

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANTAIRE (PNDS) 2015-2024**

PREFACE

La République de Guinée reconnaît dans sa Constitution la santé comme un droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux.

Le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé qui est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays.

Cette nouvelle Politique repose sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé qui visent l'accès universel aux services et soins essentiels de santé.

Pour la mise en œuvre de cette politique, le Ministère de la Santé devra aligner ses futures interventions sur les actions que le Gouvernement envisage mener pour atteindre son objectif de développement et de faire de la Guinée un pays émergent à l'horizon 2035.

La Politique Nationale de Santé et le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 sont en cohérence sur les 5 principes de la *Déclaration de Paris* et les « 7 comportements des partenaires » dans le cadre de la promotion de l'IHP+.

L'instrument de mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé à l'horizon 2024 est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024.

Ce plan stratégique vise à contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers des actions de promotion de la santé de la mère et l'enfant, la prévention et la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé.

Pour atteindre ces finalités, des axes d'intervention et des actions prioritaires ont été définis.

Ces actions prioritaires s'attaqueront aux goulots d'étranglement de couverture des interventions à haut impact dont les résolutions aboutiront à réduire fondamentalement les charges de morbidité et de mortalité.

Le district sanitaire constitue le cadre de mise en œuvre opérationnelle du PNDS.

En remerciant toutes les parties prenantes qui ont contribué à l'élaboration de ce document précieux, j'exhorte les partenaires sectoriels, les professionnels de la santé, la communauté, les partenaires techniques et financiers, les organisations non gouvernementales nationales et internationales, les institutions d'enseignement et de recherche à faire de ce document un cadre de référence et d'orientations pour toutes les actions qu'ils entreprendront dans le secteur de la santé.

Médecin-Colonel Rémy LAMAH
Ministre de la Santé

*Grand Officier de l'Ordre National
du Mérite de la République Française*

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| PREFACE | 2 |
| FIGURES | 7 |
| TABLES | 7 |
| ACRONYMES ET ABREVIATIONS | 8 |
| RESUME EXECUTIF | 10 |
| INTRODUCTION | 12 |
| CHAPITRE I: HISTORIQUE ET REALISATIONS | 13 |
| 1.1. Historique du système de santé..... | 13 |
| 1.2. Réalisations | 14 |
| 1.2.1. Renforcement des services de santé : | 14 |
| 1.2.2. Renforcement de la gouvernance du secteur | 14 |
| CHAPITRE II: PROFIL DU PAYS | 15 |
| 2.1. Situation géographique | 15 |
| 2.2. Situation démographique | 16 |
| 2.3. Situation socioéconomique | 16 |
| 2.4. Situation socioculturelle | 17 |
| 2.5. Situation juridique | 17 |
| 2.6. Cadre législatif et réglementaire spécifique | 17 |
| 2.6.1. Dans le secteur public..... | 17 |
| 2.6.2. Dans le secteur privé | 18 |
| 2.7. Situation politique, administrative et gouvernance..... | 18 |
| CHAPITRE III. PROFIL SANITAIRE | 19 |
| 3.1 Etat de santé et déterminants de santé | 19 |
| 3.1.1. Etat de santé | 19 |
| 3.1.2. Déterminants de la santé | 20 |
| 3.2 Système de santé | 21 |
| 3.2.1. Gouvernance et leadership..... | 21 |
| 3.2.1.1. Cadre institutionnel | 21 |
| 3.2.1.2. Coordination des interventions dans le secteur de la santé | 22 |
| 3.2.1.3. Planification, suivi et évaluation | 22 |
| 3.2.1.4. Participation communautaire et collaboration intersectorielle | 22 |
| 3.2.1.5. Régulation et lutte contre les pratiques illicites | 23 |
| 3.2.2. Infrastructures et équipements..... | 24 |
| 3.2.3. Ressources humaines | 25 |
| 3.2.4. Technologie et produits de santé | 27 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 3.2.5. | Système d'information sanitaire | 30 |
| 3.2.6. | Financement de la santé | 32 |
| 3.2.6.1. | Généralité sur le financement de la santé | 32 |
| 3.2.6.2. | Financement de l'offre | 34 |
| 3.2.6.3. | Financement de la demande | 36 |
| 3.2.6.4. | Allocation et Gestion des ressources financières | 37 |
| 3.3 | Synthèse de l'analyse de l'opérationnalité des Districts sanitaires | 38 |
| 3.4 | Résumé de l'analyse des goulots d'étranglement de la couverture des populations en soins essentiels | 39 |
| 3.4.1. | Organisation de l'offre de soins | 39 |
| 3.4.2. | Couverture en rapport avec la continuité des soins selon le cycle de vie | 40 |
| 3.4.3. | Couverture des interventions au niveau communautaire | 41 |
| 3.4.4. | Couverture des interventions programmables ou orientées vers les populations | 43 |
| 3.4.5. | Couverture des interventions au niveau clinique | 45 |
| 3.5. | Problèmes et défis du secteur de la santé | 46 |
| 3.5.1. | Problèmes de santé | 46 |
| 3.5.2. | Problèmes du Système de santé | 47 |
| 3.5.3. | Défi du système de santé | 48 |
| CHAPITRE IV: PRIORITES STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE | | 49 |
| 4.1 : | Vision, but, objectifs et orientations stratégiques de la PNS, chaîne de résultats | 49 |
| 4.1.1. | Vision | 49 |
| 4.1.2. | But | 49 |
| 4.1.3. | Objectifs | 49 |
| 4.1.4. | Orientations stratégiques | 49 |
| 4.1.5. | Résultats du PNDS | 50 |
| 4.2. | Principales stratégies d'intervention du PNDS | 52 |
| 4.3. | Les actions prioritaires du PNDS | 52 |
| 4.4. | Cibles de couverture des interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation de services et de soins | 64 |
| CHAPITRE V: CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI – EVALUATION DU PNDS | | 67 |
| 5.1. | Mise en œuvre | 67 |
| 5.1.1. | Cadre logique | 67 |
| 5.1.2. | Cadre institutionnel | 70 |
| 5.1.3. | Organes et instances de coordination par niveau et rôle dans la mise en œuvre | 70 |
| 5.1.4. | Rôles et responsabilités des parties prenantes | 72 |

| | | |
|---|--|------------|
| 5.1.5. | Conditions et procédures de mise en oeuvre | 72 |
| 5.1.6. | Outils de mise en œuvre du PNDS | 74 |
| 5.2. | Suivi et Evaluation | 76 |
| 5.2.1. | Cadre National des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du système de santé..... | 76 |
| 5.2.2. | Monitoring | 78 |
| 5.2.3. | Revue sectorielle..... | 78 |
| 5.2.4. | Evaluation | 78 |
| 5.2.5. | Cadre de mesure de rendement..... | 79 |
| 5.2.6. | Calendrier de mise en œuvre des résultats du PNDS..... | 84 |
| CHAPITRE VI: FINANCEMENT DU PNDS 2015 – 2024..... | | 89 |
| 6.1. | Cadrage financier | 89 |
| 6.2. | Hypothèses de calcul des coûts..... | 89 |
| 6.3. | Résumé des coûts du PNDS 2014 - 2024..... | 89 |
| 6.3.1. | Coût prévisionnel total | 89 |
| 6.3.2. | Coût par Orientation Stratégique du PNDS | 89 |
| 6.3.3. | Coût par niveau de prestation de service et par pilier du système de santé .. | 92 |
| 6.4. | Analyse des gaps de financement | 94 |
| 6.5. | Analyse de l'espace fiscal | 96 |
| 6.5.1. | Situation du financement du secteur de la santé | 96 |
| 6.5.1.1. | Dépenses globales de la santé..... | 96 |
| 6.5.1.2. | Financement de la santé par le budget de l'Etat..... | 96 |
| 6.5.2. | Stratégies de mobilisation des ressources financières en faveur du PNDS ... | 97 |
| 6.5.2.1. | Ressources de l'Etat et des partenaires au développement..... | 98 |
| 6.5.2.1. | Utilisation efficiente des ressources..... | 101 |
| 6.6. | Modalités de gestion des ressources financières mobilisées | 101 |
| 6.7. | Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières | 102 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | | 103 |
| ANNEXES | | 104 |
| Annexe 1 : IMPACT ATTENDU DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2015 – 2024 | | 104 |
| 1.1 ESTIMATION DES IMPACTS..... | | 104 |
| 1.1.1 Estimation du nombre de décès évités chez les enfants de moins de 5 ans..... | | 104 |
| 1.1. Estimation du nombre de décès évités chez les femmes..... | | 105 |
| 1.2. Estimation du nombre de décès d'hommes et de femmes évités grâce au traitement par les antirétroviraux..... | | 106 |
| 1.3. Estimation du nombre de nouvelles infections VIH évitées par la mise en œuvre de la PTME | | |

| | |
|---|------------|
| 2. ESTIMATION DES GAINS DE PRODUCTIVITE GRACE A LA SURVIE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS..... | 106 |
| Annexe 2 : Cibles annuelles de couverture..... | 108 |
| Annexe 3. Schéma de financement du PNDS 2015-2024 | 118 |
| Annexe 4. Plan de financement par orientation stratégique du PNDS 2015 – 2024 (en milliers de dollars USD) | 119 |
| Annexe 5. Plan de financement par niveaux de prestations et par piliers du système de santé du PNDS 2015 – 2024 (en milliers de dollars USD) | 120 |

FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Carte administrative de la Guinée | 15 |
| Figure 2: Effectifs des RHS des secteurs public et privé de santé par catégorie socio-professionnelle en 2015 en Guinée | 25 |
| Figure 3: Distribution du personnel de santé par région en 2014 en Guinée..... | 26 |
| Figure 4: Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée..... | 41 |
| Figure 5: Couverture des interventions au niveau communautaire..... | 42 |
| Figure 6: Goulots d'étranglement lié à la couverture des interventions orientées vers les populations..... | 44 |
| Figure 7: Goulots d'étranglement liés à l'organisation des services cliniques individuels du premier contact..... | 45 |
| Figure 8: Goulots d'étranglement liés à l'organisation des services cliniques individuels au niveau clinique de référence..... | 46 |
| Figure 9: Répartition des ressources financières du PNDS par orientation stratégique..... | 90 |
| Figure 10: Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB | 96 |
| Figure 11: Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé | 97 |
| Figure 12: Coût du PNDS versus disponibilité financière | 98 |

TABLES

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Dépenses de santé par source de financement selon les CNS de 2010 | 33 |
| Tableau 2: Matrice des actions prioritaires du PNDS 2015 - 2024 par axes d'intervention et par objectifs selon les orientations stratégiques de la PNS | 53 |
| Tableau 3: Cibles de couverture du niveau communautaire | 64 |
| Tableau 4: Cibles de couverture pour les services orientés vers les populations..... | 65 |
| Tableau 5: Cibles de couverture du niveau clinique | 66 |
| Tableau 6: Cadre conceptuel pour le suivi et l'évaluation | 83 |
| Tableau 7: Cadre national des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du PNDS et du système de santé..... | 76 |
| Tableau 8: Cadre de mesure de rendement du PNDS 2015 - 2024..... | 79 |
| Tableau 9: Coût estimatif du PNDS 2015 - 2024 par orientation stratégique (en millier de USD) | 91 |
| Tableau 10: Coût estimatif du PNDS 2015 - 2024 du PNDS par niveau de prestation de services et par pilier du système de santé (en milliers USD)..... | 93 |
| Tableau 11: GAP de financement du PNDS 2015 - 2024 (en milliers USD) | 95 |
| Tableau 12: Scénarii de financement du PNDS 2015 - 2024 (en milliers USD) | 100 |

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

| | |
|-------------|---|
| ARV | : Antirétroviral |
| ASC | : Agent de Santé Communautaire |
| BCG | : Bacille Calmette et Guérin |
| BSD | : Bureau de Stratégie et de Développement |
| CARMMA | : Campagne pour la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique |
| CCIA | : Comité de Coordination Inter Agence |
| CCSS | : Comité de Coordination du Secteur de la Santé |
| CDMT | : Cadre de Dépenses à Moyen Terme |
| CDV | : Centre de Dépistage Volontaire |
| CEDEAO | : Communauté Economique et des Etats d'Afrique de l'Ouest |
| CHPP | : Plateforme Nationale de Dialogue Politique en santé |
| CMC | : Centre Médico-Communal |
| CNS | : Comptes Nationaux de la Santé |
| CPC | : Consultation Primaire Curative |
| CPN | : Consultation Périnatale |
| CPN4 | : 4 ^{ème} Consultation Périnatale |
| CRTS | : Centre Régional de Transfusion Sanguine |
| CSA | : Centre de Santé Amélioré |
| CS | : Centre de Santé |
| CSU | : Couverture Sanitaire Universelle |
| CTA | : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine |
| DHIS | : Plateforme d'Information Sanitaire du District de santé |
| DOTS | : Traitement Court sous Observation Directe |
| DPS | : Direction Préfectorale de la Santé |
| DRS | : Direction Régionale de la Santé |
| DTP3 | : 3 ^{ème} Vaccination anti Diphtérie Tétanos Poliomyélite |
| EDS-MICS IV | : 4 ^{ème} Enquête Démographique et de Santé/Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples |
| EGS | : Etats Généraux de la Santé |
| FHVE | : Fièvre Hémorragique à Virus Ebola |
| GAVI | : Alliance Internationale pour les Vaccins et l'Immunisation |
| GIZ | : Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence Allemande de Coopération Internationale) |
| GNF | : Nouveau Franc Guinéen |
| HHA | : Harmonisation pour la Santé en Afrique |
| HTA | : Hypertension Artérielle |
| IHP+ | : Partenariat International pour la Santé et Initiatives Connexes |
| INSE | : Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant |
| INSP | : Institut National de Santé Publique |
| MAE | : Ministère des Affaires Etrangères |
| MEF | : Ministère de l'Economie et des Finances |
| MII | : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide |
| MNT | : Maladie Non Transmissibles |
| MS | : Ministère de la Santé |
| MSF | : Médecins Sans Frontières |
| MTN | : Maladie Tropicale Négligée |
| MVE | : Maladie à Virus Ebola |
| NHO | : Observatoire National de la santé |

| | |
|----------|--|
| NTIC | : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication |
| OMD | : Objectif du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : Agence des Nations Unies pour la lutte contre le Sida |
| OOAS | : Organisation Ouest-Africaine de la Santé |
| PCG | : Pharmacie Centrale de Guinée |
| PCIMNNE | : Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'Enfant |
| PEV | : Programme Elargi de Vaccination |
| PF | : Planification Familiale |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PNDR | : Plan National de Développement de la Recherche |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNRS | : politique nationale de la recherche en santé |
| PNS | : Politique Nationale de Santé |
| PNUD | : Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PPN | : Politique Pharmaceutique Nationale |
| PRDS | : Plan Régional de Développement Sanitaire |
| PS | : Poste de Santé |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère - Enfant |
| REGUILAB | : Réseau Guinéen de Laboratoires |
| RHS | : Ressources Humaines pour la Santé |
| RSI | : Règlement Sanitaire International |
| SARA | : Service Availability Readiness Assessment (Mesure de la disponibilité et de la préparation des services) |
| SBC | : Services à Base Communautaire |
| SIDA | : Syndrome d'immunodéficience Acquis |
| SNIS | : Système National d'Information Sanitaire |
| SONU | : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence |
| SONUB | : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base |
| SONUC | : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets |
| SOUC | : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets |
| SRAS | : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère |
| TPI | : Traitement Préventif Intermittent |
| TRO | : Thérapie de Réhydratation par voie Orale |
| UA | : Union Africaine |
| UE | : Union Européenne |
| UNFPA | : Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNHCR | : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USAID | : Agence des Etats-Unis pour le Développement International |
| USD | : Dollar des Etats-Unis |
| VAT2 | : 2 ^{ème} Vaccination Antitétanique |
| VIH | : Virus de l'Immunodéficience Humaine |

RESUME EXECUTIF

Depuis une trentaine d'année, la Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basé sur les soins de santé primaires et le district de santé. Ce système a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé à un moment donné. Malgré ces acquis, l'analyse récente de la situation du secteur a montré des contre-performances.

Un affaiblissement de la gouvernance du système de santé et un cadre macroéconomique timide frappé de plein fouet par l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) qui sévit dans le pays depuis décembre 2013 sont venus alourdir cet état de fait.

La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le Gouvernement, en collaboration avec ses partenaires, à l'organisation des Etats Généraux de la Santé (EGS) tenus en juin 2014 en exécution des directives du Président de la République, chef de l'Etat. Ces assises ont permis à l'ensemble des parties prenantes de mener des réflexions approfondies sur les problèmes majeurs de santé et du système de santé qui ont conduit de manière consensuelle à la définition d'une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action pour une nouvelle Politique Nationale de Santé. De cette politique, est décliné le présent Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024.

La démarche d'élaboration de ce PNDS a été un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes et a connu les étapes suivantes : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale, (ii) la définition des orientations stratégiques ; (iii) la définition des axes d'intervention et des priorités d'actions ; (iv) l'élaboration du cadre de mise en œuvre et du cadre de suivi-évaluation ; (v) la planification et la budgétisation axée sur les résultats avec l'outil OneHealth.

L'analyse de la situation sanitaire nationale a permis de mettre en exergue les principaux problèmes suivants :

- Mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile élevée ;
- Prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.) et des maladies non transmissibles ;
- Faible performance du système de santé dans ses six piliers fondamentaux.

Les résultats de la mise en œuvre de ce nouveau plan permettront d'atteindre les **impacts** ci-après : (i) une réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 123 pour 1000 naissances vivantes à 47 pour 1000 en 2024 ; (ii) une réduction du ratio de mortalité maternelle de 724 pour 100 000 NV à 349 pour 100 000 NV en 2024 ; (iii) une réduction du taux de mortalité néonatale de 33 pour 1000 à 12,5 pour 1000 en 2024 (iv) une réduction de la mortalité infantile de 67 pour 1000 à 26 pour 1000, (v) une réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 123 pour 1000 à 47 pour 1000; (vi) les létalités liées aux maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA seront réduites par rapport à leur niveau de 2015; (vii) le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans passerait de 31% en 2015 à 21% en 2024 et (viii) le taux de malnutrition aiguë de 9% en 2015 à 4% en 2024.

Ce PNDS dont l'objectif général est d'améliorer l'état de santé de la population guinéenne, est bâti autour de trois orientations stratégiques et six sous-stratégies qui sont déclinées en stratégies d'intervention. Ces orientations stratégiques sont : **le Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence, la Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées et le Renforcement du système national de santé**

La mise en œuvre du PNDS 2015-2024 se focalisera sur une approche sectorielle à tous les niveaux du système national de santé en fonction des attributions de chacun et de manière conjointe avec l'ensemble des acteurs. Cette mise en œuvre reposera sur certaines conditions, des outils, un cadre institutionnel et des organes et instances de coordinations par niveau et rôle, dont : (i) Un Comité de coordination du secteur de la santé, (ii) Un Comité de pilotage aux niveaux national, régional et préfectoral, (iii) Un Secrétariat permanent.

Le suivi-évaluation du PNDS 2014-2024 se fera autour d'un certain nombre d'outils à savoir : (I) le monitoring ; (ii) la revue sectorielle à travers des sessions semestrielle et annuelle par le district de santé, la région et le niveau central ; (iii) une série d'évaluations qui portera sur le Plan triennal 2015-2017, l'évaluation à mi-parcours (2020), l'évaluation à terme (2024) qui va permettre de renseigner les effets produits par la mise en œuvre du PNDS 2015-2024 et enfin l'évaluation ex post (2029/2030) permettra de renseigner l'impact sur la santé des populations bénéficiaires ; (iii) un cadre conceptuel, un cadre des indicateurs de suivi-évaluation et un cadre de mesure de rendement seront aussi utilisés pour la fiabilité des résultats et de l'atteinte des objectifs fixés.

Le cadrage financier du PNDS 2015-2024 a été fait en prenant en compte les données programmatiques utilisant l'outil de budgétisation OneHealth pour lever les goulots d'étranglement. La budgétisation s'est appuyée sur un scénario basé sur la maîtrise de l'inflation en dessous du seuil de 7%, ce qui devait aboutir à la variation du budget par tête d'habitant de 5% en moyenne par an durant la période. Ce scénario a permis de dégager un budget prévisionnel du PNDS à 56 336 936 244 344 Francs Guinéens (GNF), soit environ 7 727 974 793 dollars US (taux de change : 1 USD = 7290 GNF).

Le coût par orientation stratégique est de 59% pour le renforcement du système de santé, 24% pour la prévention et la prise en charge des maladies et des situations d'urgence et 17% pour le développement de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées.

INTRODUCTION

Le système de santé est caractérisé par (i) une morbidité et une mortalité encore élevées en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant), (ii) une couverture effective faible pour la plupart des services essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes, le tout aggravé par la survenue, en mars 2014, de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, avec son important impact socioéconomique.

Le profil épidémiologique national reste dominé par (1) les maladies transmissibles notamment le paludisme, la tuberculose et les IST/VIH/sida, les maladies tropicales négligées et les maladies à potentiel épidémique y compris les fièvres hémorragiques, (2) les maladies non transmissibles, les déséquilibres nutritionnels, (3) les pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement, au postpartum et (4) les catastrophes.

La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, à l'organisation des Etats Généraux de la Santé (EGS).

Ces EGS, tenus en juin 2014, en exécution des directives du Président de la République, chef de l'Etat, ont permis à l'ensemble des parties prenantes de mener des réflexions approfondies sur les problèmes majeurs de santé et du système de santé en vue de dégager de manière consensuelle une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action.

Ainsi, dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, le gouvernement guinéen a révisé sa Politique Nationale de Santé de laquelle sera élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2015-2024.

Le PNDS 2015-2024 fournit des orientations stratégiques claires, pertinentes et consensuelles tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays. Il constitue le cadre unique de mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Ce PNDS, qui est le résultat d'un processus inclusif, ascendant et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé, repose essentiellement sur les trois objectifs stratégiques de la Politique nationale de santé à savoir :

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences,
- Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie,
- Améliorer la performance du système national de santé.

La démarche méthodologique a retenu entre autres, des études thématiques, des revues documentaires, une analyse des goulots d'étranglement des interventions à haut impact et l'utilisation de l'outil OneHealth pour l'estimation des coûts du PNDS.

Pour la mise en œuvre efficace de ce Plan, un cadre de mise en œuvre ainsi qu'un plan de suivi-évaluation ont été élaborés et permettront d'apprécier les progrès accomplis tout au long de la période.

La conduite de ce processus aboutira à la signature du compact national dans le cadre de l'adhésion de la Guinée à l'initiative "International Health Partnership (IHP+)".

En adoptant ce plan, le gouvernement marque ainsi sa volonté politique et son engagement de réaliser des progrès substantiels vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle malgré un environnement économique particulièrement difficile.

