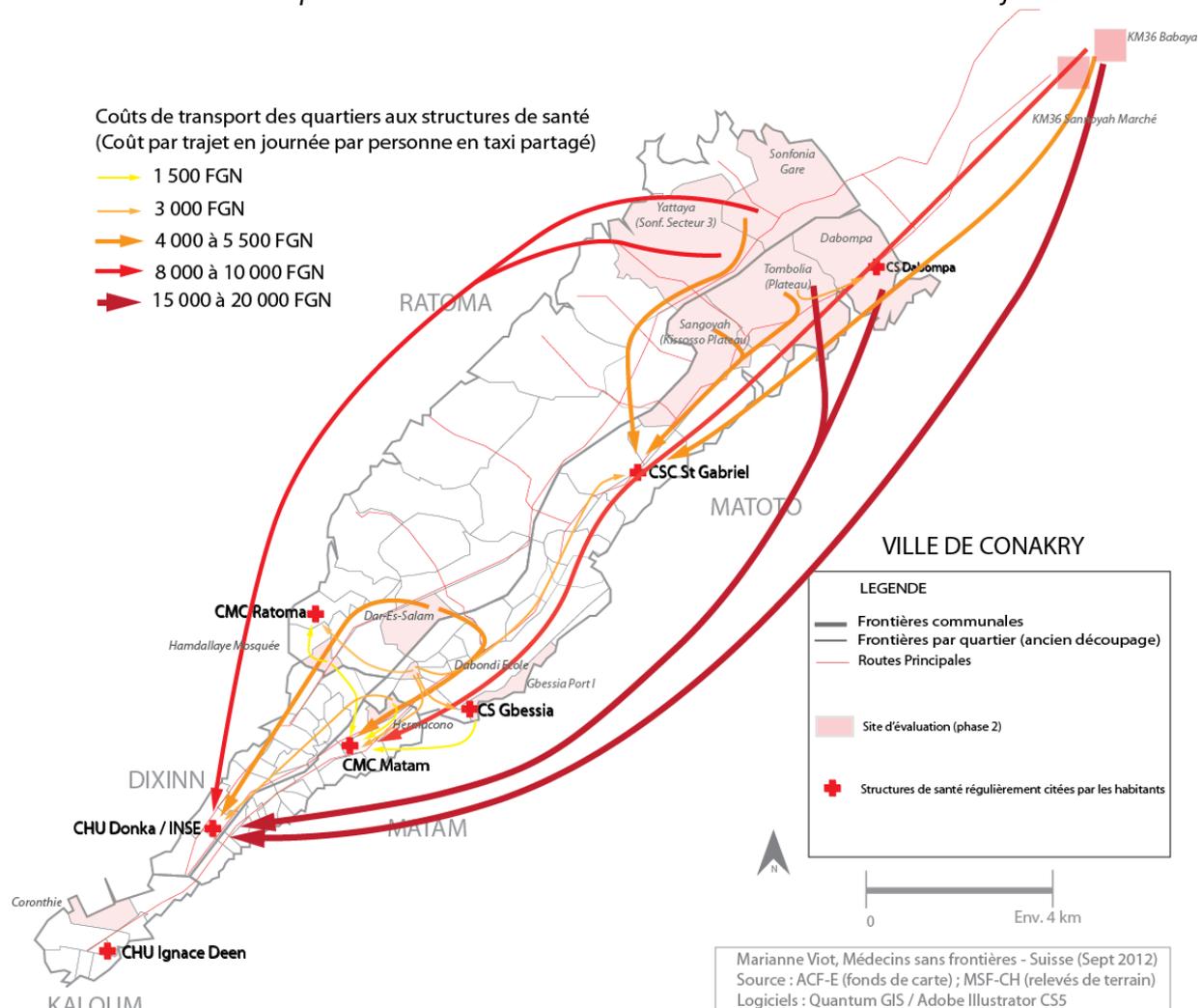
Même si en principe les médicaments proposés dans les structures publiques sont moins chers ou gratuits (ACT), les ruptures de stock sont fréquentes. Ceci oblige les patients à acheter les médicaments ailleurs. L'achat des médicaments dans les structures informelles et illicites

« pharmacie par terre » est un choix par défaut pour la plupart. Les personnes les plus éduquées sont bien conscientes du danger de ce choix: « *Les fabricants de faux médicaments se sont les premiers ennemis de la population mondiale* » (Personne ressource, Kissoso Plateau, Matoto). D'autres n'ont pas connaissance de la différence entre les sources des médicaments: « *Les médicaments du marché, c'est la même chose que dans la pharmacie, mais moins cher* » (participante à un FGD, Dabompa, Matoto)

Les **coûts de transport** ont une influence l'accès aux soins. **La distance** influe naturellement sur les coûts de transport. Depuis Sonfonia (Ratoma), Dabompa (Matoto) ou Km36, les montants par personne en taxi collectif oscillent entre 8 000 et 20 000 FGN par trajet par personne. Prendre en compte **l'enclavement d'un quartier** est alors essentiel pour comprendre les disparités de coûts. En effet, habiter sur un grand axe, tel que la route Prince à Ratoma ou la Nationale à Matoto est un facteur avantageux pour se rendre facilement dans une structure de santé.

## Accessibilité financière aux services de santé privés et publics

Coûts de transport entre les sites d'évaluation et les structures de santé majeures



Par exemple, on constate que pour se rendre au CSC St Gabriel depuis des quartiers relativement proches mais enclavés (Tombolia Plateau, Kissosso Plateau à Matoto) ou des quartiers éloignés mais installés au bord d'un axe routier majeur (Km36), le coût de transport est relativement similaire (entre 4 000 et 5 500 FGN / personne / trajet).

Depuis un quartier central tel que Dabondi Ecole, les **coûts des différents tronçons utilisés en taxi** influent sur le prix final, quelque soit la distance parcourue. Le prix est le même (3 000 FGN par / personne / trajet) que l'on se rende au CMC Ratoma, CMC Matam, CS Gbessia ou CSC St Gabriel.

Pour se rendre au CMC Matam, on constate de nouveau le même effet de l'enclavement. Depuis Gbessia (Matoto) ou Hermacono (Matam), le prix est de 1 500 FGN. Pourtant, bien que plus proche, le quartier de Hermacono est légèrement enclavé et situé à flanc de colline du côté opposé de l'autoroute, alors que Gbessia est situé directement sur la route Niger qui relie le CMC Matam. Il est donc plus facile de se rendre au CMC Matam depuis Gbessia dans la commune de Matoto que depuis Hermacono dans la commune de Matam.

L'accès physique et les coûts liés de recours aux structures de santé impliquent aussi les frais imputés aux accompagnants ainsi que les coûts supplémentaires liés à la difficulté de transporter un patient selon son état. En effet, accéder à une structure de santé en cas **d'urgence ou de nuit** est très complexe à Conakry. « Faire déplacer un taxi », à savoir utiliser le véhicule entier à une fin personnelle, multiplie le montant de la course initiale par 10. Le prix augmente aussi significativement la nuit. Dans certains quartiers, où les routes ne sont pas carrossables, certains taxis refusent tout simplement de s'y rendre. Depuis les quartiers de Dabompa (Matoto) ou Sonfonia (Ratoma), on peut compter entre 100 000 et 200 000 FGN pour une course de nuit en urgence pour se rendre au CHU de Donka.

Les **ménages locataires** sont aussi plus sensibles aux chocs que les ménages propriétaires de leur logement.

La carte des montants des loyers selon les sites d'étude montre que le prix des loyers :

- dépend du niveau d'infrastructures présentes (accès à l'eau et l'électricité, assainissement, écoles...) et de l'enclavement du quartier (route) ;
- n'est pas proportionnel à l'éloignement du centre ville ;
- dépend dans les quartiers anciens des arrangements entre propriétaires et locataires (Dar Es Salam à Ratoma, Hermacono à Matam)

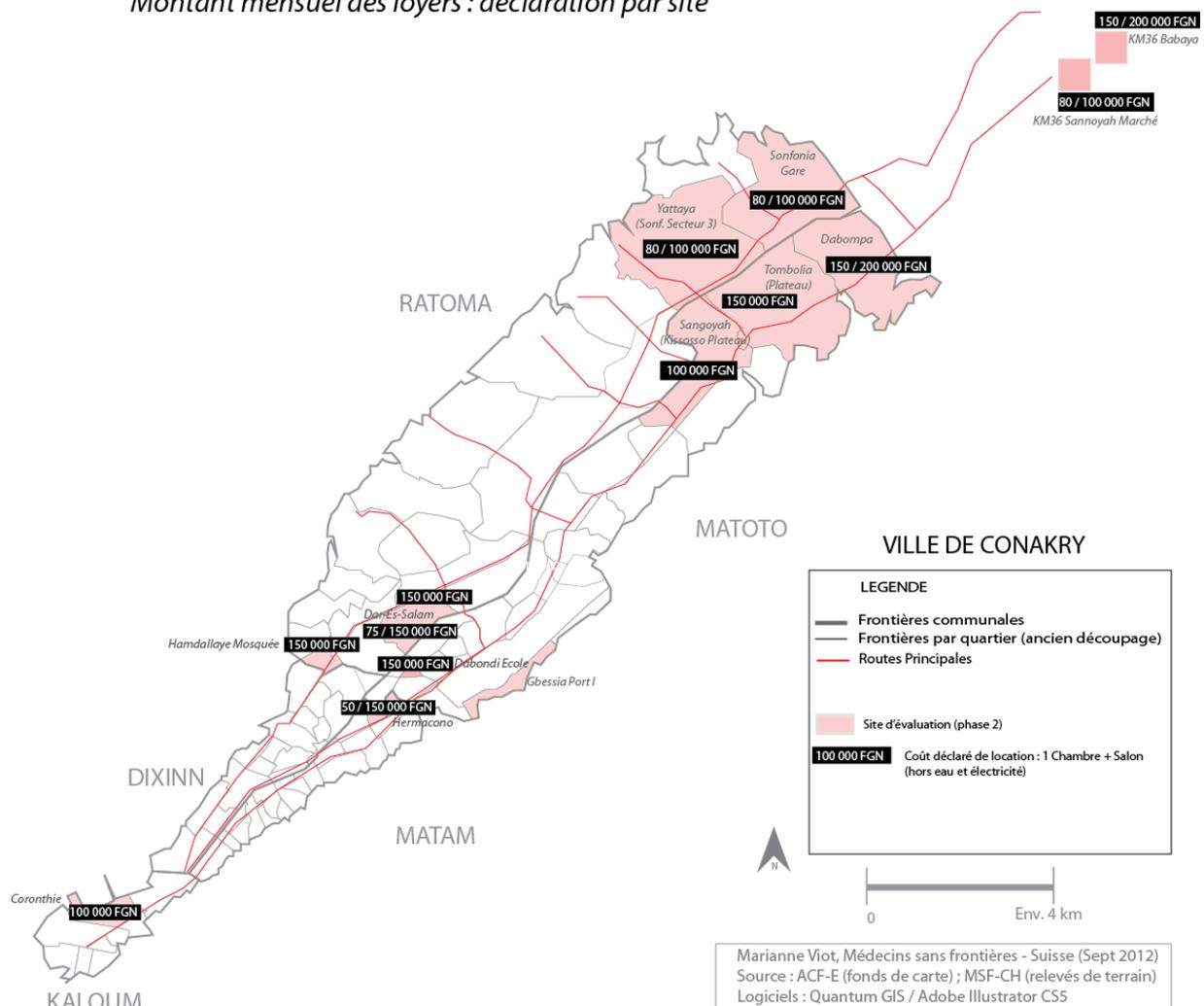
De plus, concernant les ménages locataires, on constate :

- des difficultés à réaliser d'autres dépenses au moment de payer le loyer (conséquences sur l'accès aux soins) ;
- des loyers sujets à de constantes variations (augmentations souvent liées aux flambées des prix des aliments et du transport, sans que les revenus du ménage augmentent).

Ces facteurs engendrent un choc économique, des difficultés accrues pour se nourrir, et la réduction d'autres dépenses telles que la santé.

# Accessibilité financière aux services de santé privés et publics

Montant mensuel des loyers : déclaration par site

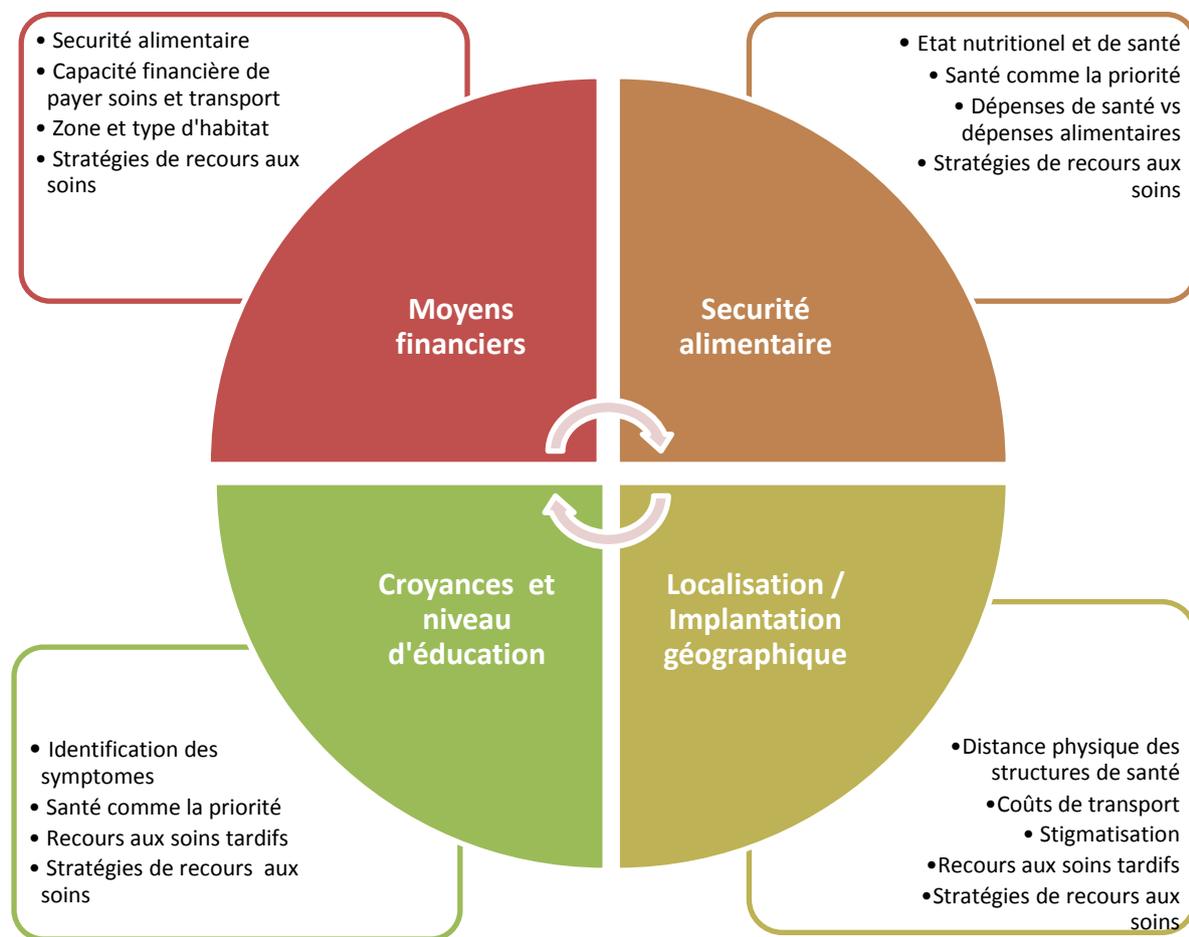


Au final, concernant la **capacité financière**, on constate que les coûts jouent un rôle essentiel pour accéder aux soins. Pourtant **le paiement des soins n'est pas un acte rédhibitoire** pour les habitants de Conakry. Le système de recouvrement des coûts est par ailleurs le seul connu. C'est la disponibilité de sommes conséquentes et le manque de transparence dans la tarification qui constituent une réelle barrière. Hors urgence, les coûts de transport (collectif) ne constituent pas un frein majeur car le montant est connu et la dépense peut être anticipée afin de choisir dans quelle structure se rendre. C'est la fluctuation et l'opacité du coût réel des soins et des médicaments qui constituent une réelle barrière, en particulier dans le secteur public censé avoir des tarifs connus et plafonnés. Les patients savent que la PEC ou le traitement ne sera pas complet s'ils ne peuvent s'acquitter de tous les frais formels et surtout informels. Ces derniers sont impossibles à anticiper : le nombre de personnels soignants impliqués dans le traitement est variable et chacun veut obtenir sa part du gâteau, au détriment du patient.