CHAPITRE I: HISTORIQUE ET REALISATIONS

1.1. Historique du système de santé

Le système de santé guinéen peut être décrit dans son évolution en 4 périodes :

- **La période coloniale** : elle est caractérisée par l'intervention des équipes mobiles de lutte contre les endémies et la création des hôpitaux dans les grandes villes et au niveau des stations des entreprises minières et agricoles. Le personnel était en majorité des militaires de la colonie, les missionnaires et des auxiliaires africains. Ce système de santé visait surtout la protection des colons, leurs employés et à des degrés moindres les indigènes.
- **La période de 1958-1984** : elle est caractérisée par un pouvoir révolutionnaire qui a mis un accent sur **l'équité d'accès aux soins**. Au cours de cette période, la disponibilité des ressources humaines en périphérie et des produits pharmaceutiques était assurée. La mise en œuvre du Plan Triennal de Développement Socioéconomique a permis de rendre disponible des dispensaires, des hôpitaux et des médicaments et consommables dans toutes les préfectures du pays. Le financement des soins et services était essentiellement public et les soins gratuits. C'était le temps de « l'Etat-providence ».
- **La période 1984-2000** (période de réformes): elle est caractérisée par une option **politique libérale** déclinée à partir des assises de la conférence nationale de la santé tenue en juillet 1984. Dans le secteur de la santé, des réformes ont été engagées à savoir : l'officialisation du secteur privé, l'opérationnalisation des soins de santé primaires et le recouvrement des coûts dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako et la réforme hospitalière et pharmaceutique. **Le forum national de la santé, organisé en mai 1997, à Conakry**, a recommandé l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire. Les réformes entreprises ont permis d'améliorer la couverture sanitaire et le niveau des indicateurs de santé. A cette époque, le système de santé guinéen constituait un modèle pour des pays qui avaient un niveau de développement similaire. Ces résultats ont été obtenus grâce, entre autres, à la politique de la décentralisation et la participation communautaire. Au cours de cette période, la Guinée qui avait souscrit à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1978, s'est engagée dans la mise en œuvre de cette stratégie qui a permis de relancer les centres de santé par la mise en place d'un paquet de soins essentiels orienté vers la mère, l'enfant, les affections courantes et la fourniture de médicaments essentiels. Cette approche a été couplée à une réforme du financement de la santé basée sur la contribution des usagers (Initiative de Bamako) en 1987. La mise en place de la politique des SSP a été complétée par la réforme hospitalière en 1991. Pour maintenir les acquis de ces stratégies, le Gouvernement s'est engagé dans la formulation et la mise en œuvre des documents stratégiques de programmation sectorielle.
- **Période 2000-2014** : le système de santé est caractérisé par une multitude de projets et programmes verticaux. Des dysfonctionnements du système ont été constatés et le Ministère de la Santé a organisé la revue du système de santé en 2000 à Dalaba. Cette revue a recommandé l'élaboration de la nouvelle Politique Nationale de Santé assortie d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) à horizon 2010. Durant cette période, on assiste à une diminution

progressive du financement public ; ce qui a alourdi le fardeau supporté par les ménages exposés à la précarité et à la vulnérabilité découlant du paiement direct.

1.2. Réalisations

L'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012 a montré que d'importantes actions ont été réalisées au cours de la période. Les principales réalisations sont les suivantes :

1.2.1. Renforcement des services de santé :

- L'acquisition des moyens logistiques de transport : 11 véhicules 4x4, 50 motos, 250 bicyclettes pour postes de santé, 17 incinérateurs ;
- La dotation en équipements SOUB et SOUC, biomédicaux / instrumentation / matériels médicaux, réactifs PTME, médicaments et consommables, de 5,000 poches à sang pour le CNTS et outils de gestion,
- L'acquisition des vaccins pour le PEV;
- La supervision des PS, des CS et des hôpitaux et formations des prestataires ;
- L'acquisition et installation 47 Radiocommunications et Accessoires Solaires, de mobilier médical (lot I) et de groupes électrogènes et d'équipements divers et de Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action.
- La fourniture des ARV, des antituberculeux, des antipaludiques, des kits césarienne
- La fourniture des ambulances et des motos
- La réalisation des études sur les avortements à risques, la définition et la faisabilité de l'assurance maladie obligatoire en Guinée, le plan stratégique de renforcement des RHS, l'enquête de suivi de la traçabilité des dépenses du secteur de la santé, sur la satisfaction des bénéficiaires des soins de santé et sur la revue des dépenses publiques dans le secteur de la santé et les comptes nationaux de la santé ;
- L'élaboration d'un document d'orientation pour l'appropriation des Centres de Santé par la communauté,
- L'élaboration de la Stratégie Nationale de Promotion des Mutuelles de Santé.

1.2.2. Renforcement de la gouvernance du secteur

- L'élaboration d'un document de procédure de gestion administrative, comptable et financière ;
- L'acquisition de véhicules pour la coordination, les structures centrales, déconcentrées et décentralisées du Ministère de la Santé ;
- L'informatisation du Système de Gestion des Ressources Humaines ;
- La révision des outils du SNIS en y intégrant les indicateurs de la santé de la reproduction et de la nutrition ;
- L'appui à l'élaboration des plans régionaux de gestion des déchets biomédicaux ;
- L'évaluation du système logistique des produits de santé ;
- L'élaboration de la cartographie des structures et des intervenants ;
- La réalisation des formations en faveur du personnel.

CHAPITRE II: PROFIL DU PAYS

2.1. Situation géographique

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

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

La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 mm d'eau par an avec une humidité élevée.

La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm d'eau par an avec un climat semi-tempéré.

La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm d'eau par an avec un climat chaud et sec.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, caractérisée par une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm par an avec un climat humide.

Figure 1: Carte administrative de la Guinée



2.2. Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km². Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population guinéenne sera de 14 423 741 habitants en 2024. Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%) presque exclusivement de l'agriculture et de l'élevage. La démographie est marquée par de fortes disparités régionales : Haute Guinée (24,9%), Basse Guinée (21,8%), Moyenne Guinée (19,3%), Guinée Forestière (18,3%) et la zone spéciale de Conakry (15,7%) de la population totale¹. Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. On note un taux de fécondité élevé aux jeunes âges, avec un taux de 146‰ à 15-19 ans, qui augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 224‰ à 25-29 ans et qui se maintient à un niveau relativement élevé jusqu'à 30-34 ans où le taux se situe encore à 198 ‰. Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans².

2.3. Situation socioéconomique

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

La croissance économique, estimée à 3,9% en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire a perdu 2 points en 2015, suite à la survenue de la MVE.

Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.

Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le Budget national a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012³, ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

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

¹ MP, *Bulletin de Population et Développement, 2012*

² PNUD, *RMDH 2010*.

³ DRSP/III, 2012

⁴ PNUD, *Rapport Mondiaux sur le Développement Humain, 2012*

2.4. Situation socioculturelle

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Le TBS des filles est passé de 70,1% à 73,5%⁵ dans la même période. Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons. Le taux brut d'abandon au primaire est de 8% en moyenne avec 13% pour les filles et 6 % pour les garçons. Il est de 94% chez les filles à Conakry contre 26 % dans la région de N'Zérékoré.

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation⁶ est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs⁷.

2.5. Situation juridique

Le secteur est règlementé par des lois en faveur de la santé, en particulier pour des populations vulnérables (femmes et enfants). Il s'agit de :

- La loi L010/AN/2000 portant sur la SR donne le droit à l'accès aux services SR/PF ; dans cette loi, 2 types d'avortements sont autorisés (avortement médical et grossesse incestueuse) ;
- La loi et les textes interdisant les Mutilations Génitales Féminines (MGF) ;
- Le code de la famille interdisant toutes les formes de violences (domestiques, conjugales, sexuelles...) non adopté ;
- Le projet de loi sur l'âge du mariage pour réduire les mariages précoces ;
- La loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2011 adoptant et promulguant la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA.

Toutefois, la majorité de ces lois souffrent de leur mise en œuvre liée à l'absence de textes d'application.

2.6. Cadre législatif et réglementaire spécifique

2.6.1. Dans le secteur public

La loi L/2008/028/AN du 31 décembre 2008, portant Statut Général des Fonctionnaires, définit et classe les emplois de la fonction publique (A, B, C), les qualifications et fonctions correspondantes (cadre, assistant et exécutant) et les conditions et modalités d'ouverture des postes et d'accès aux emplois⁸.

Cette loi préconise l'annuité des recrutements et les positions dominantes des Ministres en charge de la Fonction publique et des Finances dans ce processus. Elle précise les

⁵ MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

⁶ MP, 'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté, 2012

⁷ Enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (Avril 2001), Guinée

⁸ Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des fonctionnaires

droits et obligations contractuels de l'Etat et du Fonctionnaire, notamment le droit du fonctionnaire à la protection sociale, à la formation et à la protection contre les menaces et risques du métier.

Elle fixe les positions administratives du fonctionnaire, les incompatibilités professionnelles, les sanctions, les avancements et le régime des rémunérations. Ladite loi dispose que des décrets précisant les conditions particulières de son application seront pris⁹.

En 2008, le décret d'application portant statut particulier du personnel de la santé a été pris, lui-même nécessitant des textes d'application.

Les arrêtés d'application prévus par ledit décret ont été pris au cours de l'année 2012 et la mise œuvre a commencé en 2014. Toutefois, les mesures proposées ne semblent pas suffisantes pour atteindre les résultats escomptés.

2.6.2. Dans le secteur privé

Des Ordonnances fixent le régime général de travail de même que le régime spécifique propre à certains métiers comme les travailleurs en mer et les apprentis^{10,11}. Contrairement au régime général des fonctionnaires, le code du travail est très libéral. Cependant, il encadre les conditions de contractualisation entre employé et employeur et assure une protection sociale, d'hygiène et de sécurité du travailleur.

2.7. Situation politique, administrative et gouvernance

La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 Octobre 1958. De l'indépendance à 1984, le pays a été dirigé par un régime de parti unique qui a été suivi par un pouvoir militaire jusqu'en 1990, date à laquelle la Guinée s'est dotée d'une nouvelle Constitution consacrant le multipartisme. A ce jour, plus de deux cents partis politiques sont agréés dans le pays. Ce nouveau processus démocratique amorcé a été interrompu de 2008 à 2010 par un autre régime militaire de transition.

Le pouvoir exécutif est détenu par le Président de la République et le régime est présidentiel. Le Président de la République détient un pouvoir réglementaire qu'il exerce par des décrets. Il est élu au suffrage universel pour un mandat de 5 ans, renouvelable une fois.

Le pouvoir législatif est détenu par l'Assemblée Nationale qui compte 114 députés élus au suffrage universel pour cinq ans.

La Cour Suprême détient quant à elle le pouvoir Judiciaire. Le Conseil Économique et Social et le Conseil National de la Communication complètent les Institutions républicaines du pays.

La décentralisation constitue une priorité pour le Gouvernement et se caractérise par la mise en place de structures locales chargées de la mise en œuvre des fonctions transférées au bénéfice des populations.

1.1.1. *9Loi L/2001/028/AN du 31 décembre 2001, portant Statut général des fonctionnaires*

10 Ordonnance N° 003/PRG/SGG/88 du 28 janvier 1988, portant institution du code du travail

11 Ordonnance N° 91/002/PRG/SGG du 8 janvier 1991

CHAPITRE III. PROFIL SANITAIRE

3.1 Etat de santé et déterminants de santé

3.1.1. Etat de santé

Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2012, le ratio de la mortalité maternelle est de 724 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 33‰, le taux de mortalité infanto juvénile de 123‰ et le taux de mortalité infantile de 67‰. Le niveau de ces indicateurs de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile reste encore très élevé par rapport aux pays à économie similaire.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une prévalence de la parasitémie à 44% chez les enfants¹². Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. C'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012¹³. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations. L'épidémie de VIH/SIDA est de type « généralisée ».

La prévalence de la Tuberculose, de 178 TPM+ pour 100.000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection avec le VIH/SIDA.

Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge¹⁴.

Il faut aussi noter la survenue fréquente d'épidémies de choléra, de méningite, de rougeole.

En 2011, 7% des décès hospitaliers sont dus au diabète sucré et 7% à l'hypertension artérielle¹⁵.

Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère. Il existe de fortes disparités selon le milieu de vie et le statut économique. 10% des moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe dont 4% sous la forme sévère.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans

¹²EDS 2012

¹³EDS 2012

¹⁴EDS 2012

¹⁵ Source : MSHP, Annuairestatistique 2011

les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

Les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine¹⁶.

Au 12 novembre 2014, 1 928 cas de la maladie à virus Ebola (MVE) ont été notifiés avec 1 174 décès soit 60,9%. Le personnel de santé, avec un effectif de 9 674 depuis 2012, a subi de lourdes pertes en vies humaines avec 93 cas et 43 décès (46,24%).

3.1.2. Déterminants de la santé

Le faible niveau d'instruction (33% d'hommes et 60% de femmes) et le faible niveau de revenu ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations.

La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles.

Le tabagisme (17% dans les établissements scolaires), la toxicomanie et l'alcoolisme sont à la base de certaines maladies mentales chez les adolescents et les jeunes ainsi que d'autres maladies non transmissibles.

L'Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté (ELEP) 2012 indique que 55,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation fragilise une partie importante de la population dans un contexte où la protection contre le risque maladie est faible (5%). L'état de santé de la population est déterminé par plusieurs facteurs universellement regroupés en quatre catégories ou déterminants majeurs de la santé à savoir : les caractéristiques démographiques et biologiques ; l'environnement physique et socio-économique ; les croyances, styles de vie, attitudes et comportements ; les systèmes et services de santé.

Au regard du contexte, de l'état de santé de la population et des facteurs sociaux qui le sous-tendent, les principaux problèmes identifiés sont : i) Un taux de croissance de la population élevé (3.1%) et en décalage avec la croissance économique (2.8%). Un tel rythme de croissance entrainera un doublement de la population dans les 25 prochaines années ; ii) une faiblesse des revenus des populations avec une tendance à l'aggravation ; iii) La méthode de financement de la santé reposant essentiellement sur le paiement direct par les ménages ; iv) un cadre de vie peu propice notamment en zones urbaines caractérisées par une grande promiscuité et un faible niveau d'assainissement et

d'hygiène ; v) un niveau d'alphabétisation faible et une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.) ; vi) le Partenariat Public/Privé presque inexistant ;vii) l'accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population; viii) le déséquilibre dans la répartition des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ; ix) la mauvaise gestion de l'environnement et de la biodiversité ; x) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; xi) les faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements, etc.) des structures de régulation, de conception et d'appui technique ; xii) la faible application des textes juridiques et réglementaires¹⁷.

3.2 Système de santé

3.2.1. Gouvernance et leadership

3.2.1.1. Cadre institutionnel

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

Plusieurs éléments caractérisent le dispositif institutionnel actuel au niveau central :

- le dispositif mis en place contribue au renforcement d'une logique verticale (multiplicité des programmes dont la coordination reste assez complexe.). Il est caractérisé par la faiblesse des capacités opérationnelles de nombreuses structures centrales soit en raison de leur faible position dans la hiérarchie, soit en raison de l'insuffisance des moyens humains et matériels pour leur fonctionnement. C'est le cas entre autres du service en charge de la gestion des ressources humaines en santé, de la Division des Affaires Financières (DAF) du MS, du service en charge du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et de l'Inspection Générale de la Santé (IGS).

Au niveau déconcentré et décentralisé, la mission note :

- Un ancrage du système de santé avec le processus de décentralisation vers les collectivités. Cet ancrage constitue une opportunité car son opérationnalisation peut constituer une base de renforcement de la participation communautaire;
- Le niveau déconcentré du système de santé repose sur les Directions Régionales de santé, mais plusieurs éléments indiquent que l'espace sanitaire régional est relativement peu cohérent en tant qu'entité unique de gestion et de promotion de la santé à l'échelon régional. Ces éléments sont entre autres : La gestion des ressources humaines fortement centralisée ne permet pas au niveau régional de moduler la répartition des ressources humaines en fonction des besoins au

¹⁷(Analyse de situation du secteur de la santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée suivant lettre de marché 2011/261099. RAPPORT FINAL, Rédigé par: Abel BICABA, Amadou KOITA, MatambaMujika MUABA, Abdoulaye FOFANA, Michel BLANCHOT. Novembre 2011, page 12).

niveau local ; La gestion de l'information sanitaire centralisée, fait de la DRS une étape de collecte et de transmission. Le processus de synthèse et d'analyse locale n'est pas effectif. La synergie d'action entre Hôpitaux régionaux (HR) et Directions Régionales de la Santé (DRS) n'est pas toujours effective pour plusieurs raisons dont l'insuffisance des ressources humaines dans les HR qui ne facilite pas leur implication dans l'appui aux DPS avec la DRS, et l'interprétation parfois différente des rôles et attributions entre DRS et HR et l'insuffisance des ressources humaines à même d'animer les DRS conformément aux fonctions qui leurs sont assignées. Certaines structures déconcentrées telles que la PCG à travers ses cinq antennes régionales connaissent une fonctionnalité dans le principe.

3.2.1.2. *Coordination des interventions dans le secteur de la santé*

De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de coordination aussi bien au niveau central, régional que préfectoral. Ces structures notamment au niveau régional et préfectoral se tiennent régulièrement (CTRS, CTPS) avec production des rapports. Ce dispositif de coordination reste relativement interne, et des efforts sont encore à faire pour systématiser des cadres de concertation avec les PTF, aussi bien au niveau central qu'au niveau régional et préfectoral. Ces cadres, pour être efficaces, doivent être alimentés par des rapports issus d'actions conjointes tels que les supervisions, les revues du secteur ou les évaluations périodiques.

La coordination avec le secteur sanitaire privé reste à réaliser notamment en zone urbaine où ces structures sont numériquement importantes.

3.2.1.3. *Planification, suivi et évaluation*

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

3.2.1.4. *Participation communautaire et collaboration intersectorielle*

Comme indiqué plus haut, concernant le système de santé à l'instar des autres secteurs de développement, il existe un processus d'ancrage dans la décentralisation en cours

dans le pays. Par ailleurs, à la faveur de la relance des Soins de Santé Primaire dans le pays, des initiatives sont prises avec la mise en place des Comités de Santé et d'Hygiène.

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

Il ressort que l'accent a été mis sur la promotion de la participation communautaire comme moyen de renforcement de l'implication de la communauté dans la gestion des centres de santé et n'apparaît pas comme une option clairement définie de la participation communautaire en tant que moyen de renforcement des capacités des communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé.

3.2.1.5. Régulation et lutte contre les pratiques illicites

Le contexte national reste caractérisé par l'existence d'un dispositif relativement important pour assurer la régulation et la lutte contre les pratiques illicites, mais aussi par un secteur illicite très actif dans le domaine du médicament.

En plus des normes et standards édités pour normaliser les pratiques, le pays dispose d'un arsenal législatif de lutte contre les produits illicites adapté et complet. Des colloques et des études sont régulièrement organisés dans ce domaine, notamment dans le cadre des «Journées médicales Guinée Rhône Alpes» (le dernier en date a eu lieu du 29 mai au 6 juin 2011), durant lesquelles des études ont été menées sur les faux médicaments (direction de la ville de Conakry en 1997/1998). Une politique a été rédigée, et des actions ponctuelles ont été menées dans la mesure de ses moyens par l'Inspection Générale de la Santé.

Un Comité Intersectoriel de lutte contre le marché parallèle a été créé en 1999, réunissant les représentants des Ministères de la Justice et de l'Intérieur, ceux de l'Etat-major de la Gendarmerie Nationale, de la Direction Nationale des douanes, et les différentes administrations régaliennes concernées. Le coût de fonctionnement de ce comité estimé à 93 millions de GNF, lors de sa création, n'a pu être financé.

De plus en plus, l'Inspection Générale de la Santé mène plusieurs actions en justice et implique plusieurs acteurs au niveau déconcentré dans la lutte contre les pratiques illicites (le MSHP a rédigé et adressé en mars 2008 des notes pour la lutte contre les marchés illicites des médicaments aux : Gouverneurs de Région, Préfets, Sous-préfets, Chefs de Sûreté, Commissaires Centraux et au Chef de l'Etat-major de la Gendarmerie Nationale).

Les principales insuffisances relevées sont : 1) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines), 2) les faibles capacités opérationnelles (faible capacité de ressources humaines, insuffisance d'équipements, des structures de régulation, de conception et d'appui technique, 3) la faible application des textes juridiques et réglementaires, 4) le partenariat public privé presque inexistant, 5) l'insuffisance de la

mise en œuvre de la santé communautaire (politique et plan stratégique) et 6) une insuffisance dans le processus de planification.

3.2.2. Infrastructures et équipements

Dans le domaine de l'offre de soins globale du pays, il existe 1 383 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 925 postes de santé, 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. Sur le nombre total d'infrastructures publiques, 51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards définis (258 postes de santé, 201 Centres de santé, 12 hôpitaux préfectoraux, 5 centres de santé communaux, 4 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux nationaux). La plupart des infrastructures sanitaires du pays ne répondent plus aux normes standards. Aussi, avec la survenue de la MVE, 94 formations sanitaires (soit 6%) des infrastructures sanitaires du pays ont été fermées en novembre 2014 à cause de la désertion et au décès du personnel de santé.

Pour l'ensemble du pays, il existe un total de 2 984 lits d'hospitalisation avec des ratios de disponibilité qui varient entre 2 396 pour la ville de Conakry et 6 797 pour la région administrative de Labé. Le ratio moyen est d'un lit pour 3 600 habitants contre une norme OMS d'un lit pour 1000 habitants. Il ressort donc que le pays a besoin d'un nombre complémentaire de lits d'hospitalisation dont la programmation devra tenir compte de leur taux d'occupation.

Les équipements des établissements de soins sont composés essentiellement du mobilier médical, des appareils biomédicaux et des moyens logistiques. L'équipement biomédical est utilisé essentiellement dans les structures hospitalières. Selon les normes établies par le Ministère de la Santé Publique, chaque hôpital doit comporter un paquet d'équipement lui permettant d'assurer la prise en charge des pathologies identifiées comme étant Il est à remarquer que le taux de disponibilité globale des équipements est seulement de 16%, cette situation oblige très souvent les malades porteurs de certaines pathologies à s'orienter vers un nombre réduit de structures. En effet, dans la plupart des hôpitaux, il manque des équipements d'imagerie (radio, échographie, scanner...). A cela, s'ajoute le manque de centres régionaux de transfusion sanguine, de services de maintenance efficace à tous les niveaux et d'une insuffisance d'équipements des blocs opératoires. La notion de soins de proximité dans un contexte généralisé de pauvreté n'est donc pas assurée. Il en résulte des dépenses extra médicales pour les usagers. Les hôpitaux guinéens sont globalement sous équipés, ce qui limite considérablement leur capacité technique de prise en charge et induit une forte demande d'évacuations sanitaires.

En outre, avec la survenue de la maladie à virus Ebola, la disponibilité en kits d'équipements essentiels de prise en charge d'Ebola dans les établissements de soins est estimée 57,2%. Il n'y a pas encore de disponibilité de kits de prise en charge au niveau communautaire. On note une quasi absence d'eau potable (9%), de l'électricité (3%) de latrines fonctionnelles dans les formations sanitaires. Elles manquent également de services de restauration et d'un système de gestions des déchets biomédicaux.

Selon les orientations de la politique hospitalière sont classés dans la catégorie des moyens logistiques : les ambulances médicalisées, les ambulances de transport ordinaires, les véhicules de fonction et les radios de communication VHF. Ces moyens logistiques font cruellement défaut et affectent la capacité des hôpitaux à répondre aux

sollicitations urgentes des malades en situation de détresse (pas d'ambulance médicalisée, 37% des ambulances ordinaires sont en bon état, 2% des véhicules utilitaires et 25% de radio VHF).

3.2.3. Ressources humaines

Sur le plan des effectifs, selon la base de données de 2014 issues du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé, l'effectif s'élève à 11.527 agents de santé, répartis tels que (Figure 2) :

- Les ATS (niveau secondaire) représentaient 37% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2014
- Les IDE représentaient 13% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants en 2014
- Les SFE représentaient 4% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 0,5 sages-femmes pour 10.000 habitants en 2014
- Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 0,16 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2014
- Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants
- Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 12 % de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014
- Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent donc 30% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 3,2 soignants pour 10.000 habitants en 2014

Selon les résultats du recensement biométrique de 2014 la Guinée disposait avant l'épidémie Ebola de 1417 médecins (généralistes), 1505 infirmiers d'Etat, 500 sages-femmes et 4284 agents techniques de santé (ATS) (Recensement national des personnels de santé, 2014), soit 0,725 agents de santé pour 1000 habitants (7,25 pour 10,000 habitants).

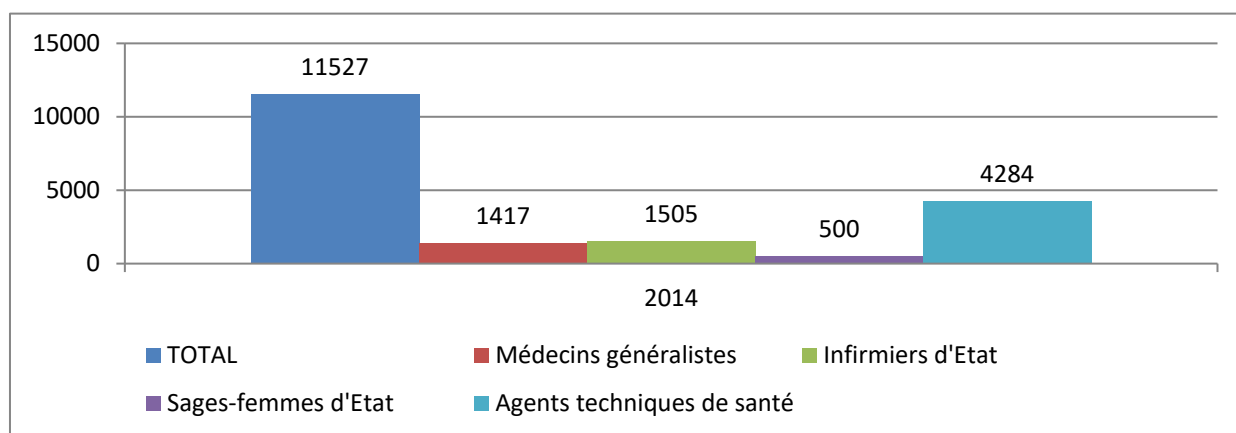


Figure 2: Effectifs des RHS des secteurs public et privé de santé par catégorie socio-professionnelle en 2015 en Guinée

Sur les 11527 personnels de santé, la majorité exercent à Conakry (6361), 1030 dans la région de Kindia et seulement 522 dans la région de Mamou (cf. figure 3).

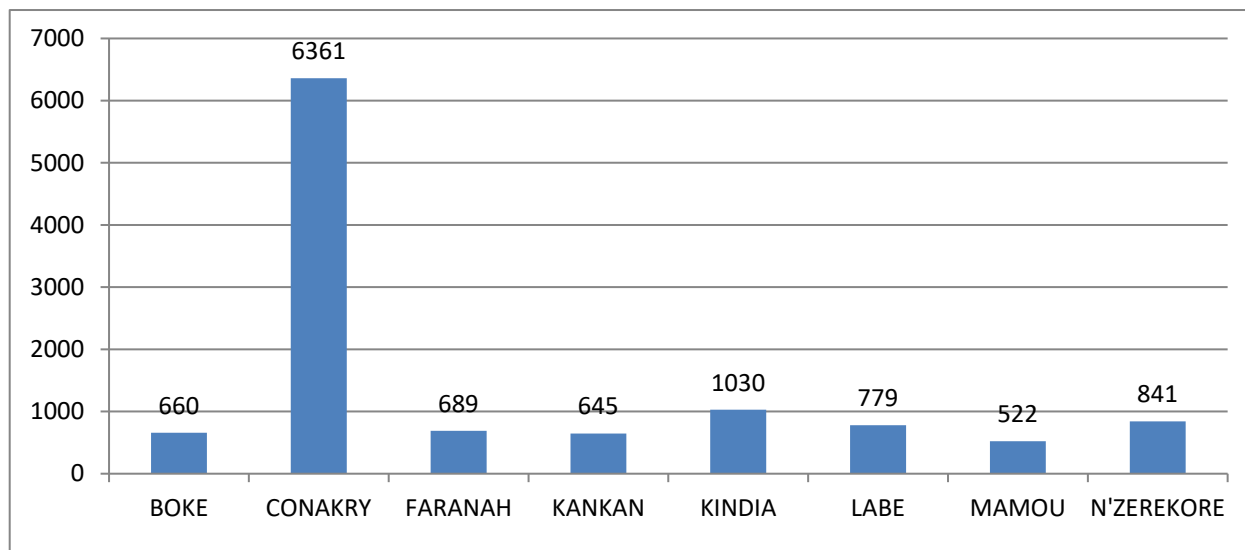


Figure 3: Distribution du personnel de santé par région en 2014 en Guinée

Sur le plan du genre, sur 11527 personnels de santé, 51 % sont des femmes (5891) et 49% des hommes. En outre, on constate un vieillissement alarmant des personnels de santé avec 65 % (7549) qui ont au moins 45 ans, 33 % ont entre 30 et 44 ans et moins de 1% (133) ont entre 15 et 29 ans., ce qui laisse présager un fort taux d'attrition dus aux départs à la retraite dans la prochaine décennie.

L'analyse de la situation des RHS fait ressortir des problèmes majeurs de développement des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En matière de planification des RHS, les principaux problèmes qui se dégagent sont : l'absence de vision et instruments stratégiques de planification, la faible opérationnalité de la structure en charge des RHS, l'absence de cadre de concertation et de coordination des acteurs, l'environnement général du pays durablement marqué par une situation économique, politique et sociale turbulente.

Sur le plan de la production des RHS, l'on note : faible capacité institutionnelle des établissements de formation et des institutions en charge du management de la formation, l'absence de politique et de plan national de formation au MS et au ministères en charge de la formation initiale des personnels de santé, l'absence de cadre de concertation entre les acteurs impliqués dans la production et le développement des RHS, la faible qualité de l'enseignement, la non adaptation des filières de formation aux besoins du système de santé et la production insuffisante de catégories de personnels manquants au système de santé et la surproduction de celles en excès ou moins pertinentes, absence de stratégie et mécanismes de mobilisation des financement privés et faible financement public au bénéfice des structures privées et publiques de formation, gestion discriminatoire de l'accès aux bourses de formation.

En matière de gestion des RHS, on enregistre les problèmes ci-après : faible capacité institutionnelle de gestion des RHS, absence de plan de carrière, l'absence de mesures incitatives et de motivation, recrutement aléatoire et souvent impertinent, distribution inéquitable du personnel, absence de système d'information de gestion des RHS,

absence de dispositif de gestion basée sur la performance, faiblesse des rémunérations des RHS, intégration hasardeuse des nouveaux fonctionnaires dans les services, mauvaise gestion des dossiers administratifs du personnel, gestion discriminatoire des mouvements du personnel et de la promotion administrative.

3.2.4. Technologie et produits de santé

Les produits de santé sont régis par trois documents essentiels : la Politique Pharmaceutique Nationale, la Politique de Biologie Médicale et la Politique de Transfusion Sanguine.

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Cette politique pharmaceutique nationale élaborée en 1994 et révisée en 2007 vise à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'assurance qualité et l'usage rationnel du médicament.

Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires et aux niveaux intermédiaires et périphériques par l'Inspection Régionale de la Pharmacie et la Section Pharmacie et Laboratoires des DPS. Les autres organes et institutions d'appui sont : le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et la Commission Nationale du Médicament.

Sur le plan législatif et réglementaire, les problèmes liés au cadre juridique sont entre autres l'obsolescence de la Loi pharmaceutique, l'insuffisance des textes d'application de cette loi et la faible application des textes existants. En outre, il faut relever l'insuffisance de contrôle de l'exercice de la profession et le manque de sanctions. Le manque de ressources affecte dangereusement la fonctionnalité des institutions de régulation du secteur pharmaceutique et la qualité des médicaments et dispositifs médicaux sur le marché. La faible évaluation des besoins en produits de santé, l'insuffisance des fonds alloués, la lenteur administrative dans les processus d'acquisition, la mauvaise gestion des ressources disponibles, la faible harmonisation des interventions rendent le sous-secteur pharmaceutique fragile.

Le secteur pharmaceutique est une composante essentielle du système national de santé. Il comprend les sous-secteurs public et privé. L'absence de préparateurs en pharmacie, l'absence de plan de formation continue, les difficultés d'application du plan de redéploiement et la faible motivation dans les structures publiques affectent sérieusement le fonctionnement de l'ensemble des structures pharmaceutiques. Enfin, il faut ajouter, pour tout le secteur pharmaceutique, l'absence de suivi des indicateurs de performance qui constitue un frein au développement harmonieux du sous-secteur.

Le sous-secteur pharmaceutique public : Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La Pharmacie Centrale de Guinée est un Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial (EPIC) créé en 1992. Elle a pour mission l'approvisionnement et la distribution des produits et consommables médicaux. Placée sous tutelle du Ministère de la santé, elle jouit d'une autonomie de gestion. Elle comprend un dépôt central et six dépôts régionaux (Conakry, Boké, Labé, Kankan, Faranah et N'Nzérékoré).

Une convention est établie entre l'Etat et la PCG pour en faire l'outil privilégié d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires, mais cette convention n'est pas appliquée.

En dépit de ces dispositifs décrits ci-haut, la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux se pose avec acuité dans les structures sanitaires publiques. Par ailleurs, l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola ayant entraîné la baisse de l'utilisation des services par les usagers et la baisse du recouvrement des coûts, les structures sanitaires n'arrivent plus à assurer un approvisionnement suffisant en produits de santé, ce qui est un facteur d'aggravation des problèmes de disponibilité cités plus haut. On constate de plus des insuffisances dans l'approvisionnement en matériel de protection individuelle dans le contexte de l'épidémie, en particulier dans les formations sanitaires périphériques, ce qui augmente les risques d'infection du personnel qui paie un lourd tribut à la maladie (80 cas d'infection par le virus Ebola dont 43 décès à la date du 15 octobre 2014).

Le sous-secteur privé pharmaceutique : Il est constitué par une (1) Unité de production de ME génériques, deux (02) Unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

Le sous-secteur informel : A côté de ces structures officielles d'approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illicite de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes. Les sources d'approvisionnement de ce marché illicite sont très diverses : l'importation clandestine, le détournement des commandes des structures de soins publiques, des échantillons médicaux «gratuits» et des dons de médicaments. La probabilité de rencontrer des médicaments de mauvaise qualité est très élevée à cause du développement exponentiel du marché illicite. La faible capacité de la PCG à assurer l'approvisionnement correct des structures de santé en produits essentiels de qualité¹⁸ et l'absence de contrôle de qualité favorisent la contrebande.

Il convient de signaler également la mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10 000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l'intérieur du pays).

Le dysfonctionnement de l'offre pharmaceutique et du contrôle de qualité, la faible solvabilité de la demande (pauvreté, absence de mécanismes de solidarité), le prix élevé des produits et le taux insuffisant (27%) d'exonération des droits de douanes et taxes à l'importation des dispositifs médicaux réduisent considérablement l'accessibilité aux médicaments de qualité.

Dans le domaine de l'usage rationnel du médicament, les insuffisances en matière de formation et d'information des prescripteurs et l'influence négative de la promotion médicale conduisent à des mauvaises prescriptions de médicaments. La non-utilisation des outils d'aide à la prescription rationnelle (protocoles thérapeutiques, guide thérapeutique national, ordinogramme) et la mauvaise dispensation des médicaments compromettent l'usage rationnel et la gestion des médicaments. L'automédication abusive, l'insuffisance d'information et le non-respect de la prescription médicale

limitent le bon usage des médicaments. Il convient de noter le faible fonctionnement du système de pharmacovigilance et de matériau vigilance.

La gestion des vaccins du Programme Elargi de Vaccination relève de la Coordination Nationale du PEV/SSP. Le chargé de la logistique des vaccins et des chaînes de froid est placé sous la responsabilité directe du chef de la section Immunisation. A chaque niveau de la pyramide sanitaire, il existe un chargé de la logistique et de la chaîne de froid. L'approvisionnement en vaccins du PEV relève du gouvernement Guinéen appuyé par les partenaires à travers, entre autres, l'accord sur l'initiative d'indépendance vaccinale.

La chaîne de froid centrale comprend quatre chambres froides positives avec une capacité de stockage globale de 110 m³ et une chambre froide négative de 30m³. Il existe, au niveau intermédiaire dans chaque DRS, un congélateur solaire de 220 litres ; au niveau préfectoral dans chaque DPS, un congélateur solaire de 60 litres et au niveau des centres de santé, des réfrigérateurs solaires de 50 litres et des réfrigérateurs à pétrole. Une équipe de maintenance au niveau central assure le suivi régulier des chaînes de froid.

Les principaux problèmes en relation avec la composante « vaccins » sont : le faible niveau de financement par l'Etat (rachat des vaccins traditionnels, co-financement des nouveaux vaccins), les ruptures de stocks en vaccins entraînant la faible couverture vaccinale pour certains antigènes, l'insuffisance de source d'énergie pour la conservation des vaccins au niveau central et l'insuffisance en agents de maintenance par endroits.

La biologie médicale est un outil efficace et indispensable de diagnostic, d'exploration et de thérapeutique dans le domaine de la médecine et des disciplines connexes. La Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires est l'organe de tutelle des laboratoires de biologie médicale. A travers la section biologie, elle assure la conception et la mise en œuvre de la politique de biologie médicale, propose les avis d'autorisations d'ouverture des laboratoires privés et assure la supervision et le contrôle des activités¹⁹. Les laboratoires qui interviennent dans le cadre de la biologie médicale sont organisés de façon pyramidale et sont le plus souvent intégrés dans les structures de soins qu'ils appuient.

Les préoccupations majeures liées à ce sous-secteur sont principalement l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et le manque de manuels de procédures, le sous-financement, la faible intégration du volet « laboratoire » et le sous-équipement des laboratoires dans les centres de santé. Il existe également de nombreux laboratoires d'analyse biomédicale non agréés.

L'épidémie actuelle de FHVE met en évidence la faible capacité du laboratoire national de référence pour le diagnostic des maladies à potentiel épidémique et la faible opérationnalité des laboratoires des échelons inférieurs pour le diagnostic et la prise en charge de ces maladies.

Cet état de fait compromet l'exercice légal de la biologie médicale et la bonne exécution des analyses biomédicales obéissant aux normes de qualité.

La politique nationale de transfusion sanguine est le cadre de référence qui définit les règles et les statuts Officiels applicables à l'organisation de la transfusion sanguine sur toute l'étendue du territoire. Elle a pour but de couvrir les besoins du pays en sang et produits sanguins. Le sang humain est un produit stratégique qui ne doit faire l'objet d'aucune vente ; il doit être accessible géographiquement à tout citoyen qui en a besoin sans aucune distinction.

Le Centre National de Transfusion Sanguine : est un Service rattaché du Ministère de la Santé et qui a pour mission la conception et la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de transfusion sanguine. Son rôle est d'assurer la coordination, la mobilisation des ressources, la formation, la supervision, l'évaluation et la recherche. Il doit veiller à la sécurité transfusionnelle par la mise en place de structures organisées, équipées et promouvoir le don de sang à l'échelle nationale.

De nos jours, la problématique des produits du sang est caractérisée par une faible législation qui régit le domaine de la transfusion sanguine. La politique nationale de transfusion sanguine élaborée en 1996 est caduque et inadaptée au contexte actuel. Sa faible mise en œuvre est influencée par l'insuffisance des moyens : infrastructures, équipements de conservation, personnels, formations, budget (CNTS, CRTS, UHTS) due au sous financement de la part de l'Etat et de ses partenaires.

Au plan opérationnel, on note une faible couverture en CRTS (seulement 5 hôpitaux régionaux sur 8 disposent de Centres de transfusion sanguine avec une chaîne de froid pour la conservation du sang et dérivés) et leur faible fonctionnement. Le don familial de sang est le plus répandu à cause de l'insuffisance de la promotion du don volontaire, cela par manque de moyens (financiers, matériels etc.). La faiblesse du soutien des programmes de santé intéressés par la transfusion sanguine (VIH/SIDA, Programmes de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, etc.) et l'insuffisance de ressources énergétiques limitent les possibilités de conservation du sang et des réactifs. Il manque également des procédures formalisées de contrôle de qualité des produits sanguins et d'hémovigilance.

3.2.5. Système d'information sanitaire

L'analyse situationnelle de l'ensemble du dispositif national de production de l'information sanitaire a montré les insuffisances importantes. Selon les grandes lignes d'intérêt liées aux composantes du SIS, ces constats se résument comme suit :

- En politique et planification, la législation du pays n'est pas à jour et n'offre pas de cadre formel d'informations sanitaires ;
- En ressources humaines et financement, le MS ne dispose pas d'assez de compétences pointues dans les sciences liées à l'information sanitaire notamment l'épidémiologie, la démographie et la gestion des systèmes d'informations. Au niveau décentralisé et déconcentré, des postes à temps plein y relatifs existent mais ne sont pas valorisés ;

Pour ce qui est des constats relatifs au dispositif de production de l'information, de sources de données et de bases/banques de données et la composante relative aux aspects des produits de l'information et leur utilisation, le SNIS est caractérisé par une insuffisance qualitative des ressources humaines à tous les niveaux, une insuffisance d'utilisation des NTIC pour l'exploitation et l'archivage des données et une insuffisance de la logistique roulante à tous les niveaux. Les ressources humaines chargées du SNIS ne bénéficient pas de motivation financière et administrative. Il y a une absence

d'analyse de l'information statistique à tous les niveaux pour la prise de décision ; une absence d'intégration des sous-systèmes (y compris celui du médicament) au SNIS. En outre, il existe une surcharge d'indicateurs par le manque de coordination des intervenants externes du système de santé et une absence d'intégration des données du secteur privé, des armées, de la santé scolaire, de la médecine du travail, de la médecine traditionnelle et de l'état civil. Il en est de même pour l'insuffisance des données sur la gestion administrative, logistique et financière et logistique des médicaments et dispositifs médicaux au niveau des structures. L'absence de tableaux de bord de suivi des indicateurs et des performances à tous les niveaux ne permet pas une analyse de la performance du système de santé. Les données sont de qualité douteuse car il n'y a pas de procédures de contrôle de la qualité des données et une absence d'études sur la qualité des données. Le feedback à tous les niveaux du système de santé est quasiment inexistant en plus de l'absence de suivi évaluation de la planification sectorielle (PNDS, PRDS, revue annuelle...). La faible promptitude de la transmission des données ne permet pas d'apprécier la réactivité du système de santé.

Pour ce qui est des bases/banques de données et des ressources, on constate que : l'inexistence d'un fichier de toutes les formations sanitaires, secteur public et privé, associé au système de localisation GPS, une absence de base de données nationale des ressources humaines. Il n'y a pas de base pour le suivi annuel des diplômés issus des établissements de formation tant publics que privés. Les Comptes Nationaux de santé, destinés à « pister » leur flux les financements et les dépenses de santé ne sont pas réalisés régulièrement.

En rapport avec la composante relative aux aspects des produits de l'information et à leur utilisation il faut noter que : les gestionnaires et décideurs n'exigent pas suffisamment du SIS, des informations complètes, précises et validées, une absence de rapports analytiques intégrés. Ceux produits sont parcellaires, couvrent certains indicateurs essentiels avec distribution réduite aux parties prenantes. Les gestionnaires des services de santé, les prestataires de soins à tous les niveaux n'utilisent pas assez les informations sanitaires pour la gestion, le suivi et l'évaluation périodique.

Le potentiel du SIS réside dans l'existence des outils de gestion, particulièrement au niveau du monitoring des activités inscrites dans les PAO des préfectures de santé, la tenue régulière de Comité Technique Préfectoral de la Santé (CTPS) ainsi que des CTRS de même que les revues annuelles du PEV/SSP.

Dans un contexte de mise en œuvre du PNDS 2015 – 2024, la demande en données sanitaires sera considérablement accrue et amplifiera la pression sur le système d'informations sanitaires en tant que support et point d'ancrage des activités de suivi évaluation. Pour permettre au SIS de répondre aux multiples sollicitations, le renforcement du SIS porte sur plusieurs points :

- ✓ Le cadre institutionnel : (politique, planification, coordination, financement...)
 - ✓ Le dispositif de production de l'information : (ressources matérielles, financières, humaines, et infrastructurelles ; la production des outils harmonisés de collecte...)
-

- ✓ Le mécanisme de gestion des données sanitaires à tous les niveaux : (procédures harmonisées et intégrées de collecte, circulation, stockage, archivage des données...)
- ✓ Le partage, la diffusion et la vulgarisation de l'information sanitaire : (dissémination et utilisation, plaidoyer et marketing, priorisation, allocations des ressources....)

Tous ces efforts devront aboutir à l'amélioration et au renforcement du SIS avec des produits minimum comme le rapport annuel de la situation de santé, une carte sanitaire actualisée, des Comptes Nationaux de Santé annuels...

Dans le domaine de la recherche, le Ministère de la santé dispose de structures chargées de la coordination et de la gestion des activités de recherche, du code d'éthique de recherche en santé et d'un plan stratégique de recherche en santé. Il existe au sein du BSD, une section chargée de la recherche qui relève de la Division Information sanitaire et Recherche. La coordination des activités de recherche est assurée au niveau national par le BSD et aux niveaux périphérique et intermédiaire par les DPS et DRS en particulier les chargés de planification, formation et recherche dans ces structures.

L'analyse de la situation permet de dégager des faibles capacités institutionnelles pour le développement de la recherche en santé, et ce, en dépit de la volonté politique qui s'est traduite par la création d'institutions de recherche et de structure de coordination des activités de recherche en santé.

3.2.6. Financement de la santé

3.2.6.1. Généralité sur le financement de la santé

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

En Guinée, les CNS 2010 indiquent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivi du Reste du monde, avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales, est la troisième source de financement de la santé avec 8,8% des dépenses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées.

Le budget du Ministère de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé de 2010 à 2013 avant d'amorcer une hausse en 2014 et 2015 sans atteindre même 5% : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012, 1,75% en 2013, 2,16% en 2014 et 3,76% en 2015.

Selon les sources du MEF, en 2009, le budget du Ministère de la Santé était de 111,726 milliards de FG dans la loi de finances (LF), les crédits alloués se montaient à 87,593 soit 78% des prévisions et 81,672 d'exécutés soit un taux de 93%. Pour les deux années suivantes, on observe une tendance à la hausse du budget avec une particularité qui mérite d'être soulignée : les crédits alloués sont supérieurs à ceux qui sont prévus dans la Loi de Finances : 112,815 milliards et 221,037 contre respectivement 136,307 et 231,748. Les crédits exécutés en 2010 et 2011 sont supérieurs à ceux de 2009 en valeurs

absolues ; toutefois, les taux d'exécution chutent considérablement entre 2010 et 2011, passant respectivement de 90% à 67%.

Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau)²⁰, soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

Les ménages constituent la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 62,20% de la dépense totale de santé en 2010 sous forme de paiements directs. Les populations prennent en charge, à travers le système de recouvrement de coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, le fonctionnement de la chaîne de froid, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées de soins, les examens complémentaires et l'achat de médicaments.

Le niveau des tarifs officiels a été relevé en 2009 et le mode de paiement appliqué au niveau des centres de santé et hôpitaux est le tarif éclaté.

Le privé, au titre du mécénat, mène des actions de santé timides. Dans ce domaine, le MS et ses partenaires sectoriels ne profitent pas assez des opportunités de plus en plus disponibles avec le développement des investissements privés comme les secteurs minier, de la téléphonie...

Le financement extérieur, avec 26,90% de contribution dans les dépenses de santé, constitue une source relativement importante du financement de la santé.

Le manque d'intégration au niveau des interventions des partenaires est à déplorer car ne contribuant pas à rationaliser l'utilisation des ressources et l'efficacité du système de santé.

La coordination des intervenants dans le secteur, la communication et le dialogue avec les acteurs se posent avec acuité.