**L'insécurité alimentaire**, particulièrement si elle est sévère présente également une barrière d'accès aux soins<sup>12</sup>. Pendant les périodes difficiles (ex. la soudure), des **stratégies se mettent en place au sein des ménages**. « *Nous n'avons pas d'argent pour nous soigner. Si j'ai 10 000 FGN, que je suis malade ou que mon enfant est malade, on choisit d'acheter de la nourriture, pas de payer les soins.* » (Participante à un FGD, Hamdallaye Mosquée)

D'un point de vue général et tel que présenté dans le graphique ci-dessous, l'accès aux soins est donc principalement déterminé par la capacité financière, mais aussi par la sécurité alimentaire et la localisation géographique des patients en fonction de celle des structures de santé. Enfin, les croyances et le niveau d'éducation contribuent dans certains cas à des recours tardifs aux soins.

Interrelations des barrières d'accès aux soins dans le contexte de Conakry :



Afin de mieux comprendre les barrières d'accès aux soins dans leur ensemble, recours aux soins et itinéraires thérapeutiques sont détaillés dans la partie suivante.

<sup>12</sup> Cette thématique est traitée en détails dans la partie 332.

### 3.4.7 Recours aux soins et itinéraires thérapeutiques

La plupart des personnes rencontrées expliquent **commencer leur parcours de soins avec l'automédication**. Elles achètent les comprimés au marché ou aux vendeurs de rue. Dans ce cas précis, une ordonnance n'est pas nécessaire et les médicaments sont moins chers qu'en pharmacie.

A Conakry, les habitants font une différence très claire entre :

- les pharmacies ou points de vente des structures de santé ;
- les pharmacies de ville ;
- les pharmacies « par terre » ou l'achat de médicaments au marché

L'**ordonnance** joue un rôle très important dans le parcours de soins d'un patient. L'ordonnance apparaît comme un gage de qualité et de sérieux, bien que la plupart des patients sache que les ordonnances sont surchargées. Le coût de la consultation n'est pas la dépense la plus importante dans un parcours de soins, c'est le prix d'achat des médicaments qui empêche ou retarde le traitement. Bien que les Conakrykas comptent sur les ordonnances pour pouvoir acheter les traitements nécessaires, nombreux recourent directement à l'automédication en premier lieu. En effet, les habitants anticipent les barrières financières auxquelles ils seront confrontés une fois leur ordonnance en main et recourent directement au marché ou à la pharmacie pour tenter de traiter de nombreuses pathologies : des maux de tête, au paludisme en passant par les diarrhées.

**Types d'automédication.** L'automédication revêt plusieurs formes. Il peut s'agir :

- de l'achat de médicaments en pharmacie / au marché sur la base d'une précédente ordonnance ou de sa connaissance des médicaments ;
- de l'achat de médicaments en pharmacie / au marché après avoir présenté ses symptômes au pharmacien ou au vendeur ;
- de l'utilisation de médicaments restants au domicile d'une précédente prescription, qu'il s'agisse du même malade ou non ;
- de l'utilisation de plantes ou traitements dits traditionnels.

*« Si on tombe malade et qu'on manque de moyens pour se faire soigner, on va directement à la pharmacie »* (Participante à un FGD, Hamdallaye Mosquée, Ratoma)

Même si pour certains l'automédication est un phénomène lié à la pauvreté et l'ignorance, la quasi totalité des participants des FGD affirme acheter des médicaments ou des produits traditionnels avant d'aller dans une structure de santé. Même les personnes éduquées avec un revenu régulier avouent d'acheter les médicaments au bord de la route ou demander les injections en cas d'épisode de maladie jugé plus grave.

*« J'ai une sœur qui est infirmière. La dernière fois quand j'ai eu le palu (frissons, maux de tête) je l'ai appelée pour qu'elle me donne de la Quinine. J'ai fait trois jours d'injection. Après ça allait mieux. Ça va toujours bien avec l'automédication »* (Participante à un FGD, staff MSF).

**Les risques** de l'automédication sont liés au diagnostic dans un premier temps. Ensuite, ces risques incluent la qualité des médicaments : 70 à 80% seraient falsifiés en Guinée<sup>13</sup>. Les médicaments

<sup>13</sup> Entretien avec M. Mehdi Salim, Attaché de Coopération universitaire - Directeur adjoint de l'Institut français de Guinée. Ambassade de France en Guinée. 16 août 2012.

vendus sur le marché, si mêmes ne sont pas falsifiés sont mal conservées, voire périmés. On compte ensuite la posologie et la quantité prise dans les risques d'échec ou d'aggravation de traitements automédiqués.

« *Quand on tombe malade, on paie des médicaments avec de l'argent qu'on a gagné au marché* » (Participante à un FGD Kissosso Plateau, Matoto)

« *La pharmacie par terre, c'est la pharmacie pour les pauvres* » (Personne ressource, Sonfonia Tanene, Ratoma)

« *On n'achète pas les médicaments au marché. La qualité n'est pas bonne. Ces médicaments sont moins chers, mais ils ne sont pas efficaces. Parfois, ils sont même périmés.* » (Participante aisée à un FGD, Sonfonia Tanene, Ratoma)

**Quand l'automédication n'est pas suffisante, les gens vont dans les structures de santé publiques ou chez les tradipraticiens.**

« *C'est d'abord l'automédication. La plupart des gens achètent des médicaments au marché. Beaucoup se tournent vers la médecine traditionnelle : certains faute de moyens, d'autres par croyance.* » (Participante à un FGD Dabompa, Matoto)

« *Ma fille était hospitalisée pendant trois (3) jours au poste de santé de KM36. J'ai payé 150 000 FGN, elle n'était pas guérie. Ensuite, j'ai commencé la médecine traditionnelle et ça a bien marché* » (Participante à un FGD, Sannoyah, KM36)

**Les pratiques traditionnelles** sont très répandues à Conakry, sans différence significative observée entre les communes/quartiers visités. En ville, les pratiques traditionnelles sont liées aux transmissions des personnes les plus âgées des ménages ou à l'achat de plantes traditionnelles au marché. Certains utilisent les produits indigènes/traditionnels pour toutes les pathologies, soit par faute de moyens ou par croyance. D'autres utilisent la médecine traditionnelle pour les pathologies spécifiques telles que les maladies de peaux, hémorroïdes externes, épilepsie ou hypertension artérielle, car « *le traitement moderne ne donne pas des résultats satisfaisants* ». Étonnamment les recours traditionnels ne sont pas forcément les recours premiers et peuvent apparaître pendant le parcours thérapeutique après l'échec d'un premier recours à un traitement allopathique.

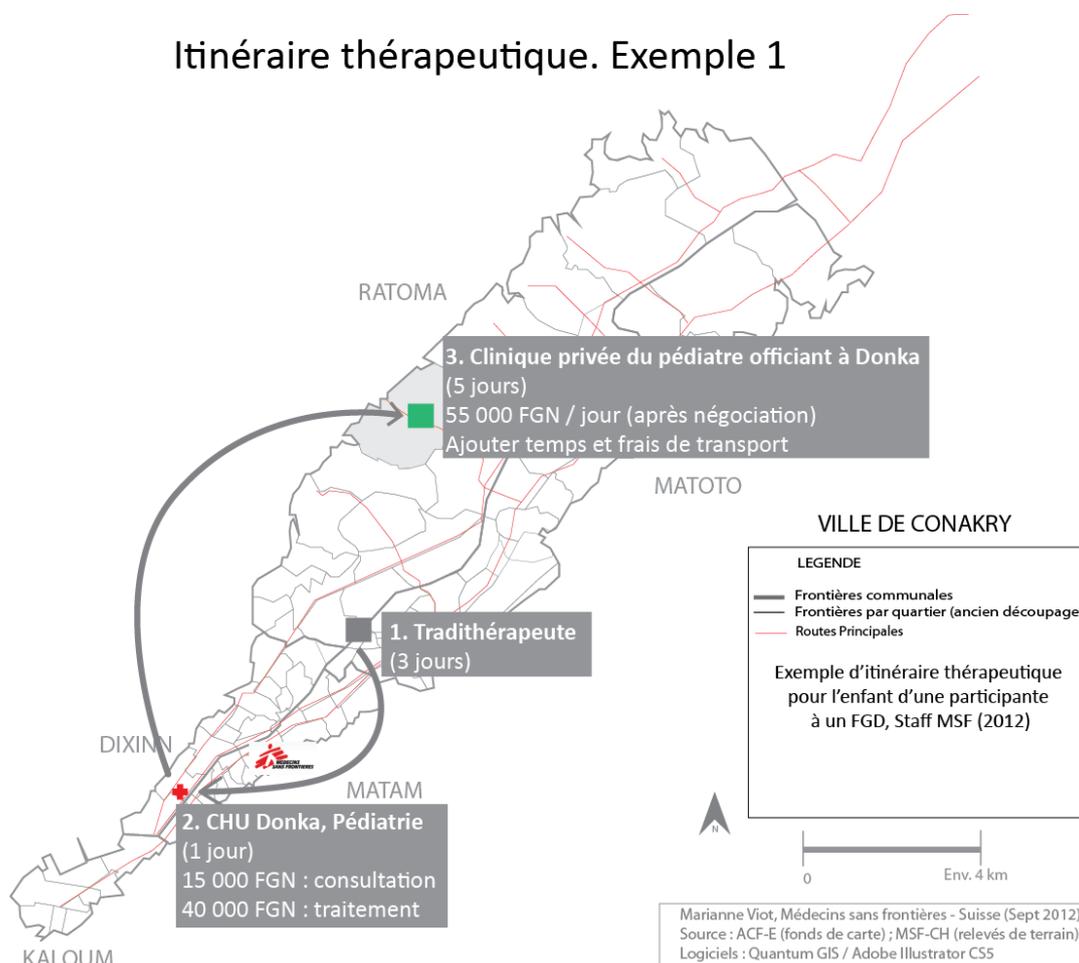
« *Les gens achètent aussi les plantes soit seuls soit ils se laissent conseiller par les vieilles dames qui vendent les plantes sur le marché. Pour certaines maladies telles les hémorroïdes, la médecine occidentale ne marche pas.* » (Participant à un FGD, Staff MSF)

**La décision de recourir** à une structure de santé dépend des signes de gravité identifiés, des moyens financiers et de la disponibilité / capacité des membres du ménage de transporter le malade.

« *Tu restes à la maison, tu attends, tu te rends au CS quand tu vomis et que tu as la diarrhée.* » (Participante à un FGD, Sonfonia Tanene, Ratoma)

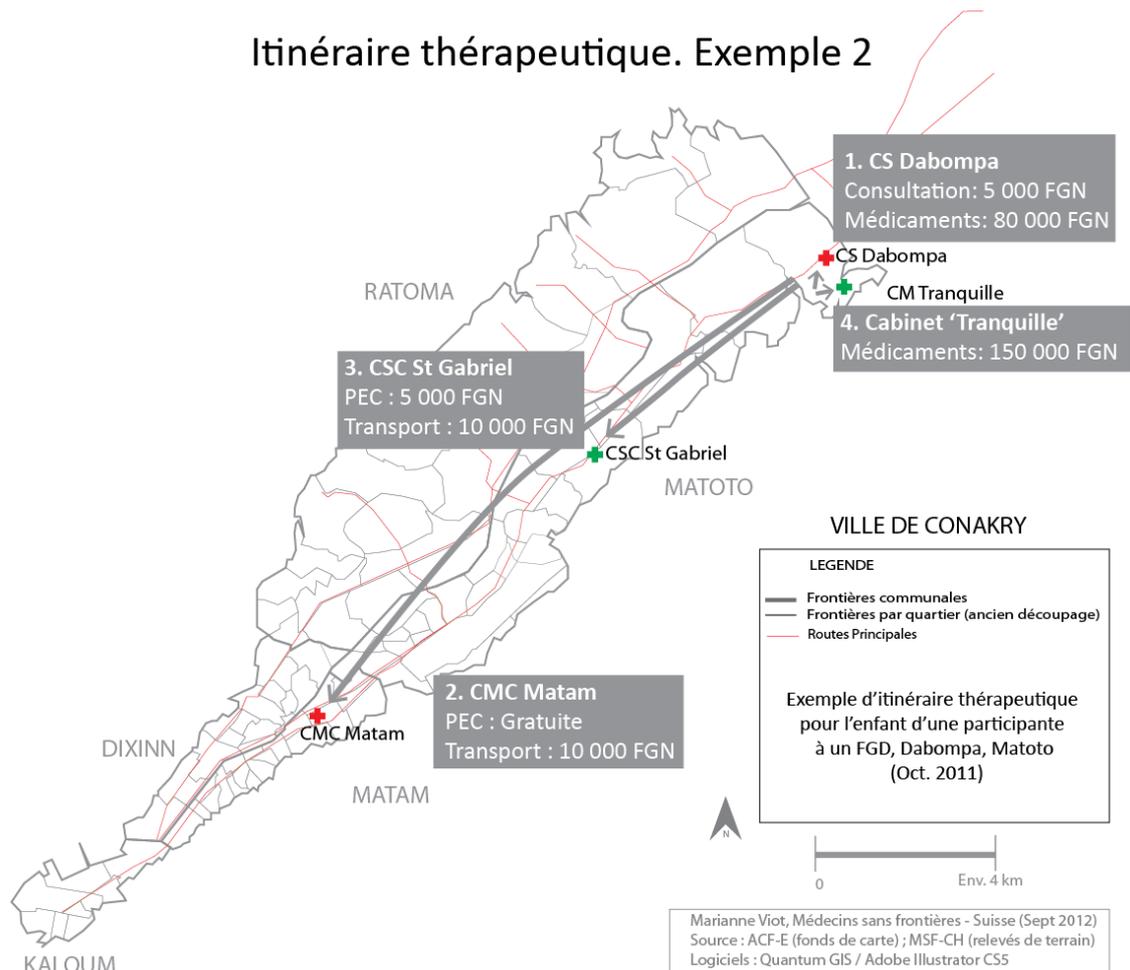
## Itinéraires thérapeutiques

### Itinéraire thérapeutique. Exemple 1



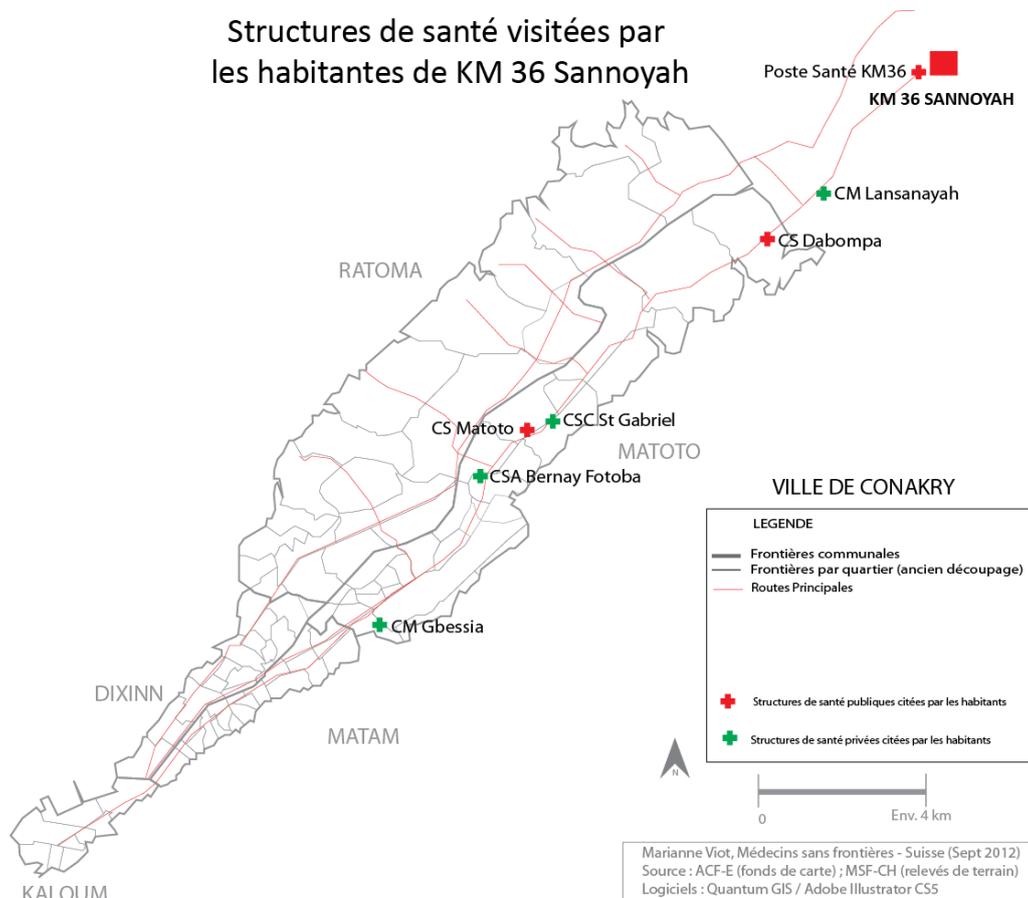
**Etude de cas # 1.** « Quand ma fille avait un (1) an, elle est subitement tombée malade. J'ai paniqué. Elle avait une forte fièvre et elle toussait. Je pensais que c'était lié à ses dents. Je l'ai emmenée chez les **tradipraticiens**. Après trois (3) jours, elle n'allait pas mieux. On m'a conseillé de voir un pédiatre à **Donka**. Après une longue attente, il m'a donné un traitement de choc (perfusion + Ceftriaxone) car il disait que c'était une infection sévère. J'ai payé 15 000 FGN pour la consultation et 40 000 GNF pour le traitement. Ensuite, le pédiatre m'a donné RDV dans son **cabinet privé** à Nongo dans la commune de Ratoma pour continuer le traitement pendant cinq (5) jours. Après cela, la condition de ma fille s'est améliorée. A la clinique, ils voulaient que je paie 75 000 GNF pour le même traitement, mais j'ai négocié de payer le même montant qu'à l'hôpital. »  
(Participante à un FGD, Staff MSF)

## Itinéraire thérapeutique. Exemple 2



**Etude de cas # 2.** « Mon enfant avait une bronchite. Il était alors âgé de trois (3) mois, il est décédé. Cela s'est passé en octobre 2011. En premier, je suis allée au **CS Dabompa** où j'ai payé la consultation 5 000 FGN et acheté les médicaments prescrits pour 80 000 FGN. Ensuite, je suis allée au **CMC Matam**. C'est gratuit, je n'ai payé que le transport pour 10 000 FGN. La santé de l'enfant ne s'améliorait pas alors je suis allée au **CSC St Gabriel** où j'ai payé 5 000 FGN de consultation et de médicaments ainsi que 10 000 FGN de transport. Enfin, je me suis rendue chez le praticien **privé 'Tranquille'** où j'ai encore payé 150 000 FGN de médicaments. Mon enfant est finalement décédé. »  
(Participante à un FGD Dabompa, Matoto)

## Les stratégies de recours aux soins des participantes de KM 36 (Sannoyah)



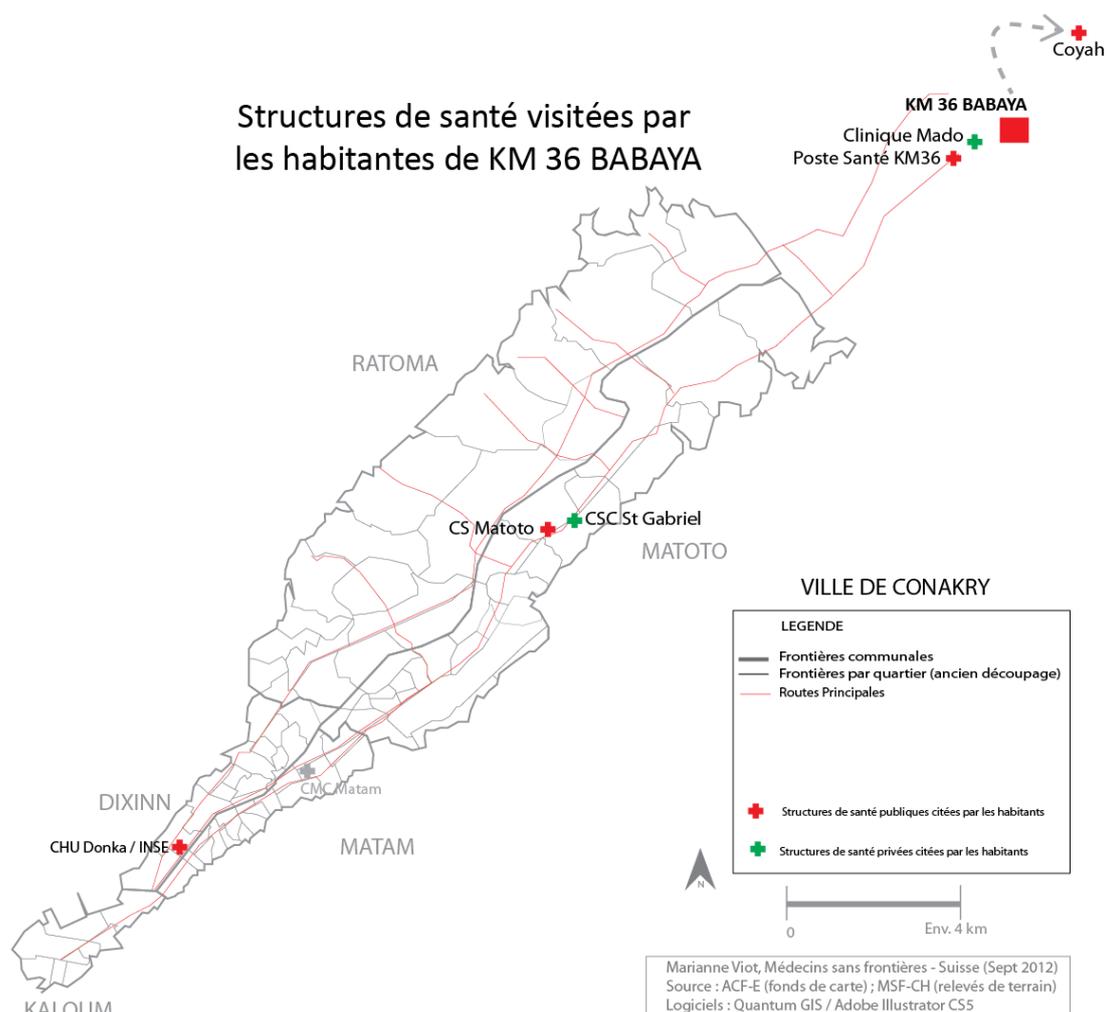
« On aime recourir aux structures de santé. La nuit on calme les douleurs en pratiquant de l'automédication, le jour on va chercher une structure »

« Nous allons :

- au **CS Matoto** pour le suivi des grossesses ;
- au **CSC St Gabriel** pour les adultes et les enfants. Les coûts sont avantageux, il ne reste que le transport à payer (A/R = Taxi collectif : 7 000 FGN; Mini bus : 4 000 FGN) ;
- au **Poste de santé KM 36** pour les accouchements ;
- au **CSA Bernay Fotoba** à Mototo Tannerie ;
- chez des praticiens privés à **Lansanaya** (sur la route entre Matoto Centre et KM36, dans une clinique à **Gbessia**, etc ...

Nous manquons d'argent pour nous rendre dans les grands hôpitaux (Donka et Ignace Deen). Cela coûte cher autour de KM36. Le CSC St Gabriel est la meilleure structure, même si on quitte à 5h du matin pour y arriver vers 6h30 ou 7h. Si tu ne peux pas obtenir un ticket, tu dois attendre jusqu'au lendemain. Il y a parfois 300 personnes par jour alors que le nombre admis est limité ».

## Les stratégies de recours aux soins des participantes de KM 36 (Babaya)



« C'est l'automédication en premier. Nous achetons du paracétamol ou du 'Woj Woj' quand on a mal partout.

Nous nous rendons :

- au **Poste de santé de KM36** ;
- chez les **privés**, mais ils coûtent cher ;
- à la **clinique privée Madeleine** (dans notre zone) ;
- Au **CSC Saint Gabriel**. Beaucoup de gens y vont, car c'est moins cher même si tu dois payer le transport.

On connaît le CMC Matam, mais on n'y va pas, parce que c'est très cher.

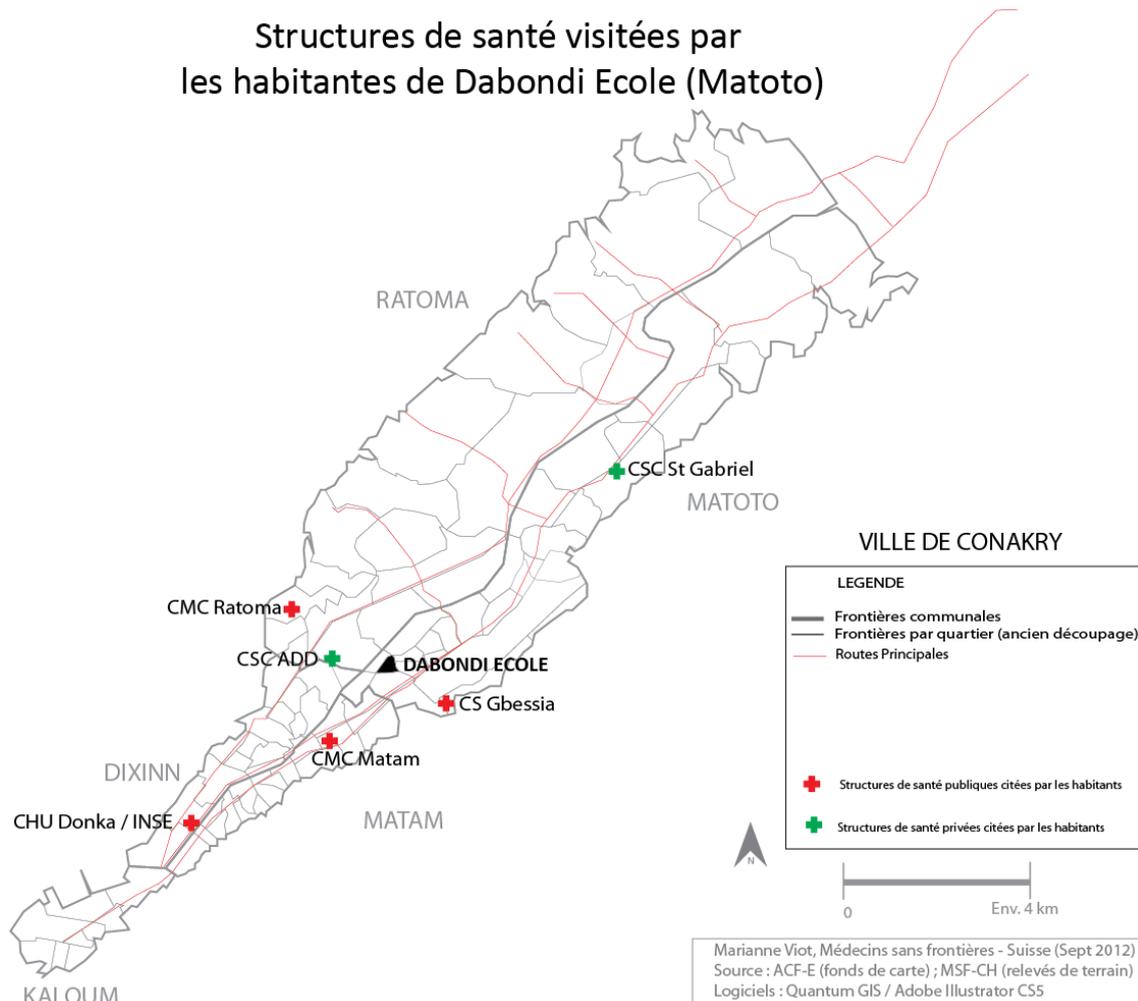
Pour les maladies graves, nous nous rendons :

- à **Coyah** ;
- directement à **Donka** pour quelques cas.

Entre le CMC Matam, le CSC St Gabriel et la clinique privée Mado à Km36, le choix dépend des moyens financiers au moment de l'épisode de maladie. Une préférence va néanmoins au CSC St Gabriel. »

## Les stratégies de recours aux soins des participantes de Dabondi Ecole, Matoto

### Structures de santé visitées par les habitantes de Dabondi Ecole (Matoto)



« Nous nous rendons :

- au **CMC Matam** ou à **Donka** pour les accouchements ;
- au **CS Gbessia Port I** ou au **CSC ADD** pour les soins des enfants ;
- au **CMC Ratoma** et au **CSC St Gabriel** pour adultes et enfants

→ A **Concasseur (CSC ADD)**, la réception est bonne. On ne paie pas plus de 100 000 FGN par épisode. On ne nous donne pas vraiment des comprimés mais plutôt des sirops qui coûtent plus cher. Les sirops sont bons pour les enfants, ça les soigne.

→ Au **CS Gbessia Port I**, l'accueil est bon, les médicaments sont efficaces et abordables.

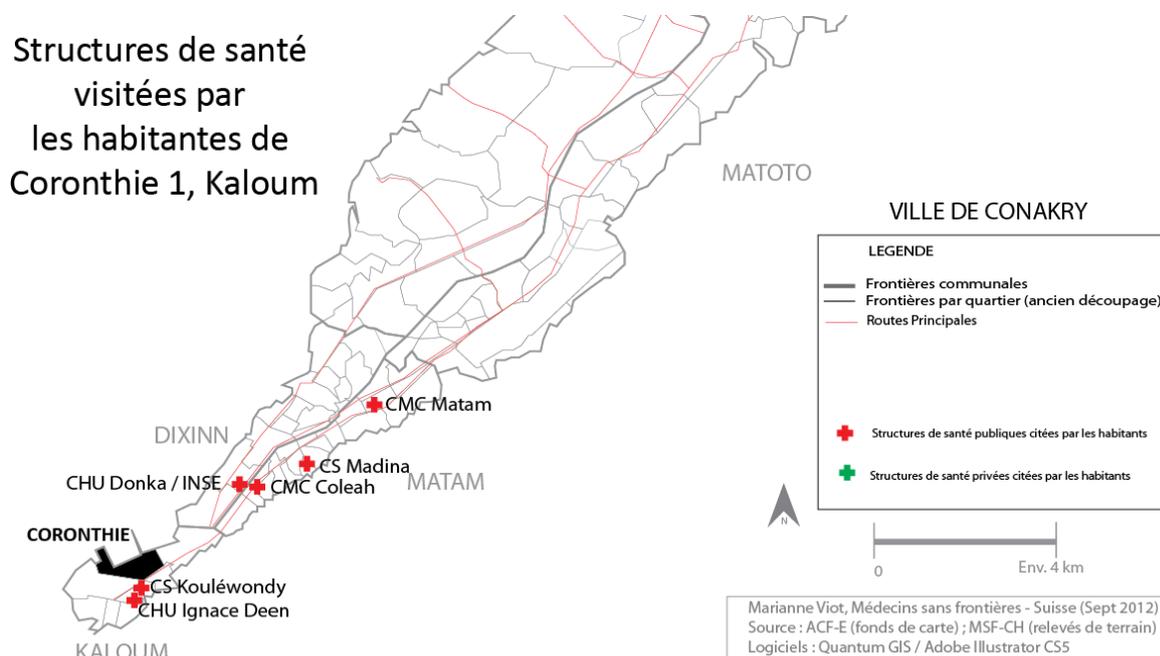
→ A **Donka**, si tu n'as pas d'argent on te laisse et tu peux mourir.