Tableau 1: Dépenses de santé par source de financement selon les CNS de 2010

| Sources de financement | Dépenses de santé (en milliards de FG) | Pourcentage |
|--|---|--------------|
| Fonds Publics | 148,71 | 8,8% |
| Fonds de l'administration centrale | 145,68 | 8,6% |
| Fonds des collectivités territoriales / locales | 3,03 | 0,2% |
| Fondsprivés | 1 087,65 | 64,3% |
| Fonds des Employeurs/ Entreprises | 32,35 | 1,9% |
| Ménages | 1 052,63 | 62,2% |
| Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages | 2,68 | 0,2% |
| Reste du Monde | 455,81 | 26,9% |

| | | |
|---|-----------------|---------------|
| Coopération bilatérale | 44,91 | 2,7% |
| Coopération multilatérale | 303,15 | 17,9% |
| Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales | 106,80 | 6,3% |
| Fonds des ressortissants du pays à l'étranger | 0,96 | 0,1% |
| Total | 1 692,18 | 100,0% |

3.2.6.2. Financement de l'offre

Les principaux objets de financement sont : les hôpitaux et autres établissements de soins, les services déconcentrés de l'administration sanitaire, les programmes de santé, les produits de santé et le personnel.

En dehors des investissements, le financement du fonctionnement des établissements de soins se fait à travers des ressources provenant des subventions de l'Etat et du produit du recouvrement des coûts des prestations réalisées. Les hôpitaux, en général, dépendent de la mobilisation des ressources issues du recouvrement des coûts pour assurer leur fonctionnement, du fait de la faiblesse de la subvention et de l'imprévisibilité de son décaissement.

Le financement par l'Etat se fait par subvention trimestrielle. En dehors des salaires des personnels agents de l'Etat, ce financement est marqué par sa mise en place tardive, ce qui affecte le fonctionnement des hôpitaux et la qualité des services qui y sont délivrés aux usagers.

Dans un pays où la couverture sociale ne représente que 6% de la population, le paiement direct constitue une source d'entrée immédiate de ressources. Dans le principe, tout le monde paie. Même les indigents sont pris en charge à partir d'une dotation logée à l'hôpital, 71 millions de FG pour l'hôpital Ignace Deen et 70 millions pour Donka en 2011. La difficulté par rapport aux indigents se situe principalement au niveau de leur identification. Il est difficile, en l'absence de personnel spécialisé au niveau des hôpitaux et des services administratifs, de s'acquitter correctement de cette tâche.

Les intrants des actes restent chers du fait des difficultés d'approvisionnement des structures hospitalières en médicaments à partir de la Pharmacie centrale de Guinée qui satisfait moins de 50% de la commande des hôpitaux.

Par conséquent, pour les mesures de gratuité, si elles ne sont pas accompagnées du versement de la contrepartie financière des prestations, entameront sérieusement les possibilités de mobilisation des recettes de l'hôpital et des structures de soins en général.

Pour les usagers, les prestations sont chères, parce que la facturation n'étant pas contrôlée, certaines pratiques tendent à rendre les prestations trop onéreuses. Les populations démunies se trouvent dans une précarité et se tournent vers la médecine traditionnelle (plus que jamais premier et dernier recours) et l'automédication.

Pour les services de soins, la conséquence est une détérioration de la qualité des prestations qui y sont fournies, ce qui se traduit par des prestations essentielles qui ne sont pas assurées : le nursing, l'alimentation et la fourniture de médicaments dans les

services. Cette situation est de nature à compromettre l'attractivité des hôpitaux par rapport à la clientèle solvable ; en effet, le peu d'assurés qu'il y a dans le pays a plutôt recours au service des cliniques et cabinets privés.

L'offre de santé privée constitue une alternative à la faiblesse de la qualité du service dans le public. Elle reste encore timide quoiqu'elle se développe. Le MS manque d'informations concernant ce secteur, autant sur le niveau de financement que les activités soutenues.

Compte tenu de l'importance de l'industrie minière dans le pays, il est urgent d'être informé sur le niveau et les prévisions d'investissement de ce secteur dans le domaine de la santé qui présente un potentiel.

Le privé sanitaire local à but lucratif se développe pour capter une partie de la clientèle solvable qui jusqu'ici préfère se faire traiter à l'étranger, à cause de la faible qualité des prestations du service public.

Depuis 2008, les DRS et DPS n'ont pas reçu de subventions de l'Etat en dehors des salaires des personnels. L'exécution des activités dépend essentiellement de l'appui des PTF.

Quelques programmes seulement seront présentés à ce niveau. Il s'agit principalement de ceux en rapport avec certains OMD (1, 4, 5, 6 et 7) qui constituent des priorités dans les performances d'ensemble du secteur.

- **La lutte contre le VIH/Sida** : elle mobilise des moyens relativement conséquents dans la quasi-totalité des systèmes de santé de la région, compte tenu de la gravité de la question et de l'importance du soutien qui lui est apporté. Sur une prévision triennale de 142 235 632 USD, il a été décaissé la somme de 34 414 191 USD soit un taux moyen d'exécution de 24% pour les années 2010, 2011 et 2012. Ce taux moyen enregistré sur cette période signifie que le MS se prive des trois quarts de ses possibilités de financement dans la lutte contre le VIH. L'examen des sources de financement de ce programme montre que 94% du total des financements proviennent de fonds extérieurs et les 6% du financement local.
 - **La lutte contre le paludisme** : à l'image de la lutte contre le VIH/Sida, le financement de la lutte contre le paludisme connaît une faiblesse du taux d'exécution des crédits prévus : 67% en 2009, 52% en 2010, il chute en 2011 jusqu'à 25% des crédits prévus par l'OMS et l'Unicef.
 - **Le Programme élargi de vaccination (PEV)** : la situation globale présentée est issue des données de la revue externe du PEV, de février 2012. Elle montre que, de 2009 à 2011, sur une prévision budgétaire de 31 413 983 USD, 14 614 282 USD soit 46,52% ont été mobilisés et dépensés. Cette contreperformance pourrait s'expliquer par des insuffisances d'ordre organisationnel et gestionnaire aussi bien au niveau du programme qu'au niveau des partenaires. La faiblesse de la contribution de l'Etat dans le financement de la vaccination fragilise la protection des enfants du pays. Le financement de la vaccination est une question de souveraineté et l'indépendance vaccinale en dépend.
 - **Le Programme de santé de la reproduction (SR)** : les ressources mises à disposition par les PTF leaders du domaine (USAID, UNFPA et OMS) sont quasiment totalement exécutées. Le montant alloué par ces principaux donateurs au cours de la période 2009-2011 est de 29 729 425 USD, sur lesquels 27 958 508 USD soit 94,04% ont été dépensés.
-

Le médicament est un élément central des performances du système de santé. A cet égard, la capacité que la centrale d'achat publique et les grossistes importateurs privés ont à assurer la disponibilité du médicament est un déterminant fondamental de la qualité des prestations et de la viabilité du système de santé. La pharmacie centrale Guinée (PCG), responsable en premier lieu de l'approvisionnement du secteur public en produits pharmaceutiques, rencontre des difficultés pour s'acquitter de sa mission. Cette structure capitale connaît des problèmes institutionnels et de gestion mais surtout un besoin urgent de refinancement par l'Etat en vue de lui créer les meilleures conditions de relance, à l'instar des autres centrales d'achat de la sous-région.

3.2.6.3. Financement de la demande

La mise en commun dans le financement de la santé est assez faible au regard des avancées timides de la mutualité et de l'effectif réduit couvert par la Caisse nationale de sécurité sociale et l'assurance privée. L'appui de la BM au développement des mutuelles n'a pas été couronné de succès comme au Ghana par exemple. La coexistence Gratuité des SO - MURIGA n'a pas été bénéfique pour ces dernières et au final, la couverture sociale en Guinée est très faible et quasi résiduelle. L'assurance maladie obligatoire se résume à la caisse nationale de sécurité sociale qui ne concerne que les agents du secteur privé et parmi eux, ceux déclarés, et immatriculés. Par conséquent, le risque maladie n'est couvert que pour une infime partie de la population, représentant moins de 10% de celle-ci.

La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) est chargée de la gestion des régimes des pensions (vieillesse, invalidité et survivants), des prestations familiales, de l'assurance maladie et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail.

Le taux global de cotisation est de 23% et finance les quatre branches dans les proportions suivantes : l'assurance maladie : 6,5%, les prestations familiales : 6%, les préventions et risques professionnels : 4%, et l'assurance vieillesse, décès et invalidité : 6,5%.

L'assurance privée constitue également une modalité de protection contre le risque financier lié à la maladie. Sur le marché guinéen, trois compagnies offrent un produit de santé ; il s'agit de la NSIA Assurances, de l'UGAR et de la SOGAM. Elles ciblent tout le monde même si en réalité elles enrôlent plus les acteurs du secteur privé et des agences de coopération bi et multilatérale.

Les mutuelles de santé constituent une réponse apportée au niveau communautaire à l'épineuse question du paiement direct des soins de santé même si la Guinée ne dispose pas de législation régissant les mutuelles de santé. En dehors des mutuelles pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement, MURIGA, qui disposent d'un statut juridique, l'ensemble des mutuelles de santé sont déclarées comme associations auprès du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation. Grace à l'appui des partenaires techniques et financiers comme la BM, la BAD, GIZ, Dyna M, CIDR, ESSENTIEL, HEALTH FOCUS... des mutuelles de santé voient le jour à l'intérieur du pays et offrent à leurs adhérents et ayant droit des possibilités de recours aux soins qu'il convient de soutenir et consolider.

Le Ministère de la Santé est très favorable au développement de la micro assurance santé. Il perçoit ces initiatives comme la possibilité d'augmenter l'accessibilité de la population aux soins, tout en améliorant le recouvrement des coûts des structures de soins.

Une réflexion est en cours au niveau de ces Ministères, pour la mise en place d'une législation spécifique aux mutuelles de santé.

Les dispositifs non assurantiels de financement de la demande de santé distinguent à cet égard des dispositifs concernant la prise en charge des frais médicaux des agents de l'Etat, la couverture des indigents et la gratuité de certaines prestations sanitaires. Les agents de l'Etat ne bénéficient pas de couverture sociale de forme assurancielle. Leur employeur, l'Etat, a mis en place un dispositif de prise en charge à partir d'une ligne budgétaire dénommée « remboursement frais médicaux agents de la Fonction publique » ouverte au niveau de chaque ministère utilisateur. L'agent de l'Etat malade est pris en charge soit à partir de la ligne « remboursements des frais médicaux des agents de la fonction publique », soit sur celle « évacuation sanitaire », celle-ci étant destinée à tous les citoyens fonctionnaires ou non. Il en découle que les dépenses occasionnées par la santé des agents de l'Etat sont pratiquement prises en charge par ces derniers étant donné le poids du fardeau de la maladie.

Dans la couverture des groupes vulnérables, l'Etat a le souci de la prise en charge des soins médicaux de toute la population guinéenne conformément aux dispositions de l'article 15 de la constitution.

Le recouvrement des coûts induits par la nécessité de générer des ressources pour compléter celles mises en place par l'Etat en vue de garantir le fonctionnement des structures sanitaires et offrir des prestations de qualité, s'est traduit par l'application d'une tarification qui a rendu inaccessibles les prestations pour une partie relativement importante de la population.

Conscient de cette situation, l'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne budgétaire en sa faveur a été mise en place par le gouvernement. Malgré cette mesure, l'accès aux soins est restée difficile voire impossible pour un bon nombre de potentiels usagers. La question de l'indigence reste difficile à solutionner dans un environnement de pauvreté quasi généralisée.

Des mesures volontaristes de promotion de l'accessibilité et de lutte contre l'exclusion ont été prises par l'Etat. Les PTF sont disposés à accompagner les mesures de gratuité ou de promotion de l'accessibilité y compris la mesure en perspective : la gratuité de la consultation pour les enfants de moins de cinq ans. Il s'agira d'aider le gouvernement à déterminer les coûts afférents à ces mesures, à mettre en place les mesures d'accompagnement destinées à leur financement et à éviter qu'elles n'affectent l'équité.

3.2.6.4. Allocation et Gestion des ressources financières

La Division des Affaires Financières (DAF) est l'organe de gestion des ressources matérielles et financières. La DAF est un service d'appui sous l'autorité directe du

Ministre de la Santé. Son personnel technique est mis à disposition par le Ministère en charge des Finances. Pour améliorer la gouvernance administrative et financière, le MS s'est doté d'un manuel simplifié de procédures. Mais le système de santé souffre de la multiplicité de procédures liées aux différents partenaires. Contrairement aux dispositions du Décret relatif aux principes généraux du règlement de la comptabilité publique, le personnel technique de la Division des Affaires Financières est nommé sans concertation avec le MS.

Principales insuffisances constatées dans l'analyse du système de santé

- Faible capacité opérationnelle de nombreuses structures centrales
- Faible cohérence de l'espace sanitaire régional ;
- Gestion fortement centralisée des ressources humaines et de la gestion de l'information sanitaire ;
- Faible capacité des DRS conformément aux fonctions qui leur sont assignées ;
- Insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation à tous les niveaux du système de santé ;
- Insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité ;
- Absence d'encadrement du prix des médicaments ;
- Faible culture de transparence ;
- Faible participation/implication effective des communautés à la base ;
- Manque de régulation et de contrôle des structures de prestations de soins du secteur privé, des institutions de formation et des pharmacies ;
- Organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé
- Capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants ;
- Absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé;
- Faibles capacités institutionnelles ;
- Partenariat public-privé presque inexistant ;
- Insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation et du contrôle du secteur ;
- Absence de mécanismes de motivation ;
- Faiblesse de la gestion des crises sanitaires et de l'échange d'information particulièrement en situation de crise.

3.3 Synthèse de l'analyse de l'opérationnalité des Districts sanitaires

Les résultats des évaluations récentes des opérationnalités des districts montrent les disfonctionnement au niveau des districts.

- La disponibilité en paquet de services essentiels de santé est faible dans 44% des districts sanitaires soit 17 sur 38 (Boké, Fria, Gaoual, Koundara, Kaloum, Dixinn, Matoto, Ratoma, Coyah, Forécariah, Téliélé, Lélouma, Dalaba, Mamou, Pita, Lola, Macenta). La couverture sanitaire pour certains districts est également faible : 84,2% des districts sanitaires ont le nombre de consultants par an et par habitant inférieur à 0,30 (Dixinn, Téliélé, Dalaba, Kaloum, Dubréka, Boké, Macenta, Lola, Mamou, Fria, Ratoma, Pita, Matoto, Gaoual, Lélouma, Koundara, Forécariah,
-

- Matam, Boffa, Labé, Kindia, Tougué, Dabola, Mali, Yomou, Siguiri, Beyla, Kouroussa, Coyah, Koubia, Kankan, N'Zérékoré) ;
- La part du financement des districts sanitaires par l'Etat est de 56% en 2013 à 78% en 2014. La part du financement des districts sanitaires par les partenaires est passée de 22% en 2013 à 11% en 2014. La part du financement des districts sanitaires par les communautés est passée de 21% en 2013 à 11% en 2014. La part du financement des districts sanitaires par les collectivités locales est passée de 1% en 2013 à 0% en 2014.
 - La densité de médecins est passée de 0,43 en 2013 à 0,82 pour 10000 habitants 2014 à cause des recrutements de nouveaux médecins diplômés dans le cadre de la riposte à la MVE. La densité des infirmiers est passée 0,65 en 2013 à 1,29 pour 10000 habitants 2014. La densité des Sages-Femmes est passée de 0,25 en 2013 à 0,54 pour 10000 habitants 2014. La densité des infirmiers et sages-femmes est de 1,83 pour 10000 habitants en 2014. Ces effectifs restent cependant inférieurs aux normes nationales.
 - 71/% (27 sur 38 des districts) ont une accessibilité géographique inférieure à 50% (Koundara, Téliélé, Gaoual, Dalaba, Gueckédou, Lélouma, Beyla, Macenta, Dinguiraye, Kérouané, Siguiri, Koubia, Mali, Forécariah, Fria, Kouroussa, Mandiana, Tougué, Yomou, Pita, Kankan, N'Zérékoré, Faranah, Labé, Kissidougou, Lola, Mamou).
 - La disponibilité de laboratoires est de 0,05 pour 10000 habitants. La disponibilité en officines est de 0,29 pour 10000 habitants. La disponibilité en radio imagerie est de 0,02 pour 10000 habitants. La disponibilité en unités de radio imagerie est de 0,03 pour 10000 habitants. La disponibilité des lits d'hospitalisations pour 10000 habitants est passée de 2 en 2013 à 1,86 2014. La couverture en équipements requis des CSI est de 7%. 94 formations sanitaires (soit 6%) des infrastructures sanitaires du pays ont été fermées en novembre 2014 à cause de la désertion et au décès du personnel de santé. La disponibilité d'eau potable est 9% et celle de l'électricité de 3% dans les formations sanitaires.
 - 21% des districts n'ont pas fait d'enregistrement des décès maternels en 2013 contre 23,7% en 2014. L'Enregistrement des décès maternels des Mères a baissé de 186 en 2013 à 160 en 2014. Le système d'alerte et le système de surveillance épidémiologique ne sont pas encore automatisés. Le réflexe épidémiologique du personnel de santé reste faible.
 - Le niveau de fonctionnalité des districts sanitaires est de 51,6% au niveau national. 26,3% (10 sur 38) des districts sanitaires ont un niveau de fonctionnalité inférieure à 50% (Téliélé, Dubréka, Kindia, Lola, Boffa, Koundara, Forécariah, Macenta, Dixinn, Pita). 26,3% (10 sur 38) des antennes chirurgicales ont un niveau de fonctionnalité inférieure à 50% (Kaloum, Dixinn, Matoto, Ratoma, Matam, Boffa, Coyah, Kouroussa, Kérouané, Mandiana)

3.4 Résumé de l'analyse des goulots d'étranglement de la couverture des populations en soins essentiels

3.4.1. Organisation de l'offre de soins

Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux. **Le sous-secteur parapublic** est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles. **Le sous-secteur privé** est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets. Le **niveau communautaire** est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV/PEC VIH, à la PCIMNE, à la Nutrition, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroits.

Le paquet complémentaire de soins des hôpitaux préfectoraux couvre les spécialités de base que sont: la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et les services médicotechniques.

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités²¹ et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

3.4.2. Couverture en rapport avec la continuité des soins selon le cycle de vie

Pour analyser la continuité des couvertures en interventions essentielles en Guinée, six étapes cruciales de la vie ont été distinguées, dont trois concernent la santé maternelle et néonatale, et trois la santé infantojuvénile et des adolescents. Au premier constat, on note des Occasions Manquées par rapport à la continuité des soins comme l'illustre la figure 4 ci-dessous.

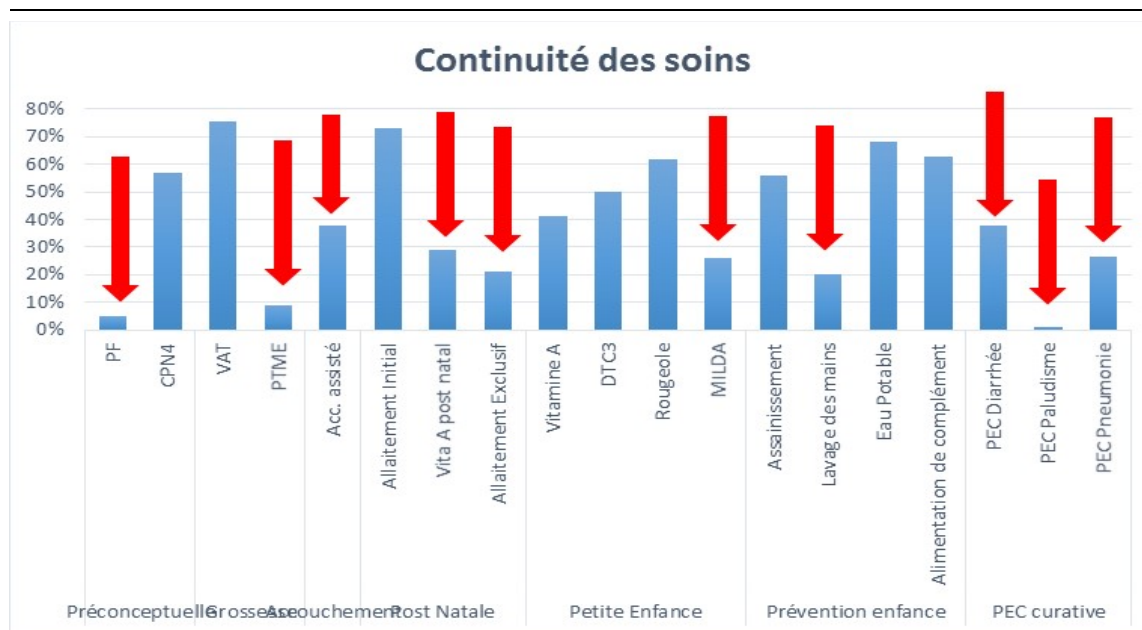


Figure 4: Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée

L'examen de ce graphique montre une image en dents de scie des différentes interventions avec, pour le même groupe, une diversité des couvertures en interventions passant du simple au triple, voire au quintuple. Ainsi on constate:

- une couverture de plus de 57% des femmes enceintes en CPN, moins de 10% bénéficieraient de la PTME ; donc, 40% des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie ;
- malgré un allaitement précoce élevé de 73%, il n'y a que 21% des enfants de 0 à 59 mois qui bénéficient d'allaitement exclusif. On ne profite pas d'une couverture élevée en suivi prénatal (57%) et en allaitement précoce (73%), alors qu'il s'agit de deux occasions cruciales pour conseiller les mères sur des bénéfices d'un allaitement exclusif à la fois pour elles (amélioration de la délivrance et MAMA) et pour leurs bébés (prévention de la diarrhée, de l'infection respiratoire et de la malnutrition) ;
- la vaccination étant le véhicule idéal de la distribution des consommables promotionnels (respectivement vitamine A et moustiquaires imprégnées), les gradients observés constituent de véritables opportunités manquées qui auraient pu profiter aux enfants de moins de 5 ans ;
- dans le cadre d'une PCIME appliquée tant au niveau communautaire (avec CCC) qu'au niveau clinique, les prises en charge des trois principales causes directes de mortalité infanto-juvénile auraient dû être assez proches.

3.4.3. Couverture des interventions au niveau communautaire

Pour le niveau familial et communautaire, la moyenne des interventions applicables liées à l'utilisation des moustiquaires imprégnées, l'allaitement exclusif et à l'utilisation à domicile en cas de diarrhée, de la thérapie de réhydratation par voie orale, sera prise en compte pour apprécier les goulots d'étranglement. Ces traceurs représentent les interventions qui sont menées au niveau du ménage et qui devraient être suscitées, encouragées et accompagnées par le système de santé.

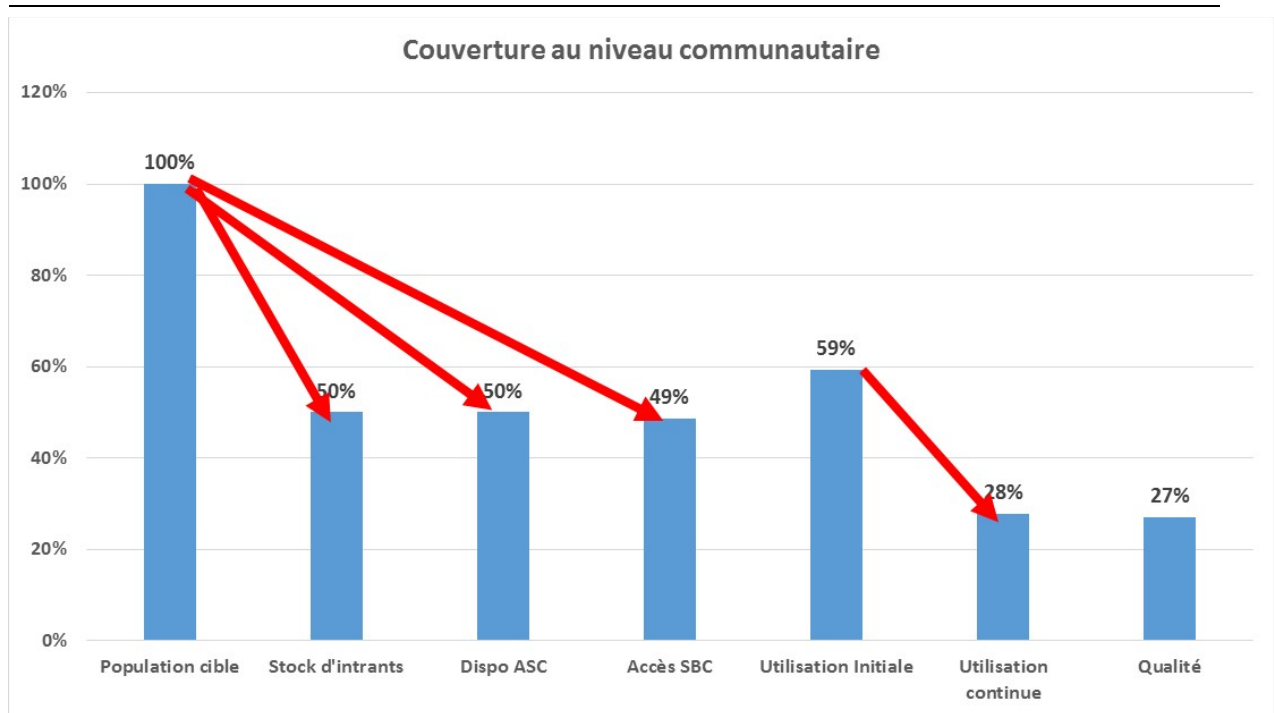


Figure 5: Couverture des interventions au niveau communautaire

L'analyse de ce diagramme permet de noter que l'approche communautaire a encore une faible disponibilité en intrants, une insuffisance quantitative d'ASC et surtout une très faible couverture effective. En effet, moins de 30% des enfants profitent de prestations de qualité au niveau communautaire.