→ Au **CMC Matam**, tu dépenses beaucoup, mais on s'occupe bien de toi. C'est très cher d'aller au CMC Matam, alors que ce n'est pas trop cher d'aller au CS Gbessia.

→ Au **CMC Ratoma**, l'accueil est bon et ce n'est pas trop cher (compter aussi 6 000 FGN A/R en taxi)

→ Le **CSC St Gabriel** est bon aussi. Il faut payer un ticket (=forfait). Le problème est d'être à l'heure le matin. Il est nécessaire d'avoir le numéro (= file d'attente). Aussi, les médicaments sont moins chers. On ne paie généralement pas plus de 5 000 ou 10 000 FGN (selon adultes et enfants), et ce n'est pas cher. Il faut payer 6 000 FGN A/R pour le transport. »

## Les stratégies de recours aux soins des participantes de Coronthie 1, Kaloum



« Nous allons :

- au **CHU Ignace Deen** pour la pédiatrie. La consultation et l'achat du carnet coûtent 15 000 FGN. Avec l'achat de perfusions, pansements ou autres, on atteint facilement les 100 000 FGN pour un épisode de maladie. Nous apprécions le traitement, mais regrettons les coûts élevés ;
- au **CS Madina** et aux **CMC Matam** et **Coleah**. C'est gratuit, mais l'attente est longue. Il n'y a pas assez de médicaments ;
- Au **CS Kouléwondy**. Tout se passe bien quand on peut payer.

On paie même la vaccination à l'hôpital public. Moi, je reviens du CS Kouléwondy. Je viens d'y faire vacciner mon enfant : deux (2) injections à neuf (9) mois (fièvre jaune et rougeole) pour 5000 FGN. Je peux même vous montrer le carnet de vaccination.

Nous n'allons pas dans les structures privées. Elles sont davantage présentes vers Boulbinet qu'autour de Coronthie. En plus, les prix sont trop élevés : 20 000 ou 30 000 FGN pour une consultation.

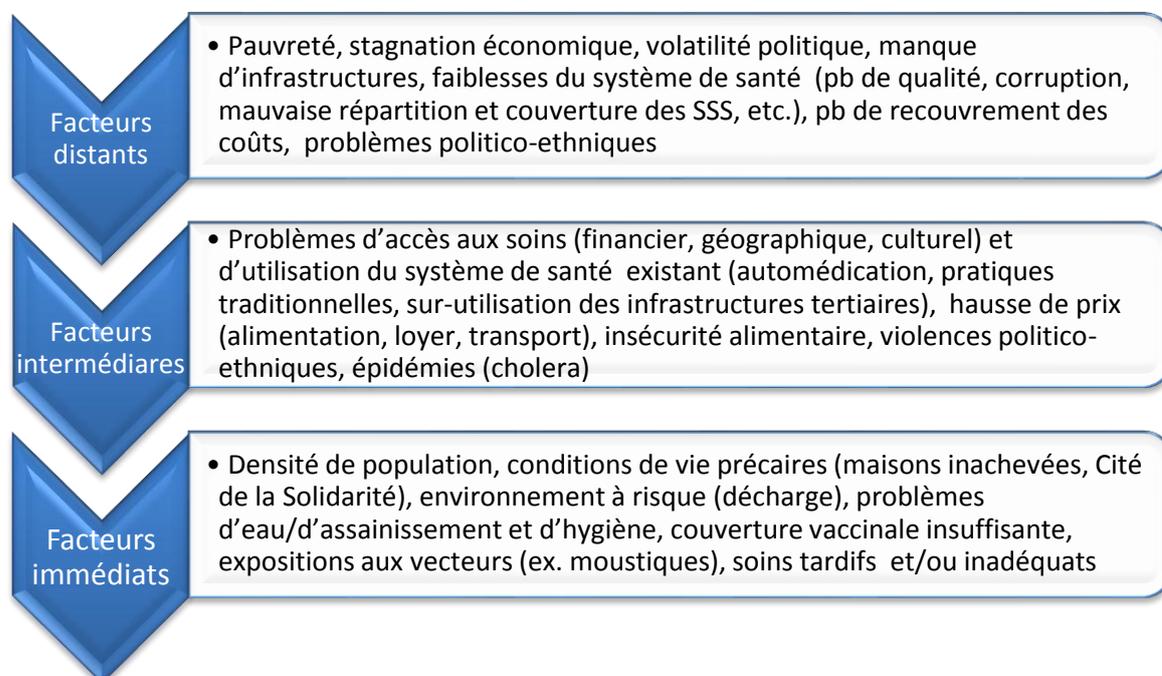
Nous pratiquons aussi l'automédication en achetant les médicaments au marché ; au marché Niger en particulier. Les pharmacies sont trop chères. »

### 3.5 Vulnérabilités urbaines dans la ville de Conakry

La **vulnérabilité** est un concept dynamique complexe à définir. Dans le contexte urbain de Conakry, il nous aide à comprendre le niveau de risques (sanitaire, économique, politique ou sécuritaire) auquel une personne ou un groupe est confronté. Cela inclut la capacité (facteurs protecteurs) de prévoir, de faire face et de se remettre de chocs extérieurs variés, qu'ils soient naturels ou anthropiques. La notion de **capacité d'adaptation** est étroitement liée au concept de vulnérabilité. Elle définit les ressources développées par les individus, les ménages et la communauté pour résister à l'impact d'une crise ou d'un choc, incluant les **stratégies d'adaptation** (MSF 2012a).

Dans le cadre de ce rapport, nous traitons principalement des risques et vulnérabilités liés à la santé. Le graphique ci-dessous décrit les facteurs de risques contribuant à une morbidité et mortalité élevées dans le contexte de Conakry. Suivent deux (2) tableaux présentant les groupes ainsi que les sites vulnérables identifiés lors de cette évaluation. La vulnérabilité est exprimée comme un produit des différents risques identifiés et de la capacité d'adaptation. Il est à noter, qu'en raison de l'utilisation de méthodes qualitatives, les résultats ne sont pas généralisables en dehors des sites évalués. Les évaluateurs n'excluent pas l'existence d'autres sites et/ou groupes vulnérables dans la ville de Conakry. Par ailleurs, la vulnérabilité est un concept qui peut évoluer rapidement dans le temps, ceci est à considérer dans la lecture des résultats.

#### Facteurs de risques de morbidité et de mortalité élevés dans le contexte de Conakry:



### La vulnérabilité (groupes vulnérables) comme un produit des facteurs des risques et de la capacité d'adaptation

Groupes vulnérables	Localisation géographique	Facteurs de risque/conséquences sur la santé	Capacité d'adaptation
Familles ayant une <b>femme chef de famille</b> (veuve, abandonnée, célibataire)	Tous les sites, en particulier Km36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insécurité alimentaire</li> <li>- Problèmes d'accès aux soins/recours tardif aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associations féminines : AGR</li> <li>- Changement de régime alimentaire, réduction de certaines dépenses (santé, éducation)</li> <li>- Soutien de la famille élargie, endettement</li> </ul>
<b>Femmes enceintes</b>	Tous les sites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPN inefficace (ident. des femmes à risque)</li> <li>- Problème d'accès aux services d'obstétrique d'urgence de qualité</li> <li>- Mortalité maternelle élevée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Césariennes et accouchements gratuits*</li> <li>- Support de MSF au CMC de Matam</li> <li>- Soins forfaitaires au CSC de Saint Gabriel</li> <li>- Clinique Mère-enfant de Kaloum (à partir d'avril 2013)</li> </ul>
<b>Enfants de moins de 5 ans</b>	Tous les sites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morbidité élevée (paludisme, IRA)</li> <li>- Faible couverture vaccinale</li> <li>- Malnutrition aigue (les enfants de 10-11 mois plus à risque)</li> <li>- Mortalité infantile et juvénile élevée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins gratuits pour les moins de 5 ans par MSF au CMC de Matam</li> <li>- Soins forfaitaires au CSC de Saint Gabriel</li> <li>- PEV gratuit *</li> <li>- PEC gratuite de la malnutrition (MSF, TdH, ACF)</li> </ul>
<b>Personnes handicapées et leurs familles</b>	Cité de la Solidarité, Grande Mosquée, Carrefour de Bambeto, Kaloum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conditions de vie précaires (1/3 sans abris)</li> <li>- Incapacité payer les soins, les urgences en particulier</li> <li>- Problèmes de déplacement (coût+handicap)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendicité</li> <li>- Logement, eau et électricité gratuits à la Cité</li> <li>- Solidarité des habitants de la ville</li> <li>- Soins de santé à coût réduit à l'hôpital JP II*</li> </ul>
<b>Personnes souffrant de maladies chroniques</b> (non transmissibles)	Tous les sites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA et diabète en hausse</li> <li>- PEC centralisée au niveau tertiaire</li> <li>- Médicaments trop onéreux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recours à la médecine traditionnelle</li> <li>- Planification dans la nouvelle politique de santé de PEC décentralisées et de soins gratuits*</li> </ul>
<b>Locataires</b>	Tous les sites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausse constantes des prix des loyers</li> <li>- Problèmes pour payer nourriture et soins quand il faut payer le loyer</li> </ul> <p>⇒ Délogement + insécurité alimentaire + problème d'accès aux soins</p>	<p>En cas de délogement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trois (3) mois de préavis par le propriétaire, soutien de la famille élargie, solidarité des voisins du quartier, déménagement vers des quartiers moins chers (en périphérie ou non) ou retour à la campagne</li> </ul>
<b>Habitants de maisons inachevés</b>	Sonfonia, km36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conditions de vie précaires (pb d'accès : eau, latrines, électricité)</li> <li>- Instabilité – expulsion en cas de reprise du logement par le propriétaire</li> <li>- Eloignement des structures de santé publiques/problème d'accès aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loyer gratuit ou moins onéreux</li> <li>- 3 mois de préavis et obtention d'une petite somme d'argent quand le propriétaire veut récupérer la maison</li> </ul>

\*Ces capacités sont souvent seulement théoriques

**La vulnérabilité (sites vulnérables) comme un produit des facteurs des risques et de la capacité d'adaptation**

Sites vulnérables	Localisation géographique	Facteurs de risque/conséquence sur la santé	Capacité d'adaptation
<b>Quartiers enclavés</b>	Quartiers populaires du centre ville : Dar-es-Salam (Ratoma), Hermakono (Matam), Tombolia et Kissoso Plateau (Matoto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'infrastructures (routes goudronnées, centres de sante et écoles publiques)</li> <li>- Peu d'activité économique</li> <li>- Transport onéreux et peu disponible</li> <li>- Problèmes d'accès aux soins et recours tardifs aux soins (urgences)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de soins dans les structures de proximité (privé)</li> <li>- Automédication/médecine traditionnelle</li> <li>- Déplacement au CSC de Saint Gabriel pour SSP</li> </ul>
<b>Localités avec problèmes de violence</b>	Dar-es-Salam Km36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes politico-ethniques</li> <li>- Banditisme</li> <li>- Délinquance, alcool, drogue (chanvre indien)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Police</li> <li>- Jeunes qui s'occupent de la sécurité</li> <li>- Chefs de secteur</li> </ul>
<b>Proximité de la décharge de Concasseur</b>	Dar-es-Salam II Hamdallaye	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Odeurs et fumée lors de l'incinération des déchets qui influence des activités quotidiennes des habitants</li> <li>- Multiplication des moustiques, rats et souris</li> </ul> <p>⇒ Morbidité élevée : IRA (toux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestations de jeunes</li> </ul>
<b>Quartiers/secteurs des collines</b>	Dabondy école, Tombolia et Kissoso plateaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes d'approvisionnement en eau (surtout en saison sèche)</li> <li>- Problèmes de construction de latrine</li> </ul> <p>⇒ Problèmes de maladies diarrhéiques, choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme d'assainissement d'ACF (cash for work)</li> <li>- Distribution de savon et sur-eau en cas d'épidémie de choléra (ACF, MSF)</li> </ul>
<b>Quartiers/secteurs des bas de collines</b>	Hermakono (Matam), Hamdallaye Mosquée (Ratoma)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte densité de population</li> <li>- Déjections venant des quartiers de colline</li> <li>- Problème d'assainissement</li> <li>- Inondations</li> </ul> <p>⇒ Problème de maladies diarrhéiques, choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribution de savon et Sur-Eau en cas d'épidémie de choléra (ACF, MSF)</li> </ul>
<b>Espace entre Cimenterie et Coyah</b>	Km36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vide administratif</li> <li>- Sentiment de négligence</li> <li>- Manque d'infrastructures</li> <li>- Eloignement des structures de sante publiques</li> </ul> <p>⇒ Problème d'accès aux soins et recours tardifs aux soins (urgences)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de soins dans les structures de proximité (privé)</li> <li>- Automédication/médecine traditionnelle</li> <li>- Déplacement au CSC de Saint Gabriel pour SSP</li> </ul>

## 4. Conclusions / Discussion

**L'évaluation des vulnérabilités urbaines est un processus complexe nécessitant temps et expertise multidisciplinaire.** L'expérience de cette évaluation le prouve.

D'un point de vue méthodologique, l'utilisation exclusive d'enquêtes quantitatives est un piège à éviter. Ces dernières ne présentent qu'un instantané de la situation actuelle et l'extrapolation des résultats est souvent problématique faute d'un échantillonnage représentatif. De plus, les enquêtes quantitatives seules ne permettent pas de produire des résultats assez fins représentant une situation donnée. L'hétérogénéité et le dynamisme des ensembles urbains doivent être considérés dans leur contexte mouvant. **Ici, l'utilisation d'un ensemble de méthodes qualitatives paraît mieux adaptée** pour produire des résultats satisfaisants. Reste que le temps nécessaire à la réalisation ce type de d'évaluation est souvent sous-estimé. Tel était le cas de cette évaluation. Etablir un chronogramme composé de plusieurs phases est également essentiel. Dans le cadre de ce travail, la première phase a permis de réaliser un mapping des structures de santé et des acteurs humanitaires présents à Conakry, de générer des hypothèses, ainsi que de présélectionner les sites « vulnérables » pour la suite de l'évaluation lors de la phase 2. Dans un contexte aussi hétérogène que celui de Conakry, une sélection des sites plus nombreux aurait permis de mieux saisir la distribution géographique de la vulnérabilité. Passer davantage de temps sur chaque site aurait également permis de brosser un portrait plus précis et d'aborder des sujets plus sensibles. En effet, des sujets tabous tels que la violence sexuelle, la prostitution ou la problématique de VIH/SIDA auraient pu être explorés. Parmi ces méthodes on trouve les entretiens individuels approfondis ou encore les méthodes participatives permettant d'interagir de façon interactive avec les participants. Ces méthodes n'ont pas été employées faute de temps. Les résultats de cette évaluation ne peuvent donc pas être considérés comme statiques, mais plutôt compris comme un point de départ d'une **évaluation prospective et continue.**

**La vulnérabilité est aussi un concept dynamique.** Dans le contexte urbain, les changements sont rapides et peuvent aller dans les deux sens : l'aggravation ou l'amélioration d'une situation donnée. La dépendance à **l'évolution des facteurs** de risque est forte. Il s'agit également de considérer : la présence des **chocs externes** (épidémies, conflits, hausse des prix, etc.), la **capacité** des individus et de la communauté de faire face aux changements et l'évolution des **activités du gouvernement et des supports extérieurs.**

**Dans le contexte de Conakry, la vulnérabilité est principalement liée à la pauvreté** causée par de nombreux problèmes structurels tels que la stagnation économique, l'instabilité politique, le manque d'infrastructures, la déficience du système de santé et le faible niveau d'éducation. Ces **problèmes structurels couplés à des problèmes conjoncturels récurrents** tels que les épidémies de choléra, les violences politico-ethniques, les inondations ou les chocs économiques ont un impact négatif sur la sécurité alimentaire, l'accès aux services de base dont l'accès aux soins, ainsi que sur l'état de santé et la situation nutritionnelle. A ces facteurs de risques indirects de morbidité et de mortalité élevées, s'ajoutent des facteurs directs tels que l'exposition à une eau insalubre, le manque d'hygiène et un assainissement inadéquat qui contribuent à l'incidence élevée des diarrhées.