Pour mieux agir, il faut analyser la disponibilité des agents de santé communautaires, l'accessibilité aux services à base communautaire et les obstacles qui freinent, d'une part, l'utilisation continue malgré une bonne utilisation initiale, et d'autre part, la qualité de ce qui est utilisé de manière continue.

Les principales entraves à l'extension de la couverture des services de santé à ce niveau.

- **Au niveau de la disponibilité des intrants:** la faible disponibilité des intrants au niveau des SBC est due à une insuffisance de dotation de kits de communication et de sensibilisation aux ASC, la faible dotation des ASC en kits de prise en charge des maladies comme le paludisme simple, les IRA, la diarrhée et la malnutrition modérée et en contraceptifs pour la distribution à base communautaire. En outre, avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola, les ASC doivent disposer de kits d'hygiène et d'assainissement pour développer des actions de prévention. Pour quelques ASC qui possèdent actuellement ces intrants se font dans le cadre de certains partenaires qui suivent leur propre agenda. Il s'agit souvent d'un ou plusieurs programmes qui développent leurs activités au niveau communautaire sans une vision d'intégration de tout le paquet communautaire.
- **Au niveau de la disponibilité en ressources humaines :** Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé) est insuffisant au regard du paquet d'activité actuellement développé dans la communauté. En Guinée, les ASC ne sont pas présents dans tous les villages, et là où ils existent, leur nombre est limité pour faire la couverture adéquate des villages. Le document national de politique de santé communautaire ne définit pas une norme pour assurer un nombre minimum des

ASC par village, mais une moyenne de 5 agents communautaires autour d'un centre de santé. En outre le bénévolat ne permet pas une fidélisation de ce type de ressources humaines en santé. En effet, l'insuffisance ou absence de motivation pour les ASC, est un facteur qui limite la qualité de leurs prestations. La motivation pour les ASC n'est pas définie d'une manière systématique par le MS ou les communautés. Les ASC doivent procurer leurs propres moyens de transport et dépenser leurs propres ressources suite à l'insuffisance d'appui institutionnel et communautaire.

- **Au niveau de l'accessibilité aux services à base communautaire:** Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé), l'insuffisance de moyen logistique pour les ASC et l'utilisation insuffisante des canaux de communication ne permettent pas à l'ensemble de la population d'accéder aux messages véhiculés par les ASC mais également à la prise en charge des maladies pour les villages enclavés (soit situés au-delà de l'aire géographique de la formation sanitaire, soit lié à des obstacles naturels).
- **Au niveau de l'utilisation :** Le faible niveau d'utilisation des services au niveau communautaire est lié à la mise en œuvre insuffisante de la PCIME communautaire, aux pesanteurs socioculturelles et religieuses, à l'insuffisance des messages pour le changement des comportements, à l'insuffisance de ressources financière pour la mise en œuvre d'activités d'IEC et à la faible implication des leaders d'opinion dans la mise en œuvre des activités de promotion. Le goulot d'étranglement se situe au niveau d'une faible adoption des comportements adéquats en santé et nutrition au niveau des ménages. Cette situation peut être due à plusieurs facteurs. D'une part les croyances culturelles, comme par exemple l'interdiction de la consommation des œufs par les femmes enceintes, et d'autre part les normes sociales, comme par exemple la femme qui ne peut pas accéder aux services de planification familiale sans la permission du mari, empêchent que les comportements promotionnés de santé et nutrition, soient correctement adoptés au niveau des ménages.
- **Au niveau de la qualité :** la faible couverture effective des interventions à haut impact au niveau des groupes cibles s'explique essentiellement par l'insuffisance de formation des ASC sur la promotion de la santé mais également sur la PCIME communautaire. Les ASC qui sont déjà en place, n'ont pas nécessairement reçu une formation suffisante pour pouvoir mettre en œuvre l'ensemble du paquet communautaire intégré. La fonction d'ASC est maintenant inadaptée par rapport au paquet minimum d'activités à développer au niveau de la communauté. Il n'existe pas un plan national de formation des ASC. Pour la plupart des ASC, les formations reçues se produisent sous le patronage d'un partenaire qui suit son propre agenda. Souvent, les ASC sont dédiées à un seul programme ou sont reliées à une activité spécifique appuyée par un partenaire.

3.4.4. Couverture des interventions programmables ou orientées vers les populations

Pour ce mode, son analyse se base sur la moyenne de 4 traceurs suivants : la planification familiale, la consultation prénatale recentrée, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et la vaccination des enfants de moins d'un an.

Ce groupe représente l'ensemble du paquet des interventions préventives, programmables, développées dans les services périphériques de santé (PS et CS) et

bénéficiant de l'appui des Programmes spécifiques verticaux à coûts de financements non négligeables.

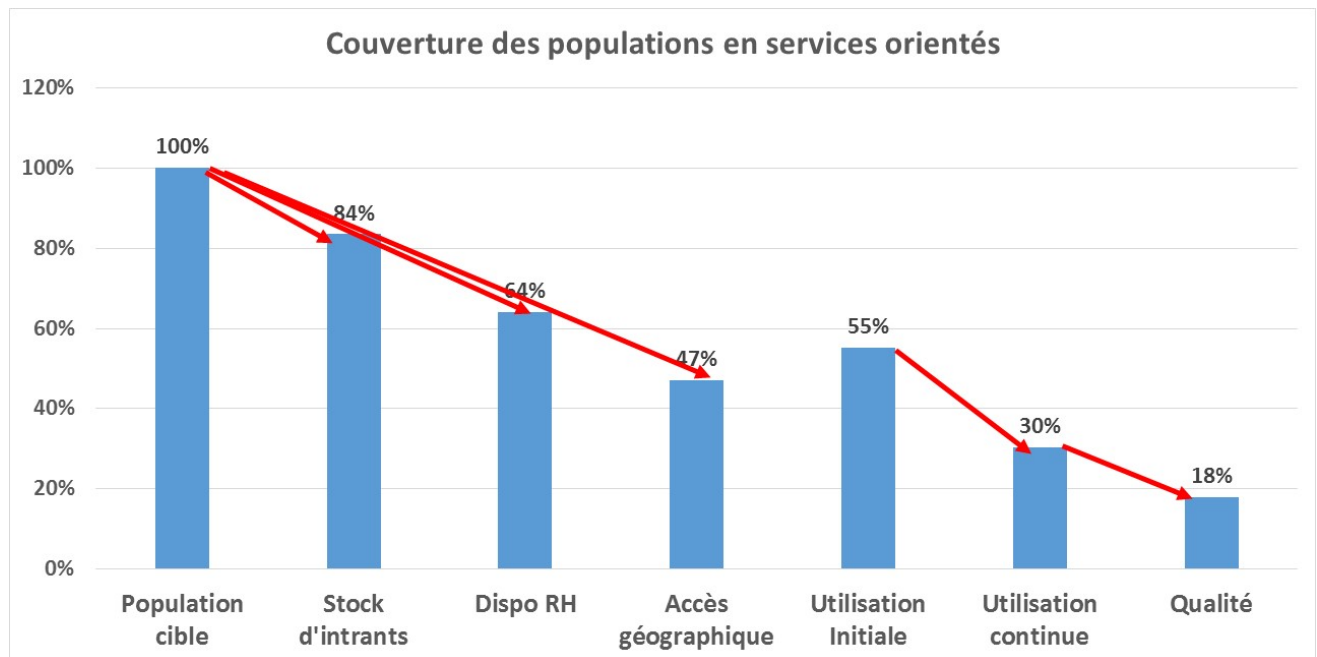


Figure 6: Goulots d'étranglement lié à la couverture des interventions orientées vers les populations

L'analyse du diagramme montre :

- **Au niveau de la disponibilité des intrants:** une insuffisance de la disponibilité des intrants par rapport aux populations cibles. Cet état de fait ne devrait pas constituer le goulot d'étranglement prioritaire tant que l'on ne dispose pas des garanties d'utilisation effective de ce qui est déjà disponible. Cependant, bien que la disponibilité soit à 78%, il faut signaler les ruptures fréquentes en intrants dus à la mauvaise estimation des besoins en fonction de la population cible (Insuffisance dans la maîtrise des commandes), à l'approvisionnement irrégulier des services (Vétusté de la logistique roulante de la PCG et de la coordination du PEV), à la mauvaise gestion des intrants et à l'insuffisance de la décentralisation de la distribution. Ces causes sont liées à l'insuffisance des capacités du personnel en matière de gestion des stocks, au mauvais fonctionnement de la chaîne de froid aux niveaux régional et district et la non fonctionnalité d'un système d'information logistique dans la plupart des districts.
- **Au niveau de la disponibilité des RHS :** une insuffisance en ressources humaines, même si ce problème n'est pas aussi prioritaire que celui de la faible disponibilité des intrants, ceci démontre que la Guinée fait partie des pays touchés par la crise mondiale en ressources humaines de la santé. En effet, l'analyse de la situation a ressorti une disponibilité de 52%. Cette insuffisance en ressources humaines est occasionnée par la mauvaise répartition du personnel, la faible motivation du personnel (administrative et financière) qui ne les incitent pas à rester dans les zones défavorisées.
- **Au niveau de l'accessibilité aux services orientés vers la population :** une insuffisance d'accès géographique aux stratégies fixes et avancées de prestations des services et soins de santé malgré une légère amélioration de la disponibilité en

ressources humaines ; l'utilisation initiale plus importante exprimerait un effort additionnel des populations venant d'au-delà du cercle d'accès. Cette situation est due à une mauvaise répartition des formations sanitaires, à la faible intégration des structures privées dans ces types d'activités mais surtout l'insuffisance de mise en œuvre de la stratégie avancée par manque de moyens logistiques ou de carburant.

- **Au niveau de l'utilisation continue** : un goulot d'étranglement au niveau de l'utilisation continue par rapport à l'utilisation initiale mettant en exergue les questions d'organisation des services, d'accueil des femmes ainsi que des coûts de transport et d'opportunité.
- **Au niveau de la qualité des prestations** : un autre goulot d'étranglement au niveau de la couverture effective par rapport à l'utilisation continue ; la faiblesse de l'assurance qualité des produits utilisés et l'insuffisance de la formation continue ainsi que de la supervision formative en seraient les principales causes.

3.4.5. Couverture des interventions au niveau clinique

Pour ce mode d'intervention, l'analyse se base sur les 4 traceurs représentant l'ensemble du paquet des interventions curatives efficaces (avec évidences scientifiques) qui doivent être continuellement disponibles dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire afin de répondre à la demande des populations quand elles sont malades :

Deux traceurs exprimant la prise en charge clinique au niveau des soins cliniques primaires (Centre de Santé ou PS) Cf. figure 7 :

- L'accouchement assisté par un personnel qualifié
- La prise en charge des IRA chez les enfants de moins de 5 ans

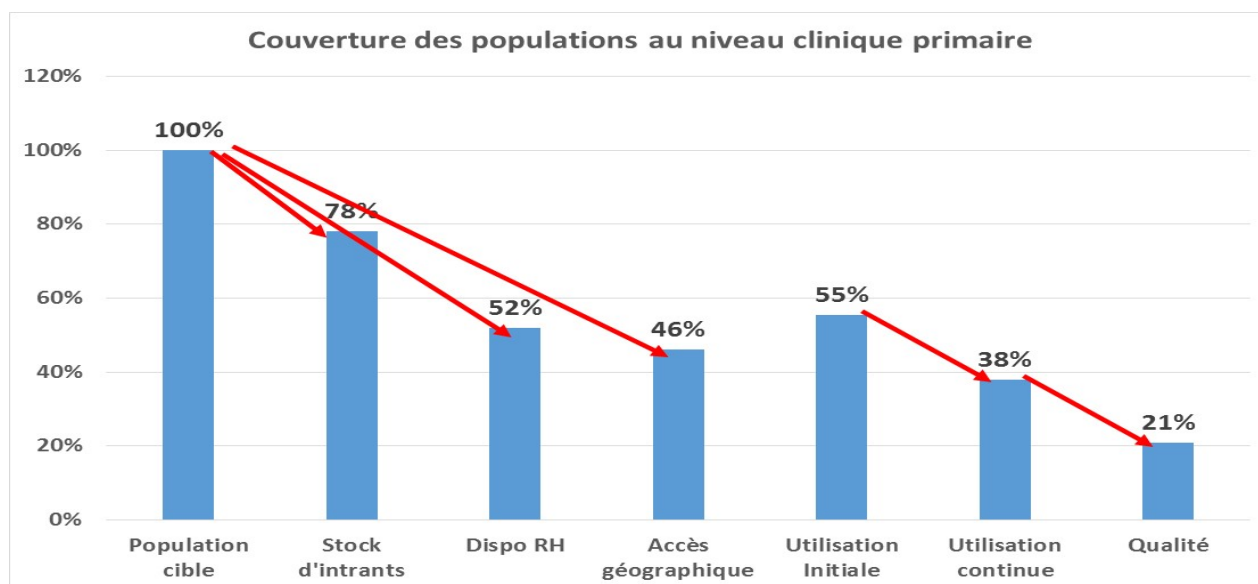


Figure 7: Goulots d'étranglement liés à l'organisation des services cliniques individuels du premier contact

La structure centrale pour ce niveau – (CS et PS) – étant la même que celle du niveau « orienté vers les populations », le graphique d'analyse des goulots d'étranglement est similaire au précédent.

Les deux interventions traceurs qui expriment la première (CSA, CMC et Hôpital préfectoral) et la deuxième référence (Hôpital Régional et Hôpital National) pour les soins aux femmes, aux enfants et aux adultes sont:

- La prise en charge des grossesses à risque dans des structures SONUB
- La césarienne dans des structures SONUC.

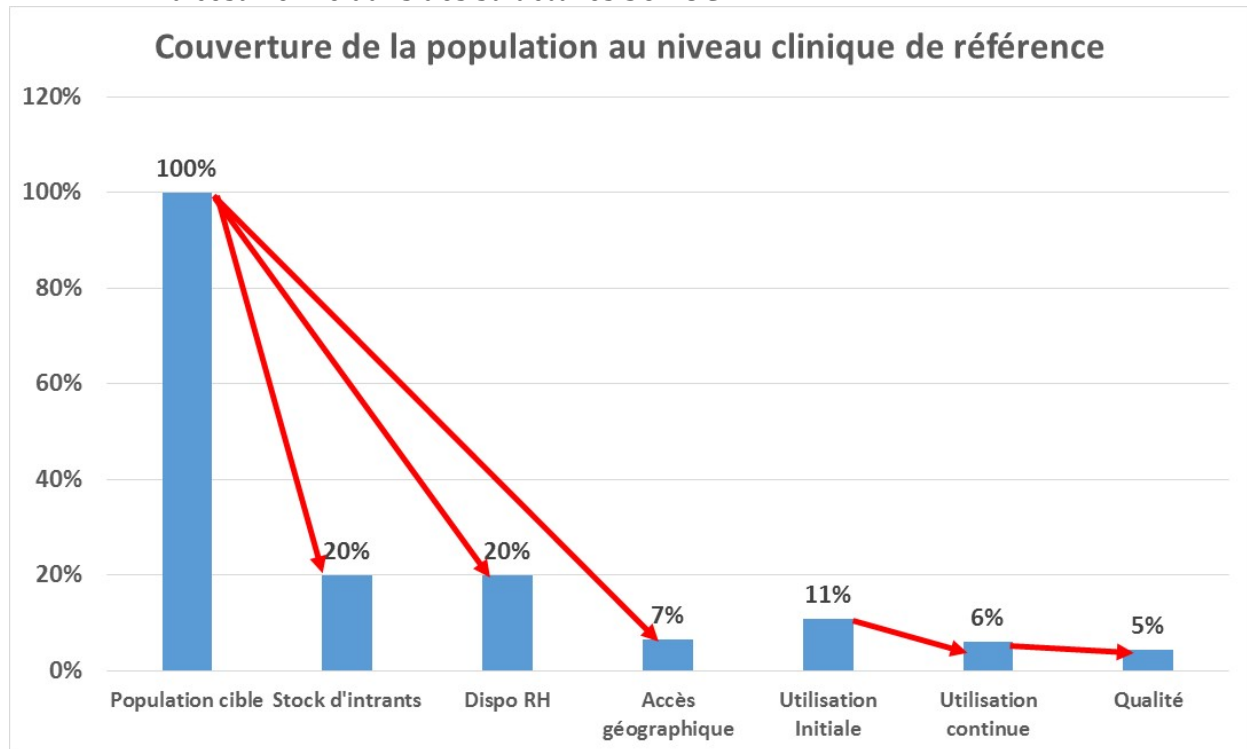


Figure 8: Goulots d'étranglement liés à l'organisation des services cliniques individuels au niveau clinique de référence

Au niveau clinique de référence, l'analyse de la couverture des populations montre la faiblesse globale de tout le système de référence, et dénote un système qui n'est pas capable actuellement de participer efficacement à l'amélioration de la santé des populations. En effet, avec une disponibilité en ressources humaines et matérielles essentielles (en particulier le petit équipement et les médicaments) à 20% des besoins et une accessibilité inférieure à 10%, il n'est pas possible de s'attendre à un passage à échelle de ces interventions dans le court ou le moyen terme en l'absence de mesures et réformes efficaces.

3.5. Problèmes et défis du secteur de la santé

3.5.1. Problèmes de santé

Les problèmes de santé suivants peuvent être mis en évidence :

- La mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est élevée,
- La prévalence des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique émergentes (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.) et des maladies non transmissibles est élevée ;
- La qualité des prestations de soins est insuffisante

3.5.2. Problèmes du Système de santé

Les problèmes liés au système de santé se résument ainsi qu'il suit :

- **Une insuffisance de la gouvernance politique** : insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité, absence d'encadrement du prix du médicament.
- **Une insuffisance de la gouvernance organisationnelle** : organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé, capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants, absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé.
- **Une faible couverture des prestations de soins** : développement insuffisant de la santé communautaire, politique des SSP en panne dans le cadre de la décentralisation, absence de réformes hospitalières, absence de démarche qualité, infrastructures et équipements à mettre aux normes, maintenance inexistante, secteur privé lucratif et non lucratif parapublic et militaire non intégrés dans l'offre globale de soins, SBC insuffisamment développés (reconnaissance, formation, motivation, valorisation des AC, paquet de services, système de référence contre référence), Médecine traditionnelle et pharmacopée insuffisamment développées, Promotion de la santé et participation communautaire déficientes (hygiène personnelle, de l'habitat et environnementale, prévention des comportements à risque...).
- **Une insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation**
- **Une insuffisance dans la gestion des RSH** : Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ; opacité des procédures de nomination et d'accès aux bourses de formation ; système de recrutement des étudiants dans le système éducatif aveugle par rapport aux besoins du système de santé faute de partenariat intersectoriel efficace ; opacité des procédures de sélection des candidats aux études médicales et paramédicales ; mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins, absence de démarche qualité, absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité, de promotion de l'éthique professionnelle.
- **Un faible financement du secteur** : allocations publiques du secteur insuffisantes, absence de mutualisation du risque maladie, multiplicité et complexité des procédures; absence d'un cadre des dépenses à moyen terme; mode de budgétisation du MEF axé sur les moyens et non sur les objectifs; insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources ; lourdeur administrative ; taux élevé de corruption (CPI²² 2012: 24%, 154^{ème} sur 174 pays).
- **Un faible système d'information sanitaire** : informatisation insuffisante, peu d'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), pas de contrôle de qualité des données, pas d'outils de suivi-évaluation, promptitude insuffisante de la transmission des données, pas d'analyse ni d'utilisation effective de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux.

²² Corruption perceptions index, Transparency International, 2012

- **Une Faible disponibilité des produits et technologies de santé** : pratiques illicites, médicaments contrefaits, PCG faible sur le plan technique, logistique, et financier, absence de transparence dans la passation des marchés, absence de pharmacovigilance et d'hémovigilance, système de logistique intégrée déficient.

Dans l'ensemble, le système de santé de la Guinée est caractérisé par une faible performance du système de santé et plus spécifiquement : (a) Faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle

Au total, on peut retenir comme problèmes prioritaires :

- **Mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile élevée,**
- **Prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique (Ebola, méningite, choléra, rougeole, etc.) et des maladies non transmissibles,**
- **Faible performance du système de santé et plus spécifiquement :**
 - ✓ *Faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme vers la couverture sanitaire universelle,*
 - ✓ *Sous-financement du secteur santé avec faible financement de la santé par l'Etat,*
 - ✓ *Faible densité et mauvaise distribution des ressources humaines de qualité,*
 - ✓ *Faible disponibilité de médicaments, vaccins, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité,*
 - ✓ *Informations et connaissances en santé non disponibles en temps réel pour les prises de décisions et la gestion des services du secteur santé,*
 - ✓ *Faible organisation et gestion des services de santé.*

3.5.3. Défi du système de santé

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à: l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.

CHAPITRE IV: PRIORITES STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE

4.1 : Vision, but, objectifs et orientations stratégiques de la PNS, chaîne de résultats

4.1.1. Vision

Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité, avec leur pleine participation.

4.1.2. But

Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne

4.1.3. Objectifs

- **Objectif général :**

Améliorer l'état de santé de la population guinéenne.

- **Objectifs stratégiques :**

- **Objectif stratégique 1 :** Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences
- **Objectif stratégique 2 :** Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie
- **Objectif stratégique 3 :** Améliorer la performance du système national de santé.

4.1.4. Orientations stratégiques

Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui seront déclinées en stratégies d'intervention dans le présent PNDS.