La **situation humanitaire** à Conakry peut être caractérisée comme **chroniquement précaire** et toutes les raisons de la présence de MSF-CH en Guinée - telles que décrites dans sa stratégie de mission (MSF 2012b)<sup>14</sup> - sont valables dans le contexte de Conakry. Cependant, les besoins sont peu visibles en dehors des crises, car la population vulnérable est largement dispersée dans la ville.

Les **facteurs sanitaires de vulnérabilité** identifiés lors de l'évaluation sont principalement liés à **l'accès aux soins**, les **soins de santé secondaires étant les plus concernés**. Ceci est lié d'un côté à une offre insuffisante dans un contexte de demande croissante, et de l'autre à l'incapacité financière d'une population démunie au budget extrêmement serré de faire face à des dépenses imprévues. En effet, c'est la disponibilité de sommes conséquentes et le manque de transparence dans la tarification qui constituent une réelle barrière. Par ailleurs, la **prise en charge des urgences et des cas graves est particulièrement problématique**. La recherche de soins tardive, le dysfonctionnement du système de référence et l'inefficacité de la PEC en sont les principales causes.

En effet, les actions humanitaires les plus pertinentes dans ce contexte apparaissent être celles qui ne s'adressent pas seulement aux problèmes conjoncturels, mais aussi aux questions structurelles tels que les programmes de sécurité alimentaire et de WATSAN de type cash-for work ou activités génératrices de revenus (AGR). En revanche, ces derniers ne corroborent pas avec la politique opérationnelle de MSF-CH, ni même celle de MSF en général. Ces axes ne sont donc pas traités dans ce document. Les pistes de réflexion pour un éventuel projet à Conakry ayant une valeur ajoutée pour MSF et correspondant à la politique opérationnelle de MSF-CH sont présentées dans le chapitre des recommandations.

**L'intervention humanitaire en ville** demeure relativement récente. Les acteurs internationaux reconnaissent aujourd'hui les challenges que celle-ci comporte. Il s'agit de reconsidérer les paradigmes et les modes opérationnels. Les évaluations et la planification doivent désormais intégrer cette complexité.

L'intervention humanitaire en milieu urbain incite donc à modifier les paradigmes de l'aide d'urgence et les indicateurs traditionnels de suivi, tels la mortalité et la morbidité. Il s'agit de prendre en compte des facteurs de risques multiples et de considérer le dynamisme et la volatilité d'un contexte spécifique. L'utilisation d'indicateurs de suivi alternatifs est souhaitable : l'accès aux soins et à d'autres services de base, ainsi que la sécurité alimentaire semblent les indicateurs appropriés pour le contexte de Conakry. Quant au suivi de la mortalité, une surveillance prospective sur les sites sentinelles pourrait remplacer les enquêtes rétrospectives.

Intervenir en milieu urbain permet également d'anticiper les crises sanitaires (épidémies), naturelles (inondations, tremblements de terre) ou anthropiques (conflits). Bien que l'action humanitaire ne s'inscrive pas dans une démarche anticipative, l'instabilité potentielle et le dynamisme du contexte urbain nécessite une connaissance très fine du milieu afin d'apporter une réponse efficace à une situation d'urgence pouvant être déclenchée par ces crises. Pour MSF, il s'agit alors de considérer l'évaluation continue en milieu urbain comme une base de travail essentielle.

- <sup>14</sup> Epidémies récurrentes, mortalité infantile et maternelle est élevée, les risques de violences liés à la fragilité de la situation politique, défaillance du système de santé, l'incapacité structurelle et financière du ministère de la santé, peu d'autres partenaires de la santé avec une réelle capacité opérationnelle

## 5. Recommandations

**Réaliser des évaluations additionnelles semble essentiel.** Après la fermeture planifiée de son projet de Matam à Conakry, MSF-CH envisage l'ouverture d'un nouveau projet en Guinée. Bien que la présence de MSF en Guinée semble justifiée, le choix d'un nouveau projet devrait être basé sur les résultats croisés de différentes évaluations. Celles-ci devraient également inclure des territoires vulnérables localisés à l'intérieur du pays. Dans ce rapport, nous présentons plusieurs pistes de réflexion pour un éventuel projet pour la ville de Conakry. Ces réflexions s'appuient sur les résultats de cette unique évaluation.

**Explorer de nouveaux modes de collaboration et apporter l'innovation.** Un éventuel projet à Conakry devrait aller au delà d'une simple provision des soins. Il se doit aussi d'être innovant en créant de nouvelles formes de partenariat (privé, public), de prise en charge, d'indicateurs de suivi, d'intégration dans le système de santé public et privé, de communication. Un aspect « pilote » et/ou catalyseur de changements positifs devrait être intégré dans la stratégie opérationnelle.

**Intégrer une phase préparatoire.** La complexité du milieu urbain nécessite non seulement une évaluation approfondie des besoins et des capacités existantes mais aussi une étude préliminaire concernant le mode opératoire, la collaboration et la reprise envisageables, et enfin un mode de tarification les plus adaptés au contexte.

**Pistes de réflexions** pour un éventuel projet à Conakry :

### 1) Appui aux Soins de Santé Primaires (SSP)

#### a) Appui aux SSP dans les quartiers anciens et enclavés de Conakry

Justifications :

- Forte concentration de personnes vulnérables (pauvreté généralisée, chômage, nombreux locataires, etc.)
- Problèmes d'infrastructures → accès limité aux services essentiels (eau, assainissement, éducation, SSP : absence de structures de santé publiques dans certains quartiers)
- Paupérisation de quartiers délaissés par les populations les plus aisées s'installant en périphérie
- Absence de routes goudronnées → faible activité économique, transport collectif peu disponible et onéreux → problème d'accès aux SSS et SST
- Violences politico - ethniques récurrentes (Dar-es-Salam)
- Proximité d'un environnement à risque – décharge de Concasseur (Dar-es Salam, Hamdallaye)

- Conditions de vie précaires (densité de population, gestion inadéquate des eaux usées, faible accès à l'eau, problèmes de latrines) facilitant la propagation des maladies diarrhéiques dont le choléra

#### Population cible :

- Population des quartiers (anciens) enclavés ne disposant pas de centre de santé publique et dont les facteurs de vulnérabilité multiples (ex. Dar-es Salam II, Hamdallaye)

#### Activités et mode opératoire:

- Appui aux structures de santé privées (ex. SESIR à Dar-es-Salam) pour le paquet minimal d'activités (focus sur les causes principales de mortalité – PEC du paludisme, renforcement de la CPN et des accouchements)
- Application d'une tarification forfaitaire - sur la base de l'expérience du CSC de Saint Gabriel
- Lobbying pour la gratuité de la CPN, des accouchements, le PEV et des ACT dans le secteur privé - avec un accompagnement financier du MSHP
- Facilitation des références des cas sévères : transport + appui aux structures secondaires/tertiaires
- Réseau d'ASC : identification des cas sévères, références, promotion de la santé, suivi prospectif de la mortalité et des indicateurs de vulnérabilité (ex. sécurité alimentaire)
- En cas de violences politico-ethniques : évacuation de personnes blessées, PEC des VVS
- Collaboration avec d'autres acteurs travaillant sur les thématiques de l'eau/assainissement et sécurité alimentaire
- Recherche de bailleurs/acteurs pour la reprise du projet
- Implication de la communauté

#### Points forts :

- Ciblage sur la population vulnérable
- Personnel plus motivé dans le secteur privé que dans le secteur public
- Nouvelles modalités de collaboration et d'intégration dans le système de santé
- Suivi prospectif de la mortalité afin de suivre son évolution (? impact du projet)
- Evaluation continue des vulnérabilités permettant de réorienter l'intervention de MSF ou de faire du lobbying en direction d'autres acteurs

#### Points faibles et risques:

- Problèmes de continuité du parcours de soins : référence vers des structures inefficaces (CMC + CHU)
- Faible impact sur la mortalité si les SSS et SST ne sont pas également appuyés
- Risques de mouvements artificiels de patients vers les quartiers enclavés en raison du faible coût des soins
- Risque de débordement de la structure par des patients originaires d'autres quartiers
- Nombre de bénéficiaires limité en comparaison de la population vulnérable de la ville
- Pérennité/continuité du projet questionnable, si la question de la passation n'est pas discutée dès la phase de réflexion

## **b) Appui à l'accès aux SSP pour des groupes vulnérables spécifiques**

### Justifications:

- Une population fortement vulnérable : les conditions de vie sont précaires (1/3 des personnes handicapées identifiées sont sans-abris)
- Handicaps physiques : stigmatisation et marginalisation
- Unique source de revenu : mendicité et donations (Grande mosquée, Kaloum et Bambeto)
- Accès limité aux services essentiels et accès aux SSP théoriquement gratuit (ne semble pas garanti en pratique)

### Population cible :

- Les personnes handicapées et les membres de leur famille (conjoint + enfants) vivant à la Cité de la Solidarité (environ 600 personnes) et que les trois (3) communautés vivant dans la rue (environ 200 personnes).

### Activités et mode opératoire:

- Clinique MSF proposant des SSP à la Cité de la Solidarité (ex. deux fois par semaines) + des cliniques mobiles pour la population de la rue
- Références vers les structures de deuxième et troisième niveau
- Collaboration avec hôpital JP II (pour faire du lobbying et éviter la substitution)
- Lobbying auprès de partenaires (ex. Handicap International) pour une meilleure PEC du handicap physique

### Points forts :

- Ciblage sur une population extrêmement vulnérable

### Points faibles et risques:

- Duplication du système théoriquement existant
- Déresponsabilisation du réseau social – dépendance sur MSF
- Nécessité de collaborer avec deux ministères (santé et affaires sociales)
- Problème de continuité du parcours de soins : référence vers des structures inefficaces (CMC + hôpital)
- Faible impact sur la mortalité si les SSS et SST ne sont pas également appuyés
- Nombre de bénéficiaires limité en comparaison de la population vulnérable de la ville
- Pérennité/continuité du projet questionnable, si la question de la passation n'est pas discutée dès la phase de réflexion

## 2) Décentralisation de la prise en charge (PEC) des maladies chroniques non transmissibles

### Justifications:

- Prévalence des maladies chroniques telles que le diabète ou l'HTA est inconnue, mais est décrite comme étant en hausse
- Une des causes de mortalité principale chez les adultes
- PEC centralisée au niveau tertiaire
- Recours des malades à la médecine traditionnelle faute de moyens financiers pour payer les médicaments à long terme en raison des barrières d'accès physique Les complications (ex. AVC<sup>15</sup>) entraînent des handicaps physiques et psychiques, et contribuent à l'isolement des malades

### Population cible :

- Les malades souffrant de pathologies chroniques (diabète, HTA)

### Activités et mode opératoire:

- Enquête sur la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (ex. diabète, HTA)
- Sélection de 3-4 structures de santé (publiques et privés) selon les critères définis (ex. motivation du personnel, plateau technique, fréquentation du centre, etc.) d'une façon répartie dans la ville<sup>16</sup>
- Définition de la PEC simplifiée en collaboration avec MSHP - replicabilité
- Intégration de la PEC dans les centres de santé sélectionnés
- Réseau d'ASC à développer pour identifier les malades, faire de la promotion de la santé, des références et du suivi prospectif de la mortalité

### Points forts et opportunités :

- Proposition en ligne avec la politique opérationnelle de MSF-OCG
- La nouvelle politique de santé de MSHP en cours d'élaboration envisage la décentralisation de la PEC des certaines maladies chroniques et considère la gratuité des médicaments
- Expérience de la PEC intégrée des maladies chroniques non transmissibles – projet pilote MSF
- Lobbying auprès du MSHP pour l'utilisation des médicaments génériques et pour la gratuité des soins

### Points faibles et risque:

- Débordement des structures de santé et centralisation de la PEC vers les structures MSF
- Définition du paquet de la PEC (type des pathologies, moyens diagnostiques, traitement)
- Manque d'expertise au niveau de MSF (guidelines)
- Coût élevé
- Pérennité/continuité du projet questionnable, si la question de la passation n'est pas discutée dès la phase de réflexion

---

<sup>15</sup> Accident vasculaire cérébral

<sup>16</sup> Pour faciliter l'accès, les structures devraient être situées au bord de grandes axes

### 3) Provision des soins de santé d'urgence (deuxième niveau amélioré)

#### Justifications:

- Gap identifié dans la provision des soins de santé secondaires (SSS) à Conakry<sup>17</sup>
  - o dans le système public : couverture insuffisante, problème de qualité, coût des soins élevé et tarification opaque (coût informel)
  - o débordement des structures de santé publiques de deuxième et de troisième niveau
  - o les prix prohibitifs dans le système privé
- Problème d'accès aux SSS pour la majorité de la population vulnérable de Conakry - barrière financière et géographique
- Problème d'accès accentué pour les urgences : le coût élevé du transport (nécessité de faire déplacer un véhicule + augmentation des tarifs la nuit)
- Aucun acteur externe ne travaille dans le domaine de SSS ou SST ( à part de support limité de CICR en chirurgie)

#### Population cible :

- La population générale de Conakry avec un focus sur la population géographiquement éloignée du centre ancien, sur les enfants de moins de 5 ans et sur les femmes enceintes

#### Mode opératoire:

- Identification d'une structure adéquate, éventuellement une nouvelle construction (Photos)
  - o Une structure de santé achevée, mais non équipée et jamais fonctionnelle a été identifiée à Sonfonia Secteur 3<sup>18</sup>. Son emplacement a mi-chemin entre le Km36 et le centre ancien est stratégique. Le désavantage actuel est la route non goudronnée qui mène à la structure (400 mètres de la route principale)



<sup>17</sup>Plus d'arguments sur le fonctionnement du système de santé de deuxième et troisième niveau se trouvent dans les chapitres : Soins de santé secondaires et Soins de santé tertiaires

<sup>18</sup> Une structure carrée, construite sur deux étages depuis quelques années, 50 pièces, incluant deux salles d'opération, en relativement bon état. Les murs souffrent de moisissure et d'humidité (?? problème de toit). Les initiateurs et propriétaires de la structure ne sont pas encore identifiés. Selon les habitants, il s'agirait d'une structure de santé publique qui n'a pas été équipée faute de moyens. Pourtant ni la DSVCO, ni la DNEHS ne semblent connaître l'existence de cette structure..... à suivre

- Clarification du modèle de collaboration avec le MSHP
  - o statut de l'hôpital - intégration dans le système de santé existant
  - o paquet d'activité – une structure de deuxième niveau amélioré (le paquet d'activité défini pour les CMC est trop limitant)
  - o capacité de lit - 50 à 100 lits repartis dans 3-4 services (pédiatrie, maternité/gynécologie, chirurgie éventuellement la médecine interne)
  - o gestion de la structure : préférablement assurée par MSF. Considérer un partenariat privé ou public dans la mesure où la reprise doit être négociée avant le lancement
  - o rémunération et motivation du personnel – le plus proche possible du système public. La motivation du personnel peut être envisagée par des investissements indirects (ex. la facilitation de la spécialité pour les jeunes médecins)
  - o tarification – une étude ultérieure paraît indispensable pour définir le système de tarification, un système forfaitaire semble plus adapté qu'une gratuité complète
  - o modalité de reprise de la structure : reprise dans 3-5 ans par un organisme privé (ONG internationale ou locale), éventuellement par MSHP

#### Activités :

- Définition des critères d'urgence médicaux, obstétricaux et chirurgicaux<sup>19</sup> (ex. paludisme sévère, méningite, césarienne, appendicite, traumatismes, violences, etc.)
- Mise en place d'un système de référence
  - o collaboration avec les centres de santé (publique et privé)
  - o utilisation des réseaux des ASC existants ou création de nouveaux réseaux dans certaines localités - utilisation de nouvelles technologies (téléphones portables, SMS)
  - o ambulances MSF, essentielle pendant la nuit (contact via ASC ou points focaux dans les quartiers/secteurs)
- Provision des soins d'urgence, éventuellement d'autre type de soins (VVS, SSP, maladies chroniques, etc.) selon le paquet défini
- Suivi prospectif de la mortalité (maternelle + enfants moins de 5 ans) sur les sites sentinelles + évaluation continue des indicateurs de vulnérabilité (ex. accès aux soins<sup>20</sup>, sécurité alimentaire)

#### Points forts et opportunités :

- Plutôt en ligne avec la politique opérationnelle de MSF-CH - le projet répond à un problème de mortalité relativement élevé (maternelle et infanto-juvénile)
- MSHP reconnaît le gap en SSS et est ouvert à explorer de nouveaux modes de collaboration avec le secteur privé (MSF inclus)
- Un projet innovant – nouveau modèle de collaboration et système de tarification
- Désengorgement des structures de santé de troisième niveau (hôpitaux de Donka et Ignace Deen)
- Possiblement impact sur la mortalité - sous condition que la référence et l'identification des cas sévères soient fonctionnelles et que les services restent accessibles aux plus démunis

<sup>19</sup> Selon l'exemple des projets de Bunia et de Dungu en RDC

<sup>20</sup> !!! Si MSF opte pour les soins forfaitaires, il est essentiel de s'assurer que les soins restent accessibles à la population la plus démunie

- Le plateau chirurgical permet une pro activité en cas des violences politico-ethniques
- Suivi prospectif de la mortalité permet suivre son évolution (? impact du projet)
- Evaluation continue de vulnérabilité permet réorienter l'intervention de MSF ou faire un lobbying auprès d'autres acteurs

Points faibles et risques :

- Coût élevé – augmentation du coût considérable si la nécessité de construire
- SST peu fonctionnel – possibilités limitées de référence vers le troisième niveau
- SSP peu fonctionnel – problème d'identification et de référence des cas graves
- Débordement de la structure par la population « non prioritaire »
- Complexité de gestion d'un projet hospitalier
- Difficulté de passation

Parmi les pistes proposées, la **provision des soins d'urgence de deuxième niveau parait au mieux correspondre les besoins et les gaps identifiés**. Elle semble aussi la plus pertinente pour diminuer la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Cependant il s'agit aussi de la proposition la plus complexe et la plus onéreuse.

Un projet d'**intégration des maladies chroniques correspond bien à la politique opérationnelle de MSF-CH et celle du MSHP**. Cependant, elle ne contribue pas à la diminution de la mortalité infanto-juvénile.

Faute de son faible impact sur la mortalité et la population cible limitée, la **provision des SSP ne semble pas très pertinente comme un projet séparé**. Par contre elle **pourrait être combinée soit avec l'intégration des maladies chroniques ou la provision des soins d'urgence**. Néanmoins, concernant la dernière proposition, une évaluation des sites additionnels entre les Km 15 et 36 (ex. la Cimenterie) serait souhaitable parce que le lien entre les quartiers enclavés du centre plus ancien de Conakry et la localisation de l'hôpital identifié à Sonfonia Secteur 3 peut révéler des difficultés d'accès.

# Bibliographie

- ACF (2012a)** *Rapport de l'évaluation multisectorielle Nutrition, Sécurité Alimentaire, Eau, Assainissement et Hygiène Régions de Labé et Boké*. Conakry : ACF - Espagne
- ACF (2012b)** *Rural – Urban Linkage Guinea*. Conakry : ACF - Espagne
- ACF (2012c)** *Stratégie d'intervention Guinée 2012 – 2015*. Conakry : ACF-Espagne
- ACF (2010)** *Enquête nutritionnelle SMART, Commune de Matoto, Ville de Conakry*. Conakry : ACF - Espagne
- ANALP (2012)** *Meeting the Urban Challenge. Adapting humanitarian efforts to an urban world*. London: ANALP/Overseas Development Institute
- Boyer, B. (2011)** 'Humanitarian programmes which need to be adapted to urban vulnerabilities in Port-au-Prince, Freetown, Charikar or Ulan Bator', *Humanitarian Aid on the Move*, Newsletter #8. Plaisians: Groupe URD.
- Clouin L. (2011)** *Evaluation qualitative visant à établir les facteurs de vulnérabilité spécifiques aux familles et à la communauté sur la malnutrition des enfants de moins de 5 ans : connaissances, attitudes et pratiques*, Commune de Matoto, Conakry, Guinée
- Direction Nationale de la Statistique (DNS) Guinée et ORC Macro (2006)** *Enquête Démographique et de Santé III, Guinée 2005*. Calverton, Maryland, U.S.A. : DNS et ORC Macro.
- Doualamou, M.-A.** *Excision*, Conakry
- Doumbouya, M.L. (2008)** *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*. Université Lyon Lumière : Laboratoire d'Economie de la Firme et des Institutions
- Duroch (2012)** *Action humanitaire en milieu urbain : introduction aux problématiques spécifiques. Eléments bibliographiques en vue de recherches ultérieures*. Genève : MSF/UREPH
- Feinstein International Center (2010)** *Humanitarian Horizons: A Practitioners' Guide to the Future*. <http://wikis.uit.tufts.edu/confluence/download/attachments/33414740/Practitioners-Guide-Future.pdf?version=1&modificationDate=1265641381000>
- Google Earth (2012)** *Tutoriels* <http://www.google.fr/intl/fr/earth/learn/>
- Groupe URD et ALNAP (2009)** *Manuel de la participation à l'usage des acteurs humanitaires, Pour une meilleure implication des populations affectées par une crise dans la réponse humanitaire*, Plaisians : URD
- Grunewald, F. (2011)** 'Cities and Global Risks' *Humanitarian Aid on the Move*, Newsletter #8. Plaisians: Groupe URD.
- Harang, M. (2007)** *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation. Le cas de Ouagadougou (Burkina Faso)*. Nanterre : Thèse de géographie de la santé.
- Ibarra, C. (2010)** *Rapport final des activités du centre médical et psychosocial de Kaloma*. Conakry : MSF OCG
- ICRC (2008)** *Guidelines for assessment in emergencies*. Geneva
- IFPRI (2005)** *Beyond Rural-Urban: Keeping up with Changing Realities*. [www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ib37.pdf](http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ib37.pdf)
- Jacobsen, K. and Furst Nichols, R. (2011)** *Developing a Profiling Methodology for Displaced People in Urban Areas*. Boston, USA: Tufts University.
- Koscalova, A and Höpler, C. (2012)** *Capitalisation de la salle d'urgence, Dungu, RDC*. MSF Viena Evaluation Unit
- Koscalova, A and Lucchi, E. (2010)** *MSF response to Displacement in Open Setting*. MSF Viena Evaluation Unit
- Kumar, S. (2002)** *Methods for Community Participation, A complete guide for practioners*. Wiltshire : ITDG.
- Luquero, F. et alii (2011)** *Enquête sur l'utilisation des services de santé dans les cas de gastro-entérites chez l'enfant – Ville de Conakry (République de Guinée)*. Paris : Epicentre
- Mahoudeau, C., Fofana, A. (2012)** *Projet Matam Evaluation opérationnelle d'un projet MSF à l'échelle urbaine*. Conakry : MSF OCG
- Ministère de l'Economie et des Finances (2011)** *Document de stratégie de réduction de la pauvreté (2011 – 2012)*. Conakry

**Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) (2011)** *Distribution des structures privées médicales.* Conakry : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS)

**Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) (2012a)** *Enquête nationale nutrition-santé, basée sur la méthodologie SMART, 2011-2012 – Guinée.* Conakry : MSHP

**Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) (2012b)** *Politique nationale de santé communautaire.* Conakry : MSHP et Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire (DNPSC)

**Ministère de la Santé Publique (2004)** *Plan National de Développement Sanitaire 2005 –2014.* Conakry : MSP

**Ministère de la Santé Publique et Direction de Santé de la ville de Conakry (DSVCO) (2006)** *Enquête sur l'offre de soins dans la ville de Conakry. Secteur informel.* Conakry : MSP et Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire (DNPSC)

**Minkler, M. (2010)** *Linking science and policy through community-based participatory research to study and address health disparities.* American Journal of Public Health, Vol. 100, No. S1.

**Morestin, F. et Ridde, V. (2009)** *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique ; Ce que nous apprennent les écrits scientifiques.* Université de Montréal.

**MSF (2005)** *Toolkit. Highlighting Qualitative Method for Data Collection.* Amsterdam: MSF OCA

**MSF (2006)** *Rapid health assessment of refugee or displaced populations.* Paris: MSF/Epicentre

**MSF (2007)** *A guide to using qualitative research methodology.* London : MSF

**MSF (2008)** *Evaluation Manual, A Handbook to initiate, managing and conducting evaluations in MSF.* Vienna : MSF Evaluation Unit

**MSF (2009)** *Les priorités. Check-Lists, Indicateurs, Standards – Situations avec déplacement de population.* Bruxelles : MSF OCB

**MSF (2010a)** *Capitalisation sur les Violences Sexuelles & les Mutilations Génitales Féminines / Excisions,* Conakry : consultance réalisée du 09 au 19 décembre.

**MSF (2010b)** *Mission GUINEE, Rapport annuel Guinée 2009.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2010c)** *Mission GUINEE, Rapport du troisième Trimestre 2010, 1er juillet 2010 au 30 septembre 2010.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2011a)** *Enquête sur l'utilisation des services de santé en cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, Ville de Conakry.* Paris : MSF/Epicentre.

**MSF (2011b)** *Mission GUINEE, Rapport annuel Guinée 2010.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2011c)** *Projet médico-nutritionnel intégré, Rapport trimestriel d'octobre à décembre 2011.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2011d)** *Projet médico-nutritionnel intégré, Rapport trimestriel de juillet à septembre 2011.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2011e)** *Valorisation de l'intervention de MSF Suisse à l'INSE, Conakry : 2009 – 2011.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2012a)** *Assessment Toolkit - Part I. A handbook for the assessment of health and humanitarian crisis:* MSF Vienna Evaluation Unit

**MSF (2012b)** *Stratégie de Mission 2012 – Guinée.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2012c)** *Document de projet Matam 2012 : Programme intégré d'accès aux soins de santé de qualité pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes dans la commune de Matam.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2012d)** *Mission GUINEE, Rapport annuel Guinée 2011.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2012e)** *Programme de soins de santé intégrés et gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes dans la commune de Matam : 1<sup>st</sup> Quarter Report.* Conakry : MSF OCG

**MSF (2012f)** *Programme de soins de santé intégrés et gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes dans la commune de Matam : 2<sup>nd</sup> Quarter Report.* Conakry : MSF OCG

**Müller, Y (2009)** *Enquête de mortalité infanto-juvénile et accès aux soins dans la Commune de Matam, Conakry, Guinée.* Paris : MSF/Epicentre.

**Noirhomme, M et Ridde, V. (2011)** *Pérenniser l'exemption du paiement direct des soins dans la commune de Matam en Guinée Conakry,* consultance réalisée du 14 au 27 mars

**OMS (2006)** *Country Fact Sheet, Guinea.* Genève : OMS.

**OMS (2009)** *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008 – 2013, Guinée.* Région Afrique : OMS.

- OMS (2010a)** *Analyse de la situation sanitaire, Guinée*. Geneva : OMS.
- OMS (2010b)** *Fiche d'information des statistiques sanitaires, Guinée*. Région Afrique : OMS.
- ONU (2008)** *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*, Genève : Déclaration inter institutions : HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM
- PAM (2011)** *Évaluation rapide de l'impact de la hausse des prix en milieu urbain – Guinée*. Conakry: Rep. de Guinée et PAM
- PAM (2010)** *Enquête Nationale de Sécurité Alimentaire (ENSA) : document de synthèse – Guinée*. Dakar : PAM
- PAM (2009)** *Enquête de Sécurité Alimentaire à Conakry (ESAC)*. Conakry : Rep. de Guinée et PAM
- PAM/UNICEF (2005)** *Analyse de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (CFSVA) – Mali*. Bamako : PAM
- PNDS (2011)** *Analyse du secteur de la santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en république de Guinée*. Programme Fond européen de développement pour la Guinée Conakry : Union européenne / Ibf International Consulting
- PSI (2011)** *PSI Google Mapping Toolkit*. Washington / PSI
- Ramalingam, B. (2009)** *Urbanisation, complexity and poverty*. Post on <http://aidontheedge.info/2009/11/24/urbanisation-complexity-andpoverty-%E2%80%93-or-why-aid-agencies-shouldbe-reading-jane-jacobs/>
- Ridde, V. (2004)** *L'initiative de Bamako, 15 ans après, un agenda inachevé*, Washington : HND Discussion Paper / the World Bank.
- Ridde, V. (2010)** *Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand*, Tropical Medicine and International Health, Blackwell Publishing Ltd.
- Ridde, V. et alii (2009)** *A community-based targeting approach to exempt the worst-off user fees in Burkina Faso*. Journal of Epidemiology and Community Health, Aug 19
- Ridde, V. et Blanchet, K. (2009)** *Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique : « Retour vers le futur »* Cahiers de Santé, 2009, Volume 19, Numéro 2, John Libbey Eurotext.
- Savage, K. (2012)** *The humanitarian implications of urban violence*. Presentation prepared for the 27<sup>th</sup> ALNAP Meeting, Chennai, India, 17–19 January 2012. Available at: <http://www.alnap.org/pool/files/day1-ksavage.pdf>
- UNDESA (2010)** *World Urbanization Prospects – The 2009 Revision*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- Van Wolvelaer P. (2011)** *Visite de terrain de Santé Sexuelle et Reproductive, Conakry, Guinée*. Genève : MSF OCG
- Viot, M. (2011a)** *Projet de recherches sur le recours aux soins pour les enfants de moins de cinq ans, Koutiala, Mali*. Paris : MSF OCP
- Viot, M. (2011b)** *Étude descriptive des structures de santé de Kalemie ville, RDCongo*. Paris : MSF OCP
- Weissmann, F. (2006)** *Qui sont les victimes prioritaires ? Quelques réflexions sur notre politique de secours au Darfour et ailleurs*. Paris : MSF/CRASH
- Zetter, G. (2011)** *Urban vulnerability and the humanitarian challenge; Concepts, challenges, policy responses and operational tools*. Oxford Department of International Development/UNHABITAT

# Définitions

**Accès aux soins.** Capacité matérielle d'accéder aux ressources et aux services de santé disponibles. Cinq (5) dimensions de l'accès aux soins sont retenues : l'accessibilité, la capacité financière, la disponibilité, l'acceptabilité et la commodité.

**Agents de santé communautaires.** Personne identifiée par la communauté pour assurer les communications sur des thèmes liés à la santé. Les relais communautaires ne sont généralement pas des personnels de santé diplômés.

**Automédication « moderne ».** Utilisation de médicaments, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative. On considère dans le texte deux (2) types d'automédication « moderne » : l'utilisation d'anciennes prescriptions pour de nouveau obtenir des médicaments ou l'achat spontané de médicaments (pharmacies, marché, etc)

**Automédication « traditionnelle ».** L'automédication traditionnelle (présenté dans le texte essentiellement sous le terme de recours traditionnel ou d'indigénat) caractérise le fait d'acheter au marché ou de se procurer soit même des feuilles, écorces, racines ou autres plantes et de se soigner avec. On utilise ces plantes sous forme de décoction, d'inhalation, de lavement...