- **Orientations stratégiques 1 :** *Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence*
 - **Orientations stratégiques 2 :** *Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées*
 - **Orientations stratégiques 3 :** *Renforcement du système national de santé*
 - **Sous-orientation stratégique 3.1 :** *Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire*
 - **Sous-orientation stratégique 3.2 :** *Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé*
 - **Sous-orientation stratégique 3.3 :** *Développement des ressources humaines de qualité*
 - **Sous-orientation stratégique 3.4 :** *Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité*
 - **Sous-orientation stratégique 3.5 :** *Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé*
 - **Sous-orientation stratégique 3.6 :** *Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire*
-

4.1.5. Résultats du PNDS

La mise en œuvre des objectifs stratégiques du PNDS sera matérialisée par des résultats à atteindre sous forme de chaîne de résultats

Tableau 1: Chaîne des résultats

| INTRANTS | PROCESSUS | PRODUITS /EXTRANTS | EFFETS | IMPACT |
|---|-----------|---|---|--|
| Ressources | Activités | Résultats intermédiaires | Résultats CMT orientés vers cibles | Résultat ultime (long terme) |
| Objectif stratégique 1 (OS1) : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences | | | | |
| Orientation stratégique 1 (ORS1) : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence | | | | |
| | | - | | De 2015 à 2024 : La mortalité maternelle est réduite de 724 à 300 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 34‰ à 10‰ et la mortalité infantojuvénile de 123 à 60‰ |
| | | La capacité opérationnelle en contrôle, élimination, éradication, et des maladies à potentiel épidémique, urgences et catastrophes est de 80% | Au moins 80% de la population ont accès à des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs qualité | De 2015 à 2024 : la mortalité spécifique et la prévalence liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence est réduite de : (principales maladies transmissibles, maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination, maladies non transmissibles), paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré, violences, traumatismes et accidents |
| | | La capacité opérationnelle en soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs est de 80% | | |
| | | La capacité opérationnelle en Prévention des Infections et sécurité des patients et du personnel de santé est de 80% | Au moins 80% de la population sont protégés des infections nosocomiales et en Prévention des Infections et sécurité des patients autres infections liées aux épidémies et situations d'urgence. | |
| Objectif stratégique 2 (OS2) : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie | | | | |
| Orientation stratégique 2 (ORS2) : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées | | | | |
| | | La capacité opérationnelle en services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'adolescent /jeune, et des personnes âgées est de 80% | La couverture en services de santé est passée de : CPN4+ : 47% à 90%, Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 25% et Césarienne : 2% à 5% Accouchement en présence d'un accoucheur qualifié (accouchement en milieu hospitalier, soins postnatals) • Vaccination par le DTC3 (antirougeoleux, anti-HiB, anti- HepB, pentavalent) • Besoins de planification familiale satisfaits | De 2015 à 2024 : La morbidité et la mortalité liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement, à la malnutrition et aux autres affections du cycle de la vie (fenêtre d'opportunité de 1000 jours, etc.) est réduite de 50% |

Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé

| INTRANTS | PROCESSUS | PRODUITS /EXTRANTS | EFFETS | IMPACT |
|---|---|--|---|---|
| Ressources | Activités | Résultats intermédiaires | Résultats CMT orientés vers cibles | Résultat ultime (long terme) |
| | | | (prévalence de la contraception •La couverture vaccinale efficace des enfants de 0 à 11 mois passe de 37% à 90% ; La couverture en Vitamine A et déparasitage des enfants de 6 à 59 mois est de 90% | |
| Objectif stratégique 3 (OS3) : Améliorer la performance du système national de santé. | | | | |
| Orientation stratégique 3 (ORS3) : Renforcement du système national de santé | | | | |
| La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de X à 2, 28% | 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé | De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle du paquet de services de santé centrés sur la personne et intégrés est de 80% | La couverture en paquet de services essentiels de santé de qualité est de 80% | De 2015 à 2024, au moins 70% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé |
| De 2015 à 2024, La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 80% | L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 100% | De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle en paquet de services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | | |
| X millions USD pour la mise en œuvre du PNDS | | | | - |
| X millions USD pour la mise en œuvre des orientations stratégiques : ORS1, ORS2, ORS3 | | | | - |

4.2. Principales stratégies d'intervention du PNDS

La Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basé sur les soins de santé primaires et le district sanitaire depuis une trentaine d'années. Malgré les progrès enregistrés au cours des dernières décennies, l'analyse de la situation du secteur a montré que les indicateurs de santé des populations guinéennes restent encore préoccupants. Cette situation est due aux faiblesses du système de santé dans ses fondamentaux : la prévention, la surveillance et le contrôle de la maladie en lien avec la gestion communautaire des problèmes de santé et la faible réactivité du système dans son ensemble révélée par la survenue de la maladie à virus Ebola.

Cette crise de la maladie à virus Ebola qui a mis à nu la faiblesse du système de santé a entraîné une propagation rapide de l'épidémie et une souffrance majeure de la population guinéenne. Depuis la survenue de la crise, le Gouvernement et ses partenaires ont déployé des gros moyens humains, matériels et financiers pour juguler la maladie et réduire son impact sur le bien-être de la population et la croissance économique.

Pour atteindre les objectifs de la nouvelle Politique Nationale de Santé, les principales stratégies d'intervention suivantes seront développées : le renforcement du système de surveillance épidémiologique de la maladie, le renforcement de la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge des maladies, la gestion des situations d'urgences ; l'amélioration de la santé à toutes les étapes de la vie, le renforcement des capacités des districts sanitaires et l'amélioration de la gouvernance globale du système. Toutefois, un accent particulier sera mis sur l'élimination rapide de la maladie à virus Ebola.

4.3. Les actions prioritaires du PNDS

Pour atteindre les résultats du PNDS, les objectifs spécifiques, les axes d'interventions stratégiques et les actions prioritaires ont été définis par orientations stratégiques de la Politique nationale de santé (cf. Tableau 2).

Tableau 2: Matrice des actions prioritaires du PNDS 2015 - 2024 par axe d'intervention et par objectif selon les orientations stratégiques de la PNS

| Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence | | |
|--|---|---|
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| D'ici fin 2015, l'incidence et la létalité de la Maladie à Virus Ebola, sont réduites à zéro (0) | <i>Renforcement de la surveillance intégrée à base communautaire et dans les établissements de soins, de la maladie à virus Ebola</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer les capacités d'identification et de notification des cas suspects dans la communauté ✓ Renforcer les capacités de collecte, d'investigation, d'analyse de données et de riposte dans les établissements de soins publics et privés et au niveau central ✓ Renforcer les capacités des laboratoires en matière de diagnostic biologique ✓ Appliquer le règlement sanitaire international et mettre en place un système de contrôle sanitaire et de surveillance aux frontières terrestres, maritimes et aéroportuaires |
| | <i>Amélioration de la mobilisation sociale et de la communication dans la communauté</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la communication de proximité à travers les comités de veille, les comités de santé, les agents communautaires et les élus locaux ✓ Renforcer les capacités de communication et de mobilisation sociale des médias publics et privés ✓ Développer des activités de communication dans tous les établissements scolaires et universitaires dans l'ensemble du pays ✓ Améliorer les compétences des socio anthropologues en matière d'enquêtes, de formulation et de diffusion de messages clés |
| | <i>Renforcement des capacités de prise en charge des cas (suspects et confirmés) et de gestion sécurisée des corps dans les établissements de soins publics et privés</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place un dispositif de prise en charge adéquate des cas (formation du personnel, locaux dédiés, équipements/matériels appropriés) à tous les niveaux ✓ Améliorer la prévention, le contrôle de l'infection, la sécurité des patients/agents de santé hospitalisés dans les centres de traitement des cas et la gestion sécurisée des corps |
| | <i>Développement des mécanismes de soutien nutritionnel et social aux familles affectées :</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fournir un appui alimentaire et accorder des incitations financières aux familles, aux sujets contacts et aux sites de traitement ✓ Mettre en place des mécanismes de prévention de la stigmatisation des membres des comités de veille, des leaders communautaires et les familles des malades guéris d'Ebola en assurant leur insertion sociale |
| 100% des personnels des établissements de soins publics et privés et des usagers sont protégés des infections nosocomiales et sécurisés contre tout risque en milieu de soins d'ici 2024 | <i>Renforcement des capacités de prévention et de contrôle de l'infection dans les établissements de soins publics et privés</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer le dispositif d'approvisionnement en eau potable dans les établissements de soins publics et privés ✓ Renforcer les compétences des personnels de santé en précautions standards et complémentaires de la maladie à Virus Ebola. ✓ Doter régulièrement les établissements de soins publics et privés en consommables, en matériels et équipements de protection individuelle ✓ Mettre en place un dispositif de tri et d'isolement des cas suspects ✓ Elaborer les plans de contingence dans tous les DS en y incluant le volet Ebola |
| | <i>Renforcement de la qualité</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer et mettre en œuvre des textes législatifs et |

| | | |
|--|--|--|
| | <i>des prestations, la sécurité des patients et des personnels, ainsi que la gestion des risques en milieux de soins</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ réglementaires sur la sécurité des patients et des personnels ; des Normes et recommandations en sécurité anesthésique et des actes médicaux et chirurgicaux ; une charte sur la qualité des soins et la sécurité des patients ✓ Mettre en place un dispositif d'évaluation de la qualité dans les établissements de santé |
| D'ici 2024, 95% des enfants de moins de 5 ans et 90% des femmes enceintes et de celles en âge de procréer seront protégés contre les maladies évitables par la vaccination | <i>Amélioration de la disponibilité en vaccin de qualité, en matériels de vaccination, équipements et logistique</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Approvisionner régulièrement en vaccin et en matériels de vaccination (seringues autobloquantes, de dilution, boîtes de sécurité, accumulateurs, glacières etc.) les structures de santé ✓ Doter les structures de santé en logistiques de vaccination (véhicules, moto, matériel de chaîne de froid, source d'énergie etc.) |
| | <i>Augmentation de la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes et de celles en âge de procréer</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser des séances de sensibilisation de la population sur les avantages de la vaccination ✓ Renforcer dans les structures publiques et privées (la vaccination de routine, vaccination de rattrapage et de suivi, ACD) ✓ Introduire de nouveaux vaccins dans la vaccination de routine dans les structures publiques et privées ✓ Améliorer la disponibilité et compétences en ressources humaines |
| D'ici 2024, 100% des femmes enceintes séropositives reçoivent une prophylaxie ARV et 100% des PVVIH en stade avancé de la maladie reçoivent un traitement adéquat. | <i>Amélioration de la disponibilité des prestations de lutte contre le VIH/sida dans tous les établissements de santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réhabiliter/rénover/équiper les structures de santé pour intégration du CDV, PTME et PEC médicale ✓ Améliorer la disponibilité en intrants VIH (réactifs, consommables et médicaments) ✓ Renforcer la disponibilité et les compétences des ressources humaines à tous les niveaux ✓ Promouvoir les activités de prévention du VIH/sida (mettre en place des matériels de promotion en CDV, PTME et PEC...) |
| D'ici 2024, 100% des nouveaux cas de Tuberculose sont traités selon la stratégie DOTS | <i>Amélioration de la disponibilité des prestations de TB dans tous les CDT et autres établissements de santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter le nombre de centres de diagnostic et de traitement TB ✓ Améliorer la disponibilité en intrants TB, TB/VIH, TB/MR et TB/RR (réactifs, consommables et médicaments) et les moyens de diagnostics ✓ Améliorer la disponibilité et les compétences des ressources humaines à tous les niveaux ✓ Promouvoir les activités de prévention de TB et la DOTS communautaire de qualité |
| D'ici 2024, au moins 90% de la population est protégée à travers les mesures préventives et 90% des cas confirmés reçoivent le traitement correct du Paludisme. | <i>Renforcement de la prévention et de la prise en charge</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter la couverture universelle en moustiquaire imprégnée d'insecticide ✓ Organiser la lutte anti-vectorielle (assainissement du milieu, pulvérisation intra domiciliaire des ménages et des cours d'eau, utilisation des MILDA dans les ménages) ✓ Améliorer la qualité de la prise en charge ✓ Rendre disponible les tests de diagnostic rapide et les médicaments antipaludiques et renforcer les compétences du personnel |
| D'ici 2024, 100 % des maladies tropicales négligées (MTN) et autres maladies transmissibles sont prises en charge (Lèpre, THA, Ulcère de Buruli, Onchocercose, Trachome, | <i>Amélioration de l'accès aux interventions de dépistage précoce et de la prise en charge des cas</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les dispositifs de diagnostic à tous les niveaux ✓ Approvisionner les centres de prise en charge en médicaments, matériels et équipements ✓ Mettre à échelle des interventions de chimio prophylaxie préventive, de prise en charge des cas et des complications et renforcer les capacités de réhabilitation des malades |

| | | |
|--|--|--|
| <p>filariose lymphatique, Schistosomiases, géo helminthiase...).</p> | | <p>victimes d'infirmité.</p> |
| <p>D'ici 2024, 100% des maladies non transmissibles (cancers, caries dentaires, Diabète, maladies cardiovasculaires, traumatisme, maladie mentale, Drépanocytose, Affections Respiratoires Chroniques etc.), sont prises en charge</p> | <p><i>Renforcement des capacités de promotion, de prévention et de contrôle des MNT dans les politiques et programmes sectoriels de développement</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer dans les politiques et programmes sectoriels les interventions liées aux MNT ✓ Organiser des tribunes pour promouvoir l'hygiène corporelle, les bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique et la lutte contre le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et les stupéfiants, l'utilisation des équipements de protection (port de casque, ceinture de sécurité tec.) ✓ Organiser les campagnes de dépistage précoce des MNT à tous les niveaux. |
| <p>D'ici 2024, développer la collaboration entre la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle et la Médecine moderne,</p> | <p><i>Développement des mécanismes d'intégration, d'harmonisation et de normalisation des interventions de la Médecine Traditionnelle au système de santé formel</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer/réviser et diffuser le document de politique et le plan stratégique, les normes et procédures de la médecine traditionnelle ; ✓ Définir les mécanismes de collaboration entre tradithérapeutes et les personnels de santé ; ✓ Améliorer le niveau de compétence des tradithérapeutes (Hygiène, Référence et contre-référence, pratiques thérapeutiques). |
| <p>90% des ménages adoptent des comportements favorables à la bonne santé d'ici 2024</p> | <p><i>Renforcement des attitudes et pratiques individuelles, familiales et communautaires favorables à la santé</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer/réviser et mettre en œuvre les plans stratégiques de communication pour la santé ; ✓ Renforcer les capacités des communes, des ONG, Associations et la Société civile pour l'élaboration et la mise en œuvre d'action de promotion de la santé ; ✓ Développer un partenariat formel avec les médias du secteur privé et public pour la mise en œuvre des plans de communication ; ✓ Renforcer l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour les jeunes et adolescents y compris en milieu scolaire et universitaire ✓ Mettre à échelle toutes les interventions à haut impact au niveau communautaire |
| | <p><i>Renforcement de l'autonomisation des communautés dans le processus de résolution des problèmes de santé</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsabiliser les communautés dans l'identification, la planification, la mise en œuvre et le suivi de toutes les interventions sanitaires ; ✓ Renforcer et/ou améliorer le dispositif d'approvisionnement en eau potable et de sanitation à tous les niveaux ; ✓ Doter régulièrement les communautés de moyens et équipements d'hygiène et d'assainissement ; ✓ Renforcer le niveau de compétence des acteurs communautaires à tous les niveaux |

| Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées | | |
|--|---|---|
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| D'ici 2024, la couverture en CPN4+ doit passer de 57% à 90%, | <i>Renforcement de la CPN recentrée dans toutes les structures publiques et privées</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser le module de formation en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) y compris la consultation prénatale recentrée (CPNr); Normes et procédures en SR; le guide de message éducatif pour la réduction de la mortalité maternelle; infantile et infanto juvénile ✓ Améliorer la disponibilité et la couverture en CPNr (formation des agents, plan d'accouchement, vaccination, TPI, Conseil nutritionnel) des secteurs publics et privés ✓ Intégrer la PTME dans toutes les structures publiques et privées ✓ Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des populations générale et des femmes en particulier pour améliorer la demande de l'offre des services de CPN, Accouchement assisté, CPoN, PF, Nutrition) |
| D'ici 2024, 80% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié et 80% d'entre elles bénéficient d'au moins une consultation postnatale | <i>Promotion de l'accouchement assisté</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer/réviser le guide de réorganisation des SONU y compris la définition des infrastructures types, guide de SONU, Néonatalogie et de prise en charge nutritionnelle des enfants nés des mères séropositives ✓ Réorganiser et étendre la couverture SONU de base Renover/Equiper les blocs opératoires des 33 hôpitaux, des 5 CMC, les 10 CSA en équipements standards (boîtes césariennes, boîtes d'accouchement, kits césarienne, ambulances) |
| 100% des complications obstétricales seront prises et le taux de césarienne passera de 2 à 5%, d'ici 2024. | <i>Renforcement de la gratuité des soins obstétricaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir et faire appliquer les mesures d'accompagnement pour la gratuité des SONU ✓ Doter les structures de santé en équipement, matériels, médicaments et outils de gestion ✓ Renforcer le système de référence et de contre référence pour la prise en charge des complications obstétricales et pédiatriques ✓ Renforcer la prise en charge des nouveau-nés (réanimation, coin de nouveau-né) |
| | <i>Mise en œuvre de la revue des décès maternels néonataux et infantiles et riposte</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Faire la notification, la revue et la riposte systématique de tous les décès maternels et néonataux. ✓ Mettre en œuvre le dispositif reportage par la téléphonie mobile |
| D'ici 2024 la prévalence contraceptive en Planification Familiale, passera de 19% à 51%. | <i>Repositionnement de la Planification Familiale</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la PF dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ✓ Mettre en œuvre les services du paquet intégré à base communautaire (CPN, PF) ✓ Offrir toutes les méthodes modernes de contraception aux femmes en âge de procréer; ✓ Doter les structures publiques et privées en Outils de Gestion et contraceptifs ✓ Organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités politiques, administratives, sanitaires, communautaires et des populations sur la PF |
| D'ici 2024, réduire le taux de malnutrition chronique de 31 à 21 % et le taux de malnutrition aiguë de 9 à 4 % | <i>Mise à l'échelle d'activités à haut impact (Allaitement maternel alimentation de complément, lutte</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser la politique et le protocole de prise en charge de la malnutrition, le guide pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ✓ Renforcer les capacités des agents chargés de nutrition sur les protocoles et le guide |

| | | |
|---|---|--|
| | <i>contre les carences en micronutriments, réanimation néonatale, déparasitage de masse, réhydratation par voie orale, utilisation du Zinc dans le traitement des diarrhées, traitement de la pneumonie par antibiotique,) :</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre à échelle la démarche formations sanitaires et Communautés « Amis des Bébé » ✓ Organiser des campagnes de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois; ✓ Promouvoir l'allaitement maternel (mise au sein précoce, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois) ✓ Mettre en œuvre la PCIMA dans les formations sanitaires et au niveau communautaire |
| 95% des enfants de moins de 5 ans seront pris en charge dans les structures de santé et au niveau communautaire selon les procédures standards PCIMNE, d'ici 2024 | <i>Mise en œuvre de la PCIMNE clinique et communautaire (paquet intégré)</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer/Réviser le plan stratégique survie de l'enfant, les modules et les outils de formation en PCIMNE clinique et communautaire ✓ Etendre la PCIMNE clinique dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ✓ Mettre à échelle la PCIMNE communautaire dans tous les villages |
| 80% des ado-jeunes utiliseront les services de santé sexuelle et reproductive sans stigmatisation ni jugement | <i>Intégration de la santé sexuelle et reproductive des ado-jeunes dans les structures de santé publiques et privées</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer/réviser le plan stratégique et les modules de formation des adolescents et jeunes ✓ Mettre en œuvre les standards adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures publiques et privées |
| D'ici 2024, l'objectif TOLERANCE ZERO aux Mutilations Génitales Féminines et aux violences basées sur le genre est atteint | <i>Développement des mécanismes de prise en charge psychosociale et médicolégale des violences faites aux femmes et aux enfants</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités politiques administratives, sanitaires, communautaires et des populations, sur les MGF/excision, les violences basées (VBG) sur le genre et leurs conséquences sur la santé des filles et des femmes ✓ Appuyer l'application des textes juridiques et réglementaires en faveur de l'abandon des MGF/E |
| 90% de la population disposeront d'informations prenant en compte ses besoins tout au long du cycle de vie selon une approche genre | <i>Développement des mécanismes d'exemption de paiement pour les personnes âgées (hospitalisation et médicaments)</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer la prise en charge gratuite dans les formations sanitaires publiques des personnes âgées dans la perspective de la Couverture Sanitaire Universelle ✓ Accorder des appuis nutritionnels spécifiques pour des personnes âgées en fonction des pathologies |
| | <i>Promotion de la santé de la mère et de l'enfant</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser les journées nationales, africaine et mondiale pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant ✓ Réviser et mettre en œuvre la stratégie de communication en appui à la SR ✓ Mettre en place des initiatives de développement communautaires Développer les programmes de lutte contre les substances abusives (Tabac, Alcool, Drogue...) ✓ Développer le partenariat entre le Ministère de la Santé avec les autres départements (finance, sécurité, communication, Action sociale...) |
| 80% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité, d'ici 2024. | <i>Adoption et intégration des standards de performance y compris la Prévention et le contrôle de l'infection</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise à l'échelle les standards de performance S-BMR (SONU, PF, PI, PCIMNE...) dans les structures publiques et privées. ✓ Mise aux normes des locaux et des équipements ✓ Appuyer la mise en œuvre des interventions (supervision, suivi, évaluation et recherche logistique) |

Orientation stratégique 3 : Renforcement du système national de santé

Sous-orientation stratégique 3.1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau

| <i>préfectoral et communautaire</i> | | |
|---|---|---|
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| De 2015 à 2024, la couverture en paquet de service essentiel de santé de qualité est de 80%. | <i>Renforcement de l'organisation du système de soins</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir les PMA par niveau ✓ Définir des directives, procédures, normes et standards sanitaires ✓ Définir les normes d'effectif de service des plateaux techniques et d'infrastructures ✓ Mettre à jour régulièrement la carte sanitaire |
| <i>Amélioration des prestations de services :</i> | Les axes d'interventions et les actions prioritaires retenues pour cette stratégie d'intervention ont été déclinées respectivement sous les orientations stratégiques N°1 et N°2. | |
| Sous-orientation stratégique 3.2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé | | |
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| D'ici 2024, mobiliser au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS | <i>Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer une proposition de loi pour relever progressivement le taux du budget de la santé dans le Budget de l'Etat à 15% (dans le cadre de l'application des accords d'Abuja) ; ✓ Susciter la contribution des autres secteurs économiques et des communautés au financement des actions de santé ✓ Faire une étude sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la CSU ✓ Elaborer le COMPACT national ✓ Promouvoir les initiatives innovantes du financement de la santé |
| | <i>Renforcement des capacités de gestion financière et de la CSU</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités du MS en matière de planification financière et de négociation auprès du Ministère en charge de l'Economie et des Finances, du Plan, du parlement et des PTF ✓ Renforcer les capacités de gestion de l'aide en partenariat avec les PTF (compact santé, harmonisation des procédures suivi conjoint...) ✓ Institutionnaliser les CNS ✓ Produire annuellement les CNS ✓ Elaborer et tenir le CDMT à horizon glissant ✓ Mettre en place des structures capables de jouer le rôle de contrôle technique, de piloter et de mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle (CSU) ; ✓ Mettre en œuvre le financement basé sur la performance |
| Assurer l'accessibilité financière des populations aux services essentiels de santé | <i>Amélioration de l'accessibilité financière des populations</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer une structure d'encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l'ensemble des régimes d'assurance ✓ Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de protection sociale ; ✓ Appuyer la mise en place de l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des travailleurs de la fonction publique ✓ Faire une étude sur l'état actuel des mécanismes de recouvrement des coûts et de la gratuité des soins ✓ Faire la détermination et le choix du périmètre sur la base du paquet de prestations ✓ Définir le dispositif de mise en place des fonds d'achat des prestations multi donateurs en faveur de diverses cibles (indigents, malades chroniques, femmes en âge de procréer, enfants, personnes âgées, malades en ambulatoire et hospitalisation de profil autre à travers une étude ✓ Mettre en place le fonds d'achat des prestations de santé |

| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer un mécanisme de l'assurance maladie et mise en place de systèmes alternatifs (mutuelles, fonds de solidarité, tarification spéciale pour les médicaments sociaux, etc.) et subventions de l'Etat, en vue de favoriser l'accès des plus pauvres aux médicaments et autres produits de santé ✓ Maintenir la gratuité effective des CTA, ARV, IO, anti-TB, Vaccins, Kits SONU, anti lépreux etc. |
|--|--|---|
| Sous-orientation stratégique 3.3 : Développement des ressources humaines de qualité | | |
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| D'ici 2024 augmenter la densité en ressources humaines de qualité, motivées et mieux réparties dans le pays | <i>Renforcement de la gestion des RHS orientée vers la performance</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualiser le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé, ✓ Elaborer les normes en personnel par niveau de soins ✓ Organiser le recrutement du personnel, ✓ Elaborer un plan harmonisé de formation continue, ✓ Organiser les formations continues du personnel ✓ Renforcer les capacités institutionnelles de gestion des ressources humaines du secteur ✓ Mettre en place un observatoire des RHS, composante de l'observatoire nationale, ✓ Décentraliser la formation, le recrutement et la gestion des RHS ; |
| | <i>Renforcement des capacités des institutions de formation en santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser les curricula de formation, pour leur alignement sur les besoins numériques et qualitatifs du système de santé en RHS ✓ Mettre en place un système d'accréditation des institutions de formation initiale et des diplômes ✓ Développer un partenariat international pour les formations spécifiques (spécialistes et techniciennes). |
| | <i>Mise en place d'un système national de fidélisation des Ressources Humaines de la santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer un plan national de fidélisation des RHS ✓ Mettre en place un système de motivation RHS basé sur la performance et selon zones défavorisées ou difficile d'accès ✓ Mettre en œuvre la stratégie du dispositif de motivation/ fidélisation |
| Sous-orientation stratégique 3.4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité | | |
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle des établissements en infrastructures adéquates, en équipements essentiels de qualité, en ME, en produits sanguins et diagnostic de qualité sera de 100%. | <i>Développement et mise en œuvre d'un plan harmonisé de construction et de réhabilitation des infrastructures, d'acquisition et de distribution des équipements</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualiser les normes en matière d'équipements et d'infrastructures ✓ Réhabiliter/extension/construire les infrastructures sanitaires incluant des unités de prise en charge des maladies à potentiel épidémique conformément au paquet minimum d'activité pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. ✓ Doter les structures sanitaires en équipements selon les normes nationales par niveau ✓ Réglementer les dons d'équipements médicaux ✓ Doter le CNTS, les CRTS et UHTS en infrastructures équipements techniques, moyens logistiques et autres intrants pour la collecte, le traitement, la conservation, la distribution des PSL et la gestion des activités transfusionnelles adaptés à leur niveau. |
| | <i>Développement de la</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir la production locale publique et privée des |

| | | |
|--|--|--|
| | <i>production locale des médicaments et autres produits de santé</i> | <p>médicaments et autres produits de santé y compris les préparations galéniques dans les pharmacies hospitalières et les officines</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoriser les plantes médicinales de Guinée ✓ Promouvoir la coopération sous régionale pour la production et la commercialisation des produits de santé |
| | <i>Amélioration des mécanismes de financement et d'acquisition des produits de santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place de mécanismes de financement pérenne pour le fonctionnement des structures chargées de la mise en œuvre de la logistique intégrée des médicaments ✓ Exonérer de tous droits de douanes et de taxes à l'importation des dispositifs médicaux, réactifs, petits matériels de laboratoire et matières premières ✓ Améliorer les procédures d'appels d'offres et de passation des marchés pour l'acquisition des produits de santé ✓ Développer les mécanismes d'incitation à l'installation des officines privées à l'intérieur du pays |
| | <i>Promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments et autres produits de santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer l'Information/Education des populations et des prestataires sur l'usage rationnel du médicament et autres produits de santé et la publicité abusive à tous les niveaux ✓ Développer la recherche opérationnelle sur la Pharmacie et le Médicament ✓ Développer/vulgariser les outils d'aide à la prescription et la dispensation rationnelle à tous les niveaux |
| | <i>Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits de santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités du laboratoire national de contrôle de qualité ✓ Mettre en place/Renforcer les systèmes de vigilance des produits de santé : pharmacovigilance, hémovigilance, réactovigilance et matériovigilance ; ✓ Adopter les normes et procédures en matière de contrôle pré et post marketing ✓ Améliorer les capacités de stockage et de gestion des produits de santé des structures de santé |
| | <i>Renforcement de la coordination, de la régulation et du contrôle du secteur pharmaceutique</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer le cadre institutionnel et les capacités de la DNPL pour la coordination et la mise en œuvre de la PPN ✓ Instaure les mécanismes de coordination entre les différents acteurs dans la mise en œuvre du plan directeur de la PPN y compris le partenariat public-privé ✓ Développer/améliorer les capacités du pharmacien dans la gestion du médicament. ✓ Renforcer le système d'information et de communication pour une gestion efficace et efficiente ✓ Créer et opérationnaliser un corps de Pharmaciens Inspecteurs à la DNPL ✓ Renforcer la lutte contre le marché illicite et les contrefaçons de médicaments ✓ Renforcer les capacités des ordres professionnels dans la gestion et la régulation du secteur pharmaceutique ✓ Développer les normes et procédures pour la gestion des déchets pharmaceutiques (périmés, détériorés...) et biomédicaux |
| | <i>Renforcement des capacités des structures de la transfusion sanguine</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités logistiques, techniques et humaines de production, de conservation et de distribution du CNTS, des structures régionales et unités hospitalières de transfusion sanguine; ✓ Renforcer la coordination par l'élaboration des textes de |

| | | |
|--|---|---|
| | <p><i>pour la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine</i></p> | <p>loi, l'amélioration de la politique, du plan stratégique, des guides, des normes et procédures en matière de transfusionnelle ainsi que le développement d'un système d'assurance qualité incluant la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la promotion du don de sang bénévole de sang à travers la mise en œuvre d'un programme national de mobilisation des populations incluant des campagnes de communication/sensibilisation, un appui aux associations de donateurs volontaires et bénévoles du sang , le financement des collectes de sang ; ✓ Promouvoir l'utilisation rationnelle des Produits Sanguins |
| | <p><i>Développement de la Biologie médicale</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser la politique nationale de biologie, élaborer et mettre en œuvre le plan stratégique de biologie médicale ✓ Renforcer la coordination des intervenants en matière de biologie médicale ✓ Renforcer le système d'assurance qualité des examens biologiques ✓ Développer un système fiable et pérenne d'approvisionnement en réactifs et dispositifs médicaux. |
| | <p><i>Développement d'une politique nationale de maintenance et la mise en œuvre d'un plan national de maintenance</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formuler une politique nationale de maintenance ✓ Réviser et opérationnaliser un plan national de maintenance hospitalière |
| | <p><i>Renforcement des capacités d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, des produits de santé</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer les capacités de la PCG pour les achats, le stockage, la distribution, l'assurance qualité des médicaments et autres produits de santé de tout le secteur public, associatif et confessionnel... ✓ Améliorer la capacité financière de la PCG ✓ Assurer la formation continue du personnel ✓ Assurer la disponibilité en vaccins de qualité Renforcer les capacités de stockage et de gestion des vaccins à tous les niveaux du système ✓ Mettre en place progressive des mécanismes d'importation nationaux des vaccins ✓ Renforcer les systèmes d'assurance qualité des vaccins, de la vaccination et des injections ✓ Promouvoir la communication et de l'information sur les vaccins pour garantir leur bonne utilisation. ✓ Intégrer la logistique vaccinale à la PCG |

| Sous-orientation stratégique 3.5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé | | |
|---|---|--|
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle du SNIS et des sous-systèmes d'information (Surveillance épidémiologique, enregistrement de naissances et de décès, données de recherche, ...) est renforcée de 90%. | <i>Réorganisation du SNIS par la mise en cohérence des divers sous-systèmes d'information sanitaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eriger la section SNIS en Division ✓ Renforcer la coordination pour l'ensemble du SNIS et la concertation avec les partenaires publics et privés; ✓ Développer un plan stratégique national du SNIS ✓ Renforcer un mécanisme de suivi évaluation du SNIS à tous les niveaux ✓ Mettre en place l'Observatoire national de santé (base de données, CHPP, DHIS, systèmes de rapportage harmonisés) ✓ Mettre en place un système national d'enregistrement des naissances et des décès (mères, enfants, etc.) |
| | <i>Amélioration de la qualité de l'information sanitaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer les normes et procédures de gestion de données et les supports harmonisés pour la collecte et le calcul des indicateurs à tous les niveaux ✓ Développer un système informatisé de traitement, d'analyse et de diffusion des données, informations et connaissances sanitaires en temps réel à travers la plateforme «DHIS2» ✓ Réaliser un audit du SNIS à tous les niveaux du système de santé |
| | <i>Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la production, le partage et la diffusion de l'information sanitaire ; ✓ Renforcer l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux dans la prise de décisions. |
| | <i>Renforcement des ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités du SNIS en ressources humaines en infrastructures et équipements de qualité selon les normes ✓ Mettre en réseau du SNIS à tous les niveaux, ✓ Accroître le financement en faveur du SNIS. |
| De 2015 à 2024, les capacités institutionnelles et opérationnelles des structures de recherches sont améliorées à 90% | <i>Renforcement du cadre institutionnel et de la coordination de la recherche pour la santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer/Réviser les textes législatifs et réglementaires de la recherche pour la santé ✓ Mettre en place/renforcer les organes consultatifs et de gestion ✓ Eriger la cellule en charge de la recherche pour la santé au rang de division ✓ Elaborer la politique et du plan stratégique National du développement de la recherche pour la santé ✓ Mettre en place un système de suivi et d'évaluation de la Politique Nationale de recherche pour la santé |
| | <i>Renforcement les capacités des institutions de recherche pour la santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer une masse critique de ressources humaines et renforcer la capacité des jeunes chercheurs ; ✓ Développer un environnement favorable à la recherche par la construction des infrastructures et l'équipement ; ✓ Développer et mettre en œuvre un dispositif de management et d'un mécanisme de financement ; ✓ Développer de l'expertise en la recherche ; ✓ Développement du partenariat; ✓ Mettre en place un système performant pour la supervision et le mentorat des structures |

| Sous-orientation stratégique 3.6 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | | |
|---|---|---|
| Résultats attendus | Stratégies d'intervention | Actions prioritaires |
| La fonctionnalité des instances de coordination de régulation et de redevabilité est de 80% | <i>Renforcement de la coordination interne des interventions du Ministère de la Santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer les cadres appropriés de coordination, concertation, de planification, de mise en œuvre et suivi et d'évaluation des actions de développement sanitaire ✓ Renforcer la déconcentration au sein du Ministère à travers les Régions et Districts sanitaires ✓ Renforcer les capacités en gestion axée sur les résultats, communication et mobilisation sociale ✓ Mettre en place un système fonctionnel de planification, de programmation et de budgétisation ✓ Organiser des réunions semestrielles et une revue annuelle du PNDS ✓ Elaborer le plan national de communication du PNDS ✓ Faire l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du PNDS ✓ Elaborer les plans triennaux et PAO des niveaux central et régional ✓ Réviser les plans des programmes prioritaires nationaux ✓ Faire l'audit organisationnel ✓ Réviser l'organigramme ✓ Mettre en place, au niveau national, régional et préfectoral un mécanisme de dialogue politique en santé ✓ Actualiser/renforcer les mécanismes/instances de coordination du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS) ✓ Elaborer un plan national de suivi évaluation du PNDS et plans de suivi-évaluation des PRDS ✓ Elaborer le cadre national de suivi-évaluation du PNDS |
| | <i>Renforcement de la collaboration intersectorielle et partenariat</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place une plateforme multisectorielle pour la prise en charge des déterminants de la santé et de l'offre de santé ✓ Promouvoir la contractualisation entre le ministère de la santé et les autres acteurs y compris le secteur privé, la société civile et les PTF ✓ Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le domaine de la santé dans le cadre de la décentralisation. ✓ Elaborer le plan national de santé communautaire |
| | <i>Renforcement de la régulation et normalisation</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser les textes législatifs réglementaires, les normes, les procédures, les directives, les PMA ✓ Renforcer les mécanismes d'audit, contrôle de gestion, inspection, supervision et monitoring |
| De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80%. | <i>Amélioration de la gestion sanitaire du district</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Redynamiser les Comités Préfectoraux de santé ✓ Elaborer les plans de développement sanitaire des 38 districts de santé ✓ Renforcer les capacités des équipes-cadres de district ✓ Appuyer les activités de soutien (supervision, monitoring, revues annuelles, CTRS, CTPS, synthèses communales, formation) ✓ Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le cadre de la décentralisation dans le domaine de la santé. |

4.4. Cibles de couverture des interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation de services et de soins

L'analyse des cibles de couverture de base de qualité a permis d'identifier des goulots d'étranglement de la mise en œuvre des interventions à haut impact. La levée de ces goulots d'étranglement a permis d'estimer les cibles à atteindre en 2017, 2020 et 2024 aux différents niveaux de prestations de services et soins : les services à base communautaire et familiale, les services orientés vers les populations et les soins cliniques individuels. Les interventions correspondant à chaque mode de prestation et leurs cibles sont présentées dans les tableaux 3, 4 et 5 ci-dessous selon les différentes phases de l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

Tableau 3: Cibles de couverture du niveau communautaire

| Principales Interventions à haut impact | Couverture de base de qualité 2015 | 2017 | 2020 | 2024 |
|---|------------------------------------|------|------|------|
| Services à base communautaire et familiale | | | | |
| Utilisation des MILDA pour enfants de moins de 5 ans | 26 | 38 | 56 | 80 |
| Utilisation des MILDA pour les femmes enceintes | 28 | 80 | 85 | 90 |
| Utilisation d'une eau de qualité | 74 | 75 | 77 | 80 |
| Accès aux structures d'hygiène et assainissement de base | 18 | 40 | 60 | 80 |
| Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers | - | 40 | 60 | 80 |
| Allaitement maternel exclusif (0-6 mois) | 21 | 23 | 27 | 32 |
| Prise en charge thérapeutique de la malnutrition (< de 5 ans) | 25 | 31 | 40 | 51 |
| Prise en charge communautaire de la diarrhée (< de 5 ans) | 34 | 46 | 65 | 90 |
| Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme | 28 | 42 | 62 | 90 |
| Prise en charge à domicile des cas de maladies respiratoires chez les enfants de moins de 5 ans | 28 | 42 | 62 | 90 |
| Pratique du lavage des mains par les ménages | 17 | 40 | 60 | 80 |
| Utilisation d'une latrine pour l'évacuation des excréta | 18 | 40 | 60 | 80 |

Tableau 4: Cibles de couverture pour les services orientés vers les populations

| Principales Interventions à haut impact | Couverture de base de qualité 2015 | 2017 | 2020 | 2024 |
|---|---|-------------|-------------|-------------|
| Service orientés vers les populations | | | | |
| Planification familiale | 19 | 25 | 36 | 51 |
| Consultation prénatale | 57 | 85 | 89 | 95 |
| Vaccination contre le tétanos maternel et néonatal | 76 | 85 | 89 | 95 |
| Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse | 57 | 85 | 89 | 95 |
| Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse | 51 | 60 | 73 | 90 |
| Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI) | 24 | 85 | 89 | 95 |
| PTME (test, conseil, prophylaxie ARV et conseil sur l'alimentation du jeune enfant) | 40 | 90 | 94 | 100 |
| Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères | | | | |
| Séropositives | 20 | 85 | 91 | 100 |
| Vaccination anti-rougeoleuse | 62 | 69 | 80 | 95 |
| Vaccination BCG | 82 | 85 | 89 | 95 |
| Vaccin polio | 49 | 85 | 89 | 95 |
| Vaccin Pentavalent (DTC+Hb+ Hépatite) | 47 | 58 | 74 | 95 |
| Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune) | 31 | 85 | 89 | 95 |
| Vaccin anti pneumococcique | - | 85 | 89 | 95 |
| Vaccin anti rotavirus | - | 40 | 60 | 95 |
| Vaccin contre le VPH | - | 85 | 89 | 95 |
| Supplémentation en Vitamine A | 41 | 85 | 87 | 90 |

Tableau 5: Cibles de couverture du niveau clinique

| Principales Interventions à haut impact | Couverture de base de qualité | | | |
|--|-------------------------------|------|------|------|
| | 2015 | 2017 | 2020 | 2024 |
| Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles) | | | | |
| Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence | | | | |
| Accouchement normal assisté par un professionnel | 45 | 53 | 64 | 80 |
| SONUB (Soins obstétricaux Néonataux d'urgence de base) | 0,63 | 18 | 45 | 80 |
| SONUC (Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets) | 13,4 | 28 | 50 | 80 |
| Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance | 30 | 43 | 63 | 90 |
| Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM) | 90 | 91 | 93 | 95 |
| Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium) | 15 | 40 | 60 | 90 |
| Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau-né | 10 | 40 | 60 | 80 |
| Soins curatifs pour enfants et adultes | | | | |
| Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans | 38 | 50 | 67 | 90 |
| Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie | 55 | 63 | 74 | 90 |
| Traitement de la rougeole par la vitamine A | 97 | 98 | 99 | 100 |
| Prise en charge de la diarrhée par le zinc | 30 | 43 | 63 | 90 |
| Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pédiatrique | 28 | 42 | 62 | 90 |
| Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour adulte | 28 | 40 | 57 | 80 |
| Détection et prise en charge des IST | 57 | 85 | 89 | 95 |
| Médicaments pour infections opportunistes | 50 | 57 | 67 | 80 |
| ARV pour enfant atteint du VIH/SIDA | 12 | 90 | 94 | 100 |
| ARV pour adulte atteint du VIH/SIDA | 70 | 80 | 95 | 100 |
| Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere Intention | 5 | 5 | 4 | 3 |
| DOTS pour la TB | 60 | 69 | 82 | 100 |
| Retraitement des patients tuberculeux | 50 | 61 | 78 | 100 |
| Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes | 50 | 61 | 78 | 100 |

L'élaboration des Plans d'Action Opérationnels à chaque niveau doit tenir compte des résultats de l'analyse des goulots d'étranglement (identification de ceux-ci et de leurs causes) liés à la mise en œuvre de ces interventions au niveau local et des stratégies correctrices envisageables dans le contexte concerné. Suite à une simulation au niveau national à l'aide de l'outil OneHealth, des niveaux de couverture présentés dans les tableaux précédents ont été retenus pour le niveau national et devront être adaptés selon le contexte.

Celles-ci tiennent compte des orientations de la PNS en termes de résultats attendus d'équité, de couverture universelle et des SSP ;des goulots d'étranglement qu'il faudra corriger ; de la faisabilité tenant compte des causes et des contraintes du système, du secteur et du pays.

CHAPITRE V: CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI – EVALUATION DU PNDS

5.1. Mise en œuvre

5.1.1. Cadre logique

| Résumé narratif | Résultats escomptés | Indicateurs de rendement | Hypothèses/ Risques |
|--|--|--|---|
| But : | IMPACT | | |
| Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne | De 2015 à 2024 : L'espérance de vie est augmentée de 58 à 65 ans | Espérance de vie à la naissance, Nombre de vies sauvées | |
| Objectif général : | | | |
| Améliorer l'état de santé de la population guinéenne | De 2015 à 2024 : La mortalité maternelle est réduite de 724 à 300 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 34‰ à 10‰ et la mortalité infantojuvénile de 123 à 60‰ | Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV Taux de mortalité infantojuvénile Taux de mortalité néonatale | Leadership du Ministère de la Santé Conditions sociopolitiques favorables Croissance économique possible Adhésion des communautés, de la société civile, des parlementaires et des PTF Poids des traditions et cultures |
| OS1 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles et aux situations d'urgences | De 2015 à 2024 : la mortalité spécifique et la prévalence liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence est réduite de : (principales maladies transmissibles, maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination, maladies non transmissibles), paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré, violences, traumatismes et accidents : | Taux de mortalité et prévalence par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies : paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré) | |
| OS2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie | De 2015 à 2024 : La morbidité et la mortalité liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement, à la malnutrition et aux autres affections du cycle de la vie (fenêtre d'opportunité de 1000 jours, etc.) est réduite de 50% | Nombre de décès de mères Nombre de décès par tranche d'âge et par sexe (nouveau-nés, enfants, jeunes/adolescents et des personnes âgées) Incidence des maladies à déclaration obligatoire (rougeole, tétanos néonatal, fièvres hémorragiques) Taux de fécondité des adolescentes Mortalité liée aux complications obstétricales Prévalence du VIH chez les femmes enceintes Prévalence des MGF Prévalence de la malnutrition aigüe chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ans Consommation de tabac et d'alcool | |
| OS3 : Améliorer la performance du système national de santé | De 2015 à 2024, au moins 70% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé | Dépenses directes en % des dépenses totales en santé Satisfaction des usagers | |
| | EFFETS | | |
| Orientation stratégique ORS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence | Au moins 80% de la population ont accès à des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité | Taux d'accessibilité | Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles & du temps Application par les prestataires des mesures de gestion, qualité de soins Personnel motivé |

| Résumé narratif | Résultats escomptés | Indicateurs de rendement | Hypothèses/ Risques |
|--|---|--|--|
| | | | Satisfaction des bénéficiaires Engagement des parties prenantes |
| | Au moins 80% de la population sont protégés des infections nosocomiales et en Prévention des Infections et sécurité des patients autres infections liées aux épidémies et situations d'urgence | Taux de protection des populations contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence | |
| Orientation stratégique ORS2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées | La couverture en services de santé est passée de : CPN4+ : 47% à 90%, Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 25% et Césarienne : 2% à 5% Accouchement en présence d'un accoucheur qualifié (accouchement en milieu hospitalier, soins postnatals) • Vaccination par le DTC3 (antirougeoleux, anti-HiB, anti- HepB, pentavalent) • Besoins de planification familiale satisfaits (prévalence de la contraception, La couverture vaccinale efficace des enfants de 0 à 11 mois passe de 37% à 90% ; La couverture en Vitamine A et déparasitage des enfants de 6 à 59 mois est de 90% | Taux de couverture Enfants complètement vaccinés Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance Taux d'allaitement maternel exclusif | |
| Orientation stratégique ORS3 : Renforcement du système national de santé | | | |
| 3.1 Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire | 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité | Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité Nombre absolu et nombre moyen de consultations ambulatoires par personne et par an | |
| | RESULTATS INTERMEDIAIRES | | Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles & du temps Application par les prestataires des mesures de gestion, qualité de soins Satisfaction des bénéficiaires Disponibilité de l'expertise nationale et internationale Dispositif de dialogue politique décentralisé fonctionnel Disponibilité d'un accompagnement effectif des niveaux décentralisés du système de santé |
| ORS3.1 Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire | La capacité opérationnelle en Prévention des Infections et sécurité des patients est de 80% | Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité | |
| | De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% | Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) | |
| | De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire | |
| 3.2 Accès financier universel aux services essentiels de santé | 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé | Dépenses totales en santé par habitant Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé | |

| Résumé narratif | Résultats escomptés | Indicateurs de rendement | Hypothèses/ Risques |
|---|--|---|---------------------|
| 3.3 Développement des ressources humaines de qualité | La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de X à Y% | Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes ; milieu urbain – milieu rural) | |
| 3.4 Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité | L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 100% | Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants Nombre d'officines par 10 000 habitants Nombre d'établissements de laboratoires/unités de radioimagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments témoins) | |
| 3.5 Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé | De 2015 à 2024, La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 80% | Pourcentage de décès enregistrés (de naissances enregistrées) Taux de complétude Taux de promptitude | |
| 3.6 Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80% | Taux de fonctionnalité des districts sanitaires La stratégie sanitaire nationale comporte les principaux attributs (IHP+) (principales politiques : médicaments essentiels et produits pharmaceutiques ; tuberculose ; VIH/sida ; santé maternelle ; santé de l'enfant/ vaccination) | |
| | De 2015 à 2024, la fonctionnalité des instances de coordination, régulation et redevabilité est de 80% | | |
| | | | |

5.1.2. Cadre institutionnel

La mise en œuvre du PNDS 2015-2024 relève du Gouvernement avec une délégation effective aux structures administratives décentralisées (régions et préfectures). Les instances de coordination aux différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) de la pyramide sanitaire seront chargées d'un suivi formalisé de la mise en œuvre du PNDS et permettront les réajustements éventuels axés sur l'atteinte des résultats.