**Centre Médical Communautaire (CMC).** Le CMC est intégré au système de santé public. A Conakry, il s'agit du deuxième niveau de soins. On y pratique des soins en ambulatoire et de la médecine interne. Selon le paquet d'activité des structures de soins, on y trouve les consultations de référence et les hospitalisations en médecine, pédiatrie, chirurgie et gynéco-obstétrique. Un système de référence et de contre-référence est censé fonctionner avec les niveaux tertiaire et primaire. A Conakry, on ne compte que cinq (5) CMC pour l'ensemble de la ville, chacun dispose d'une vingtaine de lits. L'insuffisance du secteur secondaire se fait ressentir (surcharge complémentaire des structures primaires et tertiaires, difficultés d'accès à ces structures, retard de prise en charge)

**Centre de Santé (CS).** Le CS est intégré au système de santé public. A Conakry, il s'agit du premier niveau de soins. On y pratique des soins en ambulatoire, les accouchements et un paquet de soins minimum préventifs et curatifs est proposé, ainsi que des activités communautaires et d'appui. Les CS sont censés avoir la capacité de pratiquer des activités de vaccination préventive et faire de la surveillance épidémiologique. Dans la ville de Conakry, les CS sont au nombre de 27.

**Centre de santé Associatif (CSA) et Centre de santé Confessionnels (CSC).** Les CSA et CSC sont des structures de santé privées agréées. Non seulement, elles sont enregistrées auprès du Ministère de la santé, mais leurs activités sont reconnues. Ce sont des structures assimilables au premier voire au second niveau de soins selon leurs capacités et leurs plateaux techniques respectifs. Leur taille et leur volume d'activité sont variables. Néanmoins, certaines de ces structures jouent un rôle de substitution au système public en particulier dans des communes telles que Matoto ou Ratoma où la planification sanitaire publique n'a pas encore suivi le développement de la ville.

**Chef de famille / ménage.** Le statut de chef de famille / ménage tel que nous l'envisageons dans cette évaluation représente une personne, homme ou femme, responsable d'une entité familiale

vivant sous le même toit. Le chef de famille / ménage prend les orientations et les décisions pour la famille. Parmi les chefs de ménage, on retrouve des femmes : veuves ou abandonnées par leur mari.

**Concession = Cour.** Ensemble de maisons / ménages. On peut trouver plusieurs ménages dans une cour. Le propriétaire d'une concession peut louer des maisons ou des chambres dans son enceinte.

**Eau de forage.** Eau accessible par une pompe au travers d'un tube dans le sol accédant à une nappe d'eau souterraine.

**Eau de puits.** L'eau peut être remontée au niveau du sol grâce à un seau ou une pompe, manuelle ou non. A Conakry, les puits sont souvent protégés par une dalle et fermés avec une trappe manuelle.

**Episode de maladie.** On considère dans le texte chaque événement de santé que la personne ai reçu un traitement moderne ou traditionnel, ou non.

**Franc guinéen.** 9 000 FGN = 1 € / 7 000 FGN = 1 USD

**Focus Group Discussion (FGD) ou Groupes de discussion.** Le FGD fait partie des outils de recherche qualitative. Il prend forme au sein d'un groupe spécifique culturel, sociétal ou idéologique, afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il adopte au regard d'une thématique spécifique.

**Hivernage.** Saison des pluies et des travaux champêtres. De juillet à octobre. Correspond à la période de soudure.

**Médecine moderne informelle.** Au fil du texte, ce terme réfère à la pratique hors d'un cadre légal de la médecine moderne. Par exemple, il peut s'agir d'un personnel de santé travaillant dans le secteur public officiant dans un cabinet médical ou une clinique privée (qu'il soit propriétaire ou non de la structure).

**Pharmacopée traditionnelle.** Utilisation des connaissances et des produits traditionnels à visée thérapeutique.

**Recours aux soins.** Le recours aux soins se présente comme une expression et une manifestation de la morbidité ressentie ou diagnostiquée qui donne lieu à une consommation médicale. Il s'agit d'un comportement individuel ou collectif régi selon des déterminants socio-spatiaux, économiques et culturels. Le terme de recours aux soins est utilisé au fil du texte comme une traduction de l'anglais *health seeking behaviour* induisant les capacités et les comportements d'une personne ou d'un groupe à chercher des services de santé dans l'espace sanitaire donné. On distingue alors le recours aux soins de l'accès aux soins, ce dernier n'exprimant qu'une capacité matérielle ou réglementaire à utiliser des services de santé.

**Robinet.** Dans le texte, le terme de robinet fait généralement référence à l'approvisionnement en eau de la SEG, que la personne possède un raccordement individuel ou abonnement chez un autre particulier.

**Sécurité alimentaire.** La sécurité alimentaire est définie comme la possibilité pour chacun d'avoir accès, en tout temps et tout lieu à une ration alimentaire suffisante, équilibrée, adaptée à son activité et ses préférences alimentaires, et ceci à un prix compatible avec son revenu.

« **Séré** ». Groupe pouvant s'investir dans la réalisation d'une épargne collective en argent ou en nature. Il s'agit de groupes d'entraide qui pratiquent des formes de crédit du même type que les tontines. Contrairement au terme d'association tel que nous l'utilisons génériquement, dont peuvent bénéficier des personnes non-membres, le terme de Séré correspond à un système de collecte et de redistribution pour ses membres bénéficiaires.

**Soudure** (période de soudure). Désigne la période qui sépare la fin de la consommation de la récolte de l'année précédente (et l'épuisement des réserves des greniers) de la récolte suivante. Pendant ce temps, la nourriture peut venir à manquer et les prix de certains aliments, notamment des céréales s'envolent. Cette période correspond à la fin de l'hivernage.

**Tô.** Mets très courant en Afrique de l'Ouest. Il est cuisiné à l'aide d'un fouet, à base de farine de mil ou de sorgho et d'eau. Il est servi sous forme de pâte et consommé avec une sauce. Dans le texte, le terme de tô est utilisé pour désigner un repas de substitution au même titre que les bouillons et les bouillies en cas d'incapacité matérielle de cuisiner un repas constitué de riz. Les participantes font référence au tô comme aliment préparé pour les enfants afin de leur assurer un apport alimentaire minimum.

**Tontine.** Système d'épargne tournante. Un groupe de personnes se compose et s'organise pour verser régulièrement une somme similaire dans un pot commun. Chacune des personnes du groupe récupère chacune son tour la somme épargnée pour financer des projets individuels ou collectifs ou en cas de besoin spécifique ou urgent : mariage, décès ; baptême, épisode de maladie.

**Tradithérapeute / praticien traditionnel / tradipraticien.** Homme ou femme offrant des services de santé dits traditionnels : en opposition aux services modernes ou allopathiques. On verra dans le texte que les pratiques traditionnelles peuvent s'inscrire au milieu d'un itinéraire de soins modernes.

**Urbanisation.** Processus de concentration de la population et des activités dans les agglomérations à caractère urbain (*Dictionnaire de la géographie, de l'espace et des sociétés*. Levy, Lussault 2003). A Conakry, la notion d'urbanisation, telle qu'utilisée dans le cadre de l'évaluation, renvoi au processus de développement de la ville vers sa périphérie incluant des développements d'infrastructures et des migrations de population originaires de son centre historique ou de zones rurales (exode rural).

**Vulnérabilité, capacités et stratégies d'adaptation.** La **vulnérabilité** est un concept dynamique, complexe à définir. Dans le contexte urbain de Conakry, il nous aide à comprendre le niveau de risques (sanitaire, économique, politique ou sécuritaire) auquel une personne ou un groupe est confronté. Cela inclut la capacité d'adaptation de prévoir, de faire face et de se remettre de chocs variés, qu'ils soient naturels ou anthropiques. La notion de **capacité d'adaptation** est étroitement liée au concept de vulnérabilité. Elle définit les ressources développées par les individus, les ménages et la communauté pour résister à l'impact d'une crise ou d'un choc, incluant les **stratégies d'adaptation**.

# Annexe 1. Termes de Référence

## Terms of Reference for 'Urban vulnerability' Evaluation in Conakry

Subject / Mission: Guinea-GN 101

Commissioned by: ..... Françoise Duroch

Starting Date:..... during 1<sup>st</sup> Q 2012

Duration:..... 2-3 weeks (including report)

ToR elaborated by: ..... UREPH + Coordo team + Cell1

### 1. CONTEXT

Les défaillances du système de santé et le manque d'implication de la communauté internationale résultent en une incapacité à offrir un accès aux soins aux populations les plus vulnérables, ce qui explique les taux élevés de mortalité infantile et maternelle. Elles résultent également en une faible capacité de réponse aux urgences, aux épidémies ou même aux maladies endémiques présentant une forte prévalence telle que le paludisme.

Dans ce contexte, la présence d'MSF dans les localités où les projets sont conduits représente la seule véritable garantie d'accès aux soins pour les plus vulnérables.

MSF se doit dans ce contexte de plaider en faveur d'un modèle d'accès aux soins de qualité pour les populations les plus vulnérables

Le récent changement de gouvernement et les réformes qui vont avec dans un état où tous les services à la population restent à organiser et mettre en œuvre représentent une fenêtre d'opportunité pour le développement d'approches innovantes en termes de politiques et d'organisation du système de santé, et MSF a un rôle à jouer comme catalyseur dans ce contexte, cela nécessite cependant une qualité exemplaire de la gestion et de la documentation de ses programmes.

### Récapitulatif des raisons de la présence MSF et de sa valeur ajoutée:

- Epidémies récurrentes.
- Mortalité infantile et maternelle est élevée.
- Les risques de violences liés à la fragilité de la situation politique restent réels et MSF a un rôle crucial de réponse médicale neutre, impartiale et indépendante à jouer en cas de tels événements.
- L'implication insuffisante de l'Etat et défaillance du système de santé.
- Incapacité structurelle et financière du ministère de la santé à mettre en œuvre un système fonctionnel. Le changement de régime et de politiques offrent une opportunité d'influencer les stratégies de santé publique au niveau national.
- Peu d'autres partenaires de la santé sont présents avec une réelle capacité opérationnelle
- Savoir faire dans les domaines ayant un fort impacte sur la mortalité et la morbidité en guinée : le paludisme, santé materno-infantile, pédiatrie VIH, violences, domaines sanitaires négligées.

### **MSF CH à Conakry :**

Les priorités sanitaires humanitaires sont identifiées comme étant avant tout liées à l'accès au soin, concernant particulièrement la santé reproductive et la pédiatrie, le paludisme, le VIH/SIDA et la prise en charge des violences et des violences faites aux femmes. La réponse aux urgences sanitaires représente une seconde priorité du fait du haut risque épidémique lié à l'environnement et à la précarité et au risque de violences lié aux climats politique et social.

C'est dans cette logique que MSFCH a mis en place un programme assurant un accès aux soins de santé de qualité pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes dans la commune de Matam à travers un soutien aux structures publiques de santé et la gratuité des soins dans les services concernés.

Le projet vise à assurer un accès aux soins de qualité et gratuit aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et allaitantes dans la commune de Matam. Afin d'atteindre cet objectif, MSF soutient les trois structures publiques de santé de la commune assurant ainsi l'accès aux soins de santé primaire et secondaire, l'organisation assurant également un suivi des patients référés au niveau tertiaire. L'organisation est active au sein des communautés à travers un réseau d'agents de santé communautaires qui informent les populations sur les pratiques sanitaires appropriées et l'offre de soins dont ils bénéficient dans les structures soutenues par MSF.

### **Problématique (passée et actuelle) relative au positionnement MSF CH à Conakry:**

Au moment de la phase d'exploration, fin 2008, l'angle d'approche était principalement la malnutrition. Il en a résulté que même si la définition du projet Matam comme étant un projet de santé materno-infantile incluant la problématique de la nutrition, ce projet a gardé pour de nombreux acteurs internes et externes une 'étiquette' de projet nut 'type Niger'.

Ensuite, une étude rétrospective de mortalité infantile (2009) a révélé que la mortalité des moins de 5 ans à Matam n'était pas aussi élevée qu'imaginée.

Ceci était plutôt une bonne nouvelle, mais a obligé le projet à revoir ses ambitions opérationnelles en termes d'objectif principal: Il était devenu difficile et moins pertinent de viser une diminution de 50% de cette mortalité endéans une période de 3 ans, comme initialement planifiée.

L'axe du projet qui visait une amélioration de la prise en charge au niveau tertiaire à l'INSE a généré une très grande frustration pour ceux qui travaillaient dans ces 2 unités de Néonatalité et Nut. La gratuité instaurée via le paiement de forfaits pour les patients admis et un soutien en médicaments pour la pharmacie de l'INSE, la quasi impossibilité pour MSF d'avoir un impact sur la motivation et qualité de travail du staff sont de fait devenus des facteurs limitant l'intervention. De plus, l'INSE étant une structure nationale, le nombre de patients en provenance de notre population cible de Matam était minimum au regard de l'investissement, il fut donc décidé fin 2010 de se retirer de l'INSE en juin 2011.

A la suite des événements du 27 septembre 2009, des violences qui les ont accompagnés et notamment des violences sexuelles, MSF CH a mis en place un projet de prise en charge médicale et psychosociales des violences. Ce projet a été mené sur une période de six mois et a été fermé notamment en raison des difficultés rencontrées à identifier et prendre en charge les victimes dans un contexte où les violences sexuelles sont extrêmement taboues et de la remise en cause qui en résulte d'utiliser une approche verticale sur cette problématique dans un tel contexte. MSF OCB prend en charge dans un programme intégré les victimes de violences sexuelles à l'heure actuelle dans 5 structures publiques de santé réparties sur différents quartiers de la ville.

Selon la dernière enquête nationale « démographie et santé », datant de 2005 plus on s'éloignait de Conakry et plus on avait de chances de mourir avant l'âge de 5 ans. Une nouvelle enquête est planifiée pour 2012 mais ses résultats ne seront pas disponibles avant la fin de l'année. Cependant les évolutions du contexte socio-politique guinéen au cours de ces sept dernières années laisse penser que si la situation sanitaire a peu rester plus ou moins stable à l'intérieur du pays, elle s'est sans doute empirée dans la capitale (exode rurale, urbanisation rapide, inflation plus rapide à CKY, pollution, très mauvais assainissement, insalubrité, promiscuité et absence de développement des services publics de santé...).

MSF CH remet donc en question son approche sur le projet de Matam tout en restant convaincue de la pertinence d'un positionnement et d'une action de sa part à Conakry. Il s'agit pour l'organisation de mieux cibler son intervention pour véritablement atteindre et porter assistance aux populations les plus vulnérables. Cela représente un défi dans un contexte urbain de plus d'un million d'habitants où les vulnérabilités sont diffuses et noyées dans la masse.

Pour cela MSF CH engage au premier trimestre 2012, une évaluation de son projet de Matam d'une part, et d'autre part une évaluation des vulnérabilités dans le contexte urbain de Conakry. A l'issue de ces deux processus, l'organisation sera en mesure de définir ses objectifs finaux et sa stratégie de désengagement du projet de Matam d'une part et de redéfinir son positionnement dans le contexte urbain de Conakry d'autre part.

## **2. OVERALL OBJECTIVE and PURPOSE**

Le sujet de l'évaluation: vulnérabilité dans le contexte urbain de Conakry, MSF CH.

- Les populations les plus vulnérables de Conakry sont identifiées.

Les facteurs sanitaires de vulnérabilité et les problématiques sanitaires négligées sont mis en évidence.

- Des options de positionnement de MSF sont proposées, développant leur pertinence en termes de valeur ajoutée qu'MSF pourrait apporter à court, moyen et long terme, les populations cibles et les moyens pour les atteindre.

## **3. KEY EVALUATION QUESTIONS**

- Y a t il des zones et / ou domaines d'intervention dans lesquels l'organisation ait une valeur ajoutée significative à apporter dans un futur proche à Conakry + large périphérie

- Quelle(s) population(s) cible(s) éventuelle(s) et comment les atteindre?

- Quels critères d'interventions incontournables ?

- Quel critères d'inclusion dans le programme et quels moyens pour que ces critères soient respectés ?

## **4. EXPECTED RESULTS and INTENDED USE OF THE EVALUATION**

- Un rapport d'évaluation permettant à l'équipe et au desk de mieux définir le futur du positionnement de MSF CH à Conakry.

- L'adaptation de l'outil d'évaluation 'urban violence and vulnerability' (utilisé au Honduras) au contexte d'une ville comme Conakry.

## **5. PRACTICAL IMPLEMENTATION OF THE EVALUATION**

A Conakry, Matam + les 2 communes les plus populaires (Ratoma et Matoto) + au-delà du Km 36.

## **6. TOOLS AND METHODOLOGY PROPOSED (if any):**

Visites terrain, interviews desk + coordination GN + équipes terrain Matam, partenaires ONG, MoH...

Revue de l'outil 'urban assessment kit' utilisé au Honduras et l'adapter au contexte 'africain' de Conakry

## **7. RECOMMENDED DOCUMENTATION:**

- Rapports annuels 2009→2011
- MSP et docs projet Matam 2012
- Rapport capitalisation au départ de MSFCH de l'INSE
- Rapport de la visite des 'économistes de la santé' à Matam 2010-2011
- Rapport des activités 'violences' du projet 'Koloma' 2009
- Capitalisation sur les Violences Sexuelles & les Mutilations Génitales Féminines / Excisions Conakry - du 09 au 19 décembre 2010 (MSF CH Laetitia)

## Annexe 2. L'utilisation de la cartographie : Outils et méthodes.

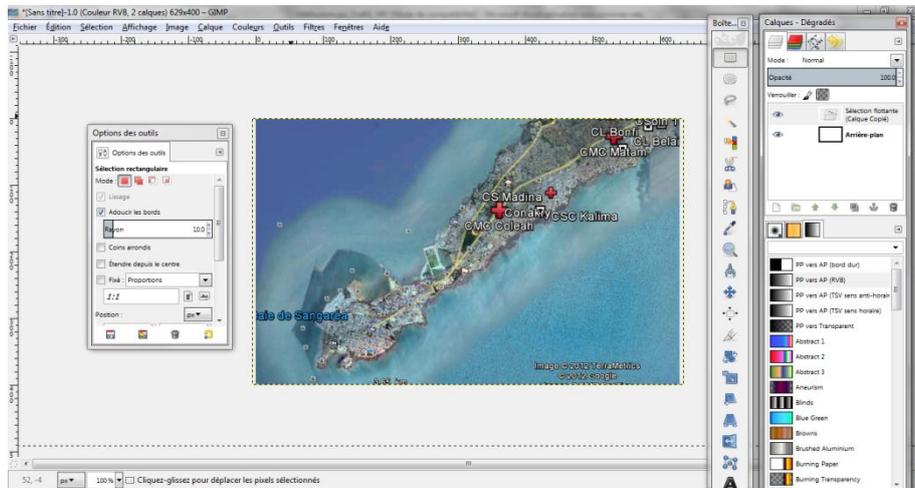
**Pourquoi la cartographie ?** Les cartes sont essentielles et constituent un pilier d'une évaluation. Non seulement, il est essentiel de collecter les informations cartographiques existantes et de les utiliser pendant le travail de terrain. Aussi, créer des cartes est extrêmement utile pour visualiser facilement un grand nombre d'informations, contribuer à la documentation graphique et au partage de données dans des zones où ces informations sont incomplètes ou partielles et surtout aider à la décision.

**Quels objectifs?** Les outils et programmes utilisés dépendent dans un premier temps de l'objectif de la réalisation d'une cartographie. L'utilisation d'un Système d'Information Géographique (SIG) constitue un projet en soi. L'utilisation d'un SIG est particulièrement recommandée pour mettre en valeur de différentes couches d'information permettant de comparer et de corréliser des données spatiales chiffrées. Cette démarche doit répondre à un objectif précis dans le cadre d'un projet et requiert temps, matériel et compétences. Il existe en revanche des outils et méthodes faciles et peu coûteuses permettant de produire et de partager de l'information cartographique dans les conditions de travail de MSF.

**Quels outils ?** En situation d'évaluation, il est de plus en plus facile de se procurer un ordinateur, un GPS et de se connecter à une connexion internet, même de bas débit.

**Google Earth®** présente dans ses applications basiques l'utilisation la plus simple, efficace et transférable. Google Earth® est un site web qui nécessite de télécharger l'application et s'utilise en ligne. Ses tutoriels en ligne (<http://www.google.fr/earth/learn/beginner.html>) permettent très facilement de se familiariser avec l'outil et de rapidement maîtriser des applications simples. Des points GPS relevés sur le terrain peuvent être transférés sur Google Earth® (directement ou via un logiciel de type EasyGPS <http://www.easygps.com/> qui permet de transférer rapidement et simplement, des coordonnées géographiques entre ordinateur et GPS). Les informations (waypoints, trajets...) sont traitées et organisées puis enregistrées au format .kml ou .kmz. Ces fichiers sont ensuite facilement partageables via email. Google Earth® est un wiki, c'est-à-dire un site web dont les pages sont modifiables par les visiteurs afin de permettre l'écriture et l'illustration collaboratives des documents numériques qu'il contient. Il est donc possible d'utiliser des informations existantes sur une zone d'intérêt (données chiffrées, photographies, noms de lieux, routes, frontières...) et de partager les siennes. Il est également possible de capturer des images de Google Earth® et d'utiliser un logiciel de dessin gratuit type GIMP (<http://www.gimp.org/>) afin d'apporter des modifications et d'améliorer la mise en page.

## Capture d'écran de Google Earth® en cour de modification avec le logiciel GIMP



**Quantum GIS**, aussi appelé **QGIS** (<http://www.qgis.org/>) est un logiciel SIG OpenSource. Contrairement à ArcGIS ou MapInfo, il est libre d'accès. Comme tout logiciel de SIG et tel que mentionné précédemment, son utilisation requiert une planification, du temps et des compétences.

# Annexe 3. Chronogramme de l'évaluation

## Chronogramme de l'évaluation

AOÛT				SEPTEMBRE				OCTOBRE		
S 32	S 33	S 34	S 35	S 36	S 37	S 38	S 39	S 40	S 41	S 42
Aout 9 - 12	Aout 13 - 19	Aout 20 - 26	Aout 27 - Sep 2	Sept 3 - 9	Sept 10 - 16	Sept 17 - 23	Sept 24 - 30	Oct 1 - 7	Oct 8 - 14	Oct 15 - 21

PHASE I	ETUDE DE CONTEXTE	S 32	S 33	S 34	S 35	S 36	S 37	S 38	S 39	S 40	S 41	S 42
	<b>Revue de Littérature</b>											
	Briefings siège et coordination											
	Littérature grise : rapports MSF et sources secondaires											
	Etudes de sources universitaires / scientifiques											
	Bibliographie et références											
	<b>Acteurs et système de santé</b>											
	Rencontre avec les acteurs de santé présents											
	Observations de terrain											
	Visites de structures existantes											
	Lister les problèmes de santé / humanitaires majeurs											
	<b>Mapping des structures de santé privées et publiques</b>											
	Préparation, RH, Autorisations											
	Terrain : Relevés GPS et administration de questionnaires											
	Encoding + Edition de la cartographie											

PHASE II	ETUDE DES VULNERABILITES URBAINE	S 32	S 33	S 34	S 35	S 36	S 37	S 38	S 39	S 40	S 41	S 42
	<b>Identification de sites et populations vulnérables</b>											
	Approfondissement des hypothèses relevées en phase I											
	Choix des 14 sites d'étude											
	Planification du terrain (RH, Contact, check lists)											
	FGD avec les personnels MSF											
	<b>Identification des vulnérabilités (TERRAIN)</b>											
	Interview approfondis avec chefs de quartiers / secteurs											
	Interview approfondis avec responsables locaux											
	FGD Santé / Socio Eco / Vulnérabilités											
	FGD WatSan											
	Observations de terrain											
	Interview - Observations : sites et structures de santé											
	Rattrapages de terrains et consolidation											
	Administration de questionnaires supplémentaires											

RAPPORT	DEBRIEFING / REPORTING	S 32	S 33	S 34	S 35	S 36	S 37	S 38	S 39	S 40	S 41	S 42
	<b>Partage des informations</b>											
	Feedback et initial findings partagés aux équipes MSF											
	Debriefing Coordination											
	Debrief Siège - Genève / Présentation des findings											
	<b>Production du rapport final</b>											
	Ecriture du rapport											
	Présentation du rapport final											
	Partage du rapports aux partenaires clés											

## Annexe 4. Key Informants rencontrés dans le cadre de la Première Phase

Type	Organisme	Poste	Nom	Date planifiée	Horaire	Tel
<b>Key informants rencontrés dans le cadre de la première PHASE 1</b>						
MSHP	Ministère de la Santé	Chef de cabinet	Madame Fanta Kaba	vendredi 7 sept	9h30	62 09 46 01
MSHP	DSVCO: Direction Sanitaire de la Ville de Conakry	Directrice	Dr Tata Gakou	vendredi 17 aout	9h30	66 10 14 38 / 60 55 39 26 / 62 42 19 99
MSHP	DNEHS: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins	Directeur national	Dr Sekou Condé	Jeudi 23 aout / Vendredi 7 sept	10h00	64 58 70 65
MSHP	DNPSC: Direction National Prévention et santé communautaire	Directeur National	Dr Robert Camara	mardi 21 aout	14h	64 43 74 91
MSHP	DPLM: Division Prévention et Lutte contre la Maladie (dépend du DNPSC)	Chef de division	Dr Sakoba Keita	Jeudi 23 aout	9h00	62 93 13 90 / 60 29 11 62
MSHP	Evaluateur Matam (Directeur adjoint hopital de Kipe)	Directeur Adjoint Hopital de Kipe (Ratoma)	Dr Fofana Abdoulaye	vendredi 24 aout	10h00	62 56 93 69
MSHP	Hopital chinois de kipe	Directeur	Dr Ibrahima Camara	Présentation par Dr Fofana		60 58 84 24 / 67 58 84 24
Affaires sociales	Hôpital Jean Paul II	Directeur Adjoint	Dr Mendian Camara	samedi 15 aout	15h	60545503/67545503
COOPERATION	Ambassade de France en Guinée	Attaché de Coopération universitaire	Mehdi Salim	Jeudi 16 aout	11h	68 54 40 37
ONG	TDH	Chef de mission	Sonia Panzani	mercredi 22 aout	17h	63 40 74 24
		Nouveau HoM	Olivier Feneyrol			
ONG	CICR	SANTE	Marianne Binggeli	mercredi 22 aout	14 h 30	68 40 72 30 / 68 40 80 53
ONG	ACF	Chef de mission	Beatriz Navarro Rubio	mercredi 22 aout	9h	64 46 00 87 / 62 35 02 25
ONG	MSF B	Chef de mission	Corine	Présentation de l'évaluation		62 35 41 01
ONG	MSF B	Co Med	Dr David Kidinda	mercredi 22 aout	14h30	64 03 03 03
ONG	MSF B	Responsable plaidoyer	Nathalie Cartier	vendredi 31 aout	9h30	62 99 22 27
CLINIQUE	Centre Mère enfant	Specialiste violence	Dr Haly Fancinadouno	Jeudi 30 aout et lund 17 sept		63 32 28 03
CLINIQUE	Clinique Mère Enfant de Koloma	Directeur	Professeur Ibrahima Balde	Jeudi 30 aout	12h	62 21 17 81
ONG	MSF Ch Projet Matam	Agent de Santé Comm HERMACONO	Salam	Lundi 3 sept	9h 11h	66 14 32 15
MSHP	EX MSF (Ignace Deen)	Anesthésiste	Felix Sagno	jeudi 14 sept		62049151 / 64504519
MSHP	EX MSF (Ignace Deen)	Pédiatre	Dr Boubacar Baba Barry	vendredi 15 sept		24702403
ONG	Projet MSF CH Matam	RT	Nuria Domingo Campos	mercredi 12 sept		66 69 47 09
ONG	Projet MSF CH Matam	medecin	Serge			66 40 67 79
CLINIQUE	Clinique St Gabriel	Sage femme	Nolwenn	mardi 11 sept		
CHU	Hôpital de Donka	Med Chef Maternité	Dr Namory Keita	lundi 17 sept	10h00	64457950
CHU	Hôpital de Donka	Chef Unité Nut, Pavillon ouest	Dr Idiatou Balde	lundi 17 sept	11h	64535885
CHU	Hôpital de Donka	med Chef Pediatrie	Dr Dienaba Kassé	lundi 17 sept	12h	64457577
CLINIQUE	Clinique Mère Enfant de Corontie Kouchner	Chef de Chantier	M. Guilavogui	samedi 15 sept	12h	

## Annexe 5. Listes des autorités locales rencontrées dans le cadre de la Deuxième Phase

**Liste des structures associatives et autorités locales rencontrées et interviewées dans le cadre de la phase 2**

	Date	Jour	Site	Commune	Quartier	Structure	Responsable de la structure	Autorité Locale	Personne ressource
1	Lundi 10 sept	1	1	Matoto	Gbessia Port 1	Séré "Respect"	Mafofy Youla 66 14 94 47	Président de district (Chef de quartier)	Momo Camara 64 96 25 09
						Séré "Mara"	Mara 63 84 99 29		
2	Lundi 10 sept	1	2	Ratoma	Dar Es Salam 1	AJAFI (Association des Jeunes pour l'Appel à la Fraternité)	Aicha Abdallah Bah 65 31 12 49	Chef de Secteur 5	El Hadj Soriba Sylla
						Association des Amis et Sympathisants pour le développement de Dar Es Salam	Maciré Soumah 64 77 85 50 62 02 53 10		
3	Lundi 10 sept	1	3	Ratoma	Hamdallaye Mosquée	Groupement "Yete Mali"	Mme Bintou Camara 64 50 52 60	Vice président de district (Chef de quartier adjoint)	Oumar Camara
						Groupement "Ben Kadé"	Kadiatou Camara 66 98 60 49		
4	Mardi 11 sept	2	1	Matoto	Dabompa	Groupement "Djigui"	Mme Kourouma Diawara 24 37 53 33	Conseiller à la jeunesse	Aboubacar Sekou Souaré 64 61 79 09
5	Mardi 11 sept	2	2	Matoto	Tombolia Plateau	Groupement "Fanta Cherif"	Moussa Sylla 64 44 56 61	Chef de Secteur Tombolia plateau	Alseny Camara 64 29 48 64
6	Mardi 11 sept	2	3	Matoto	Kissoso Plateau	Groupement "Lanyi Uni"	Kadiatou Dia Diallo 65 53 77 53	Chargé des associations	Fodé Baga Camara 63 17 61 91 / 67 17 50 71
7	Mercredi 12 sept	3	1	Ratoma	Sonfonia Tanene	Groupement "Ben Kadi"		Chef de secteur Tanene	Mamadou Camara 61 16 42 31 / 64 51 20 98
8	Mercredi 12 sept	3	2	Ratoma	Sonfonia Secteur III			Chef de secteur III adjoint	Ibrahima Sory Camara "Grotto" 64 23 68 03
								Chef de Carré (Facilitation de visite)	Fofana 64 96 69 41
9	Mercredi 12 sept	3	3	Matam	Hermacono Permanence				
10	Jeudi 13 sept	4	1	KM 36 Coyah	Secteur Marché	Groupement "Allaho Wahidoun"	Aye Keita 64 87 57 71	Président de district	Karim Soumah 66 21 22 21
11	Jeudi 13 sept	4	2	KM 36 Coyah	Secteur Babaya	Groupement "Lanyi Fan"	Aïssatou Dramé 64 44 49 15	Chef Secteur Babaya	Naby Soumah 64 60 97 74
12	Vendredi 14 sept	5	1	Matoto	Dabondi Ecole	Séré "Décidéés"	M'Mah Cissé 62 29 89 42	Chef Secteur D. Ecole	Aboubacar Bangoura 63 47 07 00
13	Vendredi 14 sept	5	2	Ratoma	Dar Es Salam II	Groupement "Fory Fanta"	Aminata Tolno 62 88 25 65	Chef de Secteur 1	Mamadou Samba Baldé 64 40 18 11
14	Samedi 15 sept	6	1	Kaloum	Coronthie 1			Secrétaire Admin	Aboubacar Gové Sylla 65 31 36 50
								Chef Secteur Zallbar	Alicaly Aboubacar Bangoura
								Chef Secteur Momo	Moussa Camara
								Chef de Quartier Coronthie	(entrevue rapide)
								1	