L'audit institutionnel permettra d'identifier les dysfonctionnements des éléments du système de santé en vue de réaliser les réformes importantes prévues dans la PNS.

La coordination nationale des PTFs du secteur de la santé sera assurée par le Ministère de la santé afin d'éviter la fragmentation et le bicéphalisme dans la mise en œuvre du PNDS.

Après la validation du PNDS au niveau national, il y aura la production de documents de diffusion du PNDS (aide-mémoire, prospectus). Ces documents serviront à organiser des séances de diffusion et de plaider auprès des groupes d'opinion notamment les parlementaires, les autres départements ministériels, les médias, le secteur privé, les diplomates, les responsables de coopérations bi et multi latérales, les parties prenantes dans l'application du RSI 2005, les leaders religieux, les leaders féminins, le parlement des jeunes, ...

Au niveau des collectivités territoriales, il sera organisé des séances d'information et de plaider auprès des parties prenantes afin de susciter leur participation responsable dans le financement local, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS 2015-2024.

5.1.3. Organes et instances de coordination par niveau et rôle dans la mise en œuvre

Pour la mise en œuvre efficace du PNDS, il sera nécessaire de mettre en place les organes et instances de coordination ci-après :

- **Un Comité de coordination du secteur de la santé,**

Ce comité assurera la coordination des interventions au niveau national, le plaider pour la mobilisation des ressources et la définition des politiques et stratégies. Il s'agit d'un organe chargé d'orienter, suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et programmes de santé. Le chef du Gouvernement assurera la présidence dudit comité.

Le Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS) est l'organe national unique de coordination du PNDS. Un comité national de suivi évaluation sera mis en place sous la responsabilité du CCSS. Un cadre unique des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du secteur santé et des réformes sanitaires sera mis en place.

Un Observatoire National de la Santé sera créé sous forme d'une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique, de documents de référence nationaux, des rapports périodiques, des résultats de la recherche et de publications en matière de

santé. Il sera alimenté par la base de données du SNIS, le système d'information sanitaire de district (DHIS) et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé (CHPP).

Le SNIS constitue la base des données de l'information sanitaire pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Des études, recherches, évaluations spécifiques et périodiques seront menées pour compléter l'information nécessaire.

Les revues annuelles conjointes du secteur santé seront institutionnalisées ainsi que les audits, contrôles de gestion, inspections, supervisions intégrées et monitorages.

- **Un Comité technique de suivi-évaluation du PNDS aux niveaux national, régional et préfectoral**

Au niveau national, ce comité sera présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, au niveau régional par le Directeur Régional de la Santé et au niveau préfectoral par le Directeur Préfectoral de la Santé. Ce comité chargé du pilotage technique du PNDS, fera le suivi évaluation de la mise en œuvre du PNDS, donnera des avis techniques et organisera des revues annuelles aux niveaux national et déconcentré. Les délégués des Partenaires Techniques et Financiers principaux feront partie de ces comités.

Les instances de coordination technique (CTC, CTRS, CTPS/CTCS, CTSPS) sont chargées du suivi et de l'évaluation du PNDS aux niveaux national, régional, préfectoral et sous-préfectoral.

- **Un Secrétariat permanent**

Ce secrétariat sera chargé des questions administratives et du traitement des informations quotidiennes relatives à l'avancement de la mise en œuvre du PNDS.

Les comités de coordination du secteur santé se réunissent quatre (4) fois par an et les instances techniques de coordination (revues semestrielles) se tiennent deux (2) fois par an. Le monitoring des activités au niveau des centres de santé et hôpitaux se réalise deux fois par an. Les revues annuelles et semestrielles conjointes sont alimentées par les résultats du monitoring.

La supervision intégrée se réalise une fois par mois au niveau préfectoral et communautaire, une fois par trimestre au niveau régional et deux fois par an au niveau national.

L'évaluation du PNDS se fera à mi-parcours (2020) appuyée par l'évaluation finale (2024). Chaque plan triennal sera évalué à la fin de son échéance.

Le cadre de suivi évaluation identifie les indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultat et les relie à des méthodes de collecte de données provenant de plusieurs sources pour les synthétiser et produire les bases factuelles pour la prise de décision aux différents niveaux du système de santé.

Un système harmonisé de rapportage sera mis en place pour produire le rapport national annuel unique sur la performance du système santé (mise en œuvre du PNDS).

5.1.4. Rôles et responsabilités des parties prenantes

La mise en œuvre harmonieuse et concertée de ce PNDS va exiger une réelle appropriation de tous les acteurs et un réel alignement de la part de toutes les autres parties prenantes. Les conclusions de l'enquête préliminaire sur la situation de « 7 comportements des partenaires » dans le cadre de la promotion de IHP+ sera capitalisée dans une optique de la redynamisation des instances de coordination en phase avec la *Déclaration de Paris* sur l'efficacité de l'aide au développement.

Le secrétariat permanent du PNDS aura l'importante tâche d'assurer le suivi du respect des engagements des différents partenaires en termes d'alignement et de mise à disposition des ressources pour la mise en œuvre harmonieuse du PNDS. Un point sera fait à chaque réunion périodique de coordination au niveau national.

En fonction des mandats ou domaines de préférence, les PTF mobiliseront les ressources nécessaires à mettre à disposition pour la mise en œuvre du PNDS selon le dispositif et les mécanismes définis et établis de concert avec le Ministère de la santé, responsable attribué par délégation du Gouvernement.

Afin de privilégier le même esprit d'inclusion et de concertation avec toutes les parties prenantes et aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, la stratégie des missions conjointes de suivi de la mise en œuvre seront encouragées à une périodicité trimestrielle et/ou semestrielle pour une participation efficace dans les revues périodiques. Les outils et les procédures seront définis par le secrétariat permanent du PNDS.

La revue annuelle conjointe (RAC) précédée par l'enquête SARA sera institutionnalisée. L'enquête SARA permettra de se faire une idée exacte sur la disponibilité de services essentiels et le niveau de leur réactivité. A part les données sur les performances du système issues du système d'information de routine, la RAC sera renseignée par les missions conjointes réalisées par le Ministère de la santé et les autres parties prenantes en couvrant toutes les régions sanitaires.

5.1.5. Conditions et procédures de mise en œuvre

Pour obtenir des résultats, un accent particulier sera mis sur les aspects suivants :

- la mobilisation des ressources (financières, matérielles) qui se fera dans le cadre de l'Approche Sectorielle ou SWAp santé et du Partenariat International pour la Santé (IHP+).
- le renforcement des capacités des personnels à travers la formation de base générale et ciblée, la formation continue à tous les niveaux du système de santé et la capitalisation de l'assistance technique dans le cadre de la coopération bilatérale et multi latérale.
- la mise aux normes des infrastructures, des équipements et la logistique
- la priorisation des prestations et services et soins de santé de qualité pour le passage à échelle des interventions à haut impact.

Le « District sanitaire » est l'unique niveau opérationnel pour la déclinaison de toutes les activités du PNDS en cohérence parfaite avec les orientations de la Politique Nationale de Santé.

Compte tenu du niveau actuel de développement de notre système de santé, la décentralisation est une réforme majeure dans le secteur santé devant faire intervenir la communauté à travers les collectivités locales dans la gestion des problèmes de santé des populations. Il est donc nécessaire de réorganiser le système de santé en intégrant la communauté comme un partenaire dont l'organisation doit être renforcé compte tenu de l'option de décentralisation de l'administration fortement engagée par le Gouvernement. A cet effet, l'approche communautaire sera développée avec pour objectif d'assurer non seulement le développement d'un partenariat pérenne, mais aussi l'intégration des activités sous directives communautaires notamment à travers :

- l'adoption d'une stratégie communautaire claire dans un contexte où plus de la moitié des populations n'auraient pas accès aux structures publiques ou privées de santé,
- la formation d'agents de santé communautaires, ayant entre autres rôles, la sensibilisation des populations, la prise en charge des pathologies mineures et la distribution des intrants qui seraient retenus dans cette stratégie.
- l'amélioration de l'accès aux services préventifs, grâce :
 - à une amélioration de leur programmation,
 - à l'intégration d'interventions synergiques, et
 - au développement des stratégies avancées et mobiles visant les zones prioritaires et bénéficiant d'une programmation conjointe et intégrée. Par ailleurs, l'accès aux structures fixes fonctionnelles nécessitera la disponibilité au niveau des structures opérationnelles des personnels de santé qualifiés et motivés; la question de la répartition et de l'équité dans la gestion des ressources humaines devrait être adressée de manière efficace et durable notamment la fidélisation aux postes dans les zones enclavées.
- la minimisation des occasions manquées en optimisant l'exploitation de tout contact avec le système de santé, afin de garantir ou d'assurer un service complet (exemple : 3 vaccinations au Penta, 4 CPN, contraception régulière, PTME,...).

Pour ce faire, il serait utile de travailler sur :

- l'organisation des services afin d'améliorer la qualité de l'accueil et la rapidité du service, ce qui peut encourager par exemple les mères à revenir régulièrement pour compléter les différents passages nécessaires à la vaccination complète de leurs enfants ;
 - le coût du transport et les coûts d'opportunité à travers la subvention de la demande;
 - la communication interpersonnelle afin d'expliquer et d'accompagner les couples et les femmes pour les amener à compléter ces passages ;
 - l'assurance-qualité de tous les services complets grâce essentiellement au contrôle de la qualité du produit, à la formation continue à travers une supervision formative régulière du personnel sur le terrain. Cette dernière stratégie devrait prendre de plus en plus d'importance dans les actions afin de limiter le nombre de séminaires organisés par les différents programmes verticaux et n'ayant comme véritable résultat que l'aggravation de l'absentéisme de ce personnel déjà insuffisant.
-

Au vu de la situation peu satisfaisante qui prévaut au niveau clinique dans tout le système national de santé, il est nécessaire de revoir les réformes relatives à deux intrants : (i) gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux essentiels ; (ii) développement des ressources humaines. A ce titre, il faut revoir:

- le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments, des réactifs consommables et dispositifs médicaux essentiels dans le but de garantir la disponibilité régulière de ces produits à tous les niveaux du système de santé ;
- le programme de développement des ressources humaines en termes de production, de recrutement et de gestion du personnel de santé à tous les niveaux cliniques selon les besoins réels du terrain et non pas sur le simple principe normatif. Dans ce cadre, la question des normes en personnel mériterait d'être revue et reprécisée en vue de plus d'efficacité et de réalisme dans leur détermination ; le besoin se fait ressentir prioritairement dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Pour permettre une visibilité sur la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé, le système national d'informations sanitaires doit être intégré et rendu fonctionnel. Ceci nécessitera l'alignement des différents programmes au Plan Intégré de Suivi-Evaluation à travers la fédération des moyens (outils et ressources humaines et financières).

Afin de respecter les principes de droit humain et de genre, les indicateurs de suivi évaluation doivent être désagrégés selon le sexe, l'âge, le milieu de résidence, le niveau de revenu et d'autres facteurs de vulnérabilité (handicaps, OEV, sans abri...).

5.1.6. Outils de mise en œuvre du PNDS

Pour rappel, la finalité de ce PNDS reste celle de produire des soins de santé de qualité accessibles à toute la communauté et répondant bien à leurs besoins avec leur participation responsable. Les prestations des soins vont se réaliser au niveau opérationnel avec un appui stratégique à travers un accompagnement de proximité de la part du niveau intermédiaire en se référant aux normes et procédures définies au niveau national.

Pour faciliter le travail au niveau décentralisé, le secrétariat du PNDS élaborera une série d'outils et des directives/ instructions en matière de planification opérationnelle.

Ces outils sont au nombre six à savoir : le « cadrage budgétaire sectoriel, le plan triennal 2015 – 2017 du PNDS, les plans triennaux 2015 – 2017 des Directions Préfectorales de la Santé et Directions Régionales de la Santé, le Cadre de Dépense à Moyen Terme du secteur de la santé, les Plans d'Action Opérationnels (PAO) budgétisés et le budget annuel

- le « cadrage budgétaire sectoriel » est une estimation des coûts de la mise en œuvre du PNDS. Ce cadrage donne une idée globale sur les besoins financiers nécessaires pour l'atteinte des résultats visés et servira, entre autres, lors du plaidoyer en vue de la mobilisation des fonds pour financer les gaps ;
 - le plan triennal 2015 – 2017 se focalisera sur les interventions prioritaires dans le cadre de la relance du système de santé éprouvé par l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola ;
-

- le plan triennal 2015 – 2017 par les deux niveaux : Direction Préfectorale de la Santé et Direction Régionale de la Santé. Il s'agit en effet d'une mise à jour permanente (plans glissants) des plans Triennaux de Développement Sanitaire Préfectoral 2015 - 2017 et des Plans Triennaux Régionaux de Développement Sanitaire 2015-2017 pour non seulement les arrimer au Plan Triennal 2015 – 2017 du PNDS mais aussi de tenir compte chaque année, de la réalité de mise en œuvre ; chacun de ces plans triennaux est assorti d'un cadrage budgétaire ;
 - Le Cadre de Dépense à Moyen Terme du secteur de la santé, quatrième outil de la mise en œuvre du PNDS, est élaboré par les soins de la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) et du Bureau des Stratégies et de Développement (BSD), en fonction de ses objectifs et compte tenu des priorités du PNDS conformément à l'approche Gestion Axée sur les Résultats (GAR).
 - le Plan d'Action Opérationnel (PAO) budgétisé, cinquième outil de la mise en œuvre du PNDS, découle de chacun des Plans triennaux par niveau. En effet, sur la base de son plan triennal, chaque niveau du système national de santé consolidera son PAO en fonction des micros plans élaborés par ses structures opérationnelles. Les micros plans sont élaborés suivant les directives de planification définies par le Comité de Coordination Technique du Secteur Sanitaire et de suivi de la mise en œuvre du PNDS. Chaque PAO est assortie de son budget. Les budgets des PAO sont pris en compte lors de la confection du budget annuel de chaque structure;
 - Le budget annuel, dernier outil, permet chaque année la mise en œuvre effective du PNDS. Le budget sera confectionné en tenant compte des besoins exprimés dans les PAO et des dispositions du CDMT sectoriel.
-

5.2. Suivi et Evaluation

5.2.1. Cadre National des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du système de santé

Tableau 6: Cadre national des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du PNDS et du système de santé

| INTRANTS ET PROCESSUS | RESULTATS INTERMEDIAIRES (OUTPUTS) | RESULTATS FINALS (EFFETS/OUTCOMES) | IMPACT |
|---|---|---|--|
| Financement de la santé | Accès aux services et préparation des services | Couverture des interventions | Situation sanitaire |
| Dépenses totales en santé par habitant | Préparation générale des services (préparation spécifique des services) | Soins prénatals (4 consultations et plus) | Espérance de vie à la naissance |
| Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques | Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments | Accouchement en présence d'un accoucheur qualifié (accouchement en milieu hospitalier ; soins post-natals) | Nombre de vies sauvées |
| Personnels de santé | Prix médian des médicaments témoins | Taux de couverture en DOTS | Taux de mortalité infanto juvénile |
| Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes ; milieu urbain - milieu rural) | Nombre absolu et nombre moyen de consultations ambulatoires par personne et par an | Vaccination par le DTC3/Penta3 (anti rougeoleux, anti-HiB, anti- HepB, pentavalent, Ebola et autres nouveaux vaccins) | Taux de mortalité infantile |
| Nombre annuel de diplômés pour 100 000 habitants | Qualité et sécurité des services | Besoins de planification familiale satisfaits (prévalence de la contraception) | |
| Infrastructure | Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) | Enfants atteints d'une infection respiratoire aiguë et amenés dans un établissement de santé (prise d'antibiotiques) | Taux de mortalité néonatale |
| Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants (nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants) | Taux de létalité à 30 jours pour l'infarctus aigu du myocarde (les AVC) en milieu hospitalier | Enfants atteints de diarrhée recevant un TRO (avec poursuite de l'alimentation) | Taux de mortalité périnatale |
| Equipements | Taux de létalité des complications obstétricales | Utilisation de MILDA parmi les enfants (MII parmi les femmes enceintes ; possession de MII par les ménages) | Ratio de mortalité maternelle |
| Disponibilité des équipements biomédicaux pour 10 000 habitants | Niveau de respect des normes et procédures en PI | Traitement ARV parmi ceux qui en ont besoin | Taux de mortalité par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète sucré) |
| Information | Délai d'attente pour les interventions chirurgicales programmées (cataracte, angioplastie coronaire transluminale percutanée, prothèse de hanche) | Prophylaxie ARV parmi les femmes enceintes séropositives pour le VIH | Prévalence du Paludisme |

Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé

| | | | |
|--|--|---|---|
| Pourcentage de décès enregistrés et de naissances enregistrées | Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) | Détection des cas de tuberculose | Prévalence du Paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans |
| Gouvernance | | Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 20 à 64 ans (dépistage du cancer du sein) | Prévalence de la tuberculose |
| La stratégie sanitaire nationale comporte les principaux attributs (IHP+) (principales politiques : médicaments essentiels et produits pharmaceutiques ; tuberculose ; VIH/sida ; santé maternelle ; santé de l'enfant/ vaccination) | | Facteurs de risques et conduites à risque | Prévalence du VIH chez les jeunes (de 15 à 24 ans) |
| | | Consommation de tabac chez l'adulte (chez les jeunes) | Prévalence des maladies tropicales négligées |
| | | Prévalence de l'hypertension artérielle | Prévalence des maladies non transmissibles |
| | | Consommation d'alcool par habitant (par buveur) | Taux de mortalité prématuré dû aux maladies non transmissibles chez les personnes âgées de 30 à 70 ans |
| | | Obésité chez l'adulte | Incidence des maladies évitables par la vaccination |
| | | Accès à une eau sans risque pour la santé | Incidence des maladies à déclaration obligatoire (rougeole, tétanos néonatal) |
| | | Accès à des moyens d'assainissement améliorés | Protection contre le risque financier |
| | | Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance (une insuffisance pondérale, un surpoids, une émaciation) | Dépenses directes, en % des dépenses totales en santé (dépenses catastrophiques en santé) |
| | | Petit poids de naissance parmi les nouveau-nés | Taux de protection des populations contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence. |
| | | Allaitement au sein exclusif (dès le premier jour) | Réponse aux attentes |
| Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (15-24 ans) | Satisfaction des usagers | | |
| | | Taux de protection des populations contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence. | |

5.2.2. Monitoring

Le monitoring s'effectue par la récolte des informations, l'analyse approfondie de ces informations et la prise de décision suivie de l'élaboration d'un micro plan d'amélioration. Les déterminants mesurés selon le modèle de Tanashi sont: la disponibilité en ressources pour le fonctionnement du service, l'accessibilité géographique du service, l'utilisation des services par la population cible, la couverture adéquate de la population cible, la couverture effective de la population cible qui reflète la qualité technique du service offert. Cet exercice sera mis en œuvre au niveau des Centres de Santé pour permettre un meilleur suivi des activités planifiées au niveau le plus bas, y inclus les activités des agents de santé communautaires qui devront dorénavant jouer un rôle déterminant dans le système de santé.

5.2.3. Revue sectorielle

La revue sectorielle est une activité de suivi périodique de la mise en œuvre du PNDS et sera menée par l'ensemble des structures du secteur santé, le ST/CCSS jouant le rôle de facilitateur principal. Le but de la revue sectorielle est de pouvoir rendre compte périodiquement des performances du système de santé à travers des indicateurs précis pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. De manière opérationnelle, des sessions de revue se feront semestriellement et annuellement respectivement par le district de santé, la région et le niveau central. Un canevas de la revue sera développé et validé sur la base des informations à renseigner par chaque niveau en vue du calcul des indicateurs du PNDS. La revue sectorielle va s'appuyer sur les outils existants du système national de suivi-évaluation à savoir: les données de routine (SNIS) et des enquêtes périodiques (MICS, EDS, ENN, Comptes Nationaux de Santé...) conformément au Cadre Conceptuel (tableau 6ci-dessous).

5.2.4. Evaluation

Selon le cadre conceptuel, le PNDS sera évalué à des périodes régulières selon l'objectif poursuivi comme présenté au tableau 6:

- L'évaluation du Plan triennal 2015 – 2017 permettra d'apprécier l'atteinte des objectifs de reconstruction du système de santé post-Ebola ;
- l'évaluation à mi-parcours (2020) permettra de renseigner le niveau d'atteinte des résultats/extrants liés à la mise en œuvre du PNDS 2015-2024;
- l'évaluation à terme (2024) permettra de renseigner sur les effets produits par les résultats de la mise en œuvre du PNDS 2015-2024 et leurs apports sur la marche vers l'atteinte des objectifs de développement;
- l'évaluation ex post (2029/2030) permettra de renseigner l'impact sur la santé des populations bénéficiaires des services et soins de santé ainsi que sur l'ensemble du système de santé.

Conçue selon une approche systémique pour les trois niveaux du système national de santé, l'évaluation reposera sur le Cadre National des Indicateurs de Suivi et d'Évaluation des Performances du PNDS et du Cadre de rendement.

5.2.5. Cadre de mesure de rendement

Tableau 7: Cadre de mesure de rendement du PNDS 2015 – 2024

| Chaîne de résultats | Indicateurs de performance (IOV) | | | Sources de données | Méthode de collecte | Fréquence de collecte | Responsable |
|---|--|----------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| | Enoncé | Valeur de référence (2015) | Valeur cible (2024) | | | | |
| IMPACT De 2015 à 2024 : L'espérance de vie est augmentée de 58 à 65 ans | Espérance de vie à la naissance (en années) | 58 | 65 | DNS | EDS | 5 ans | MPlan |
| Impact 1 De 2015 à 2024 : La mortalité maternelle est réduite de 724 à 379 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 33‰ à 12,5‰ et la mortalité infanto juvénile de 123 à 47‰ | Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV | 724 | 379 | DNS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | Taux de mortalité infanto juvénile (‰) | 123 | 47 | DNS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | Taux de mortalité néonatale (‰) | 33 | 12,5 | DNS | EDS | 5 ans | MPlan |
| Impact 1.1 De 2015 à 2024 : la mortalité spécifique et la prévalence liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence est réduite de : (principales maladies transmissibles, maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination, maladies non transmissibles), le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la malnutrition, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète sucré, les affections buccodentaires, les violences, les traumatismes et les accidents | Taux de mortalité et prévalence par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies : paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré) - 90% des cas de paludisme sont pris en charge au niveau des structures sanitaires et des communautés. - 100% des tuberculeux sont pris en charge selon le protocole national - Le taux de détection de la Tuberculose est de 100% - 100% des femmes reçues en CPN bénéficient du dépistage du VIH et de la prise en charge des cas confirmés. - Réduction de 25% de l'usage nocif de l'alcool, 25% inactivité physique, 25% de consommation en sel, 30% usage du tabac, 25% hypertension et - 25% obésité et diabète - Réduction de l'indice CAO à 3,5 | | | SNIS | Routine | an | MS |
| Effet 1.1.1 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité | Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité (protection, promotion, prévention, prise en charge et réadaptation) - ARV 100% des PVVIH - Utilisation de MILDA des femmes enceintes passe de 28% à 90% | | | SNIS INS | Routine EDS | An 5 ans | MS |

| Chaîne de résultats | Indicateurs de performance (IOV) | | | Sources de données | Méthode de collecte | Fréquence de collecte | Responsable |
|--|---|----------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| | Enoncé | Valeur de référence (2015) | Valeur cible (2024) | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - la couverture DOTS passe de 82% à 95%. - Utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans passe de 26% à 90% | | | | | | |
| <p>Produit 1.1.1.1</p> <p>La capacité opérationnelle en Prévention, prise en charge des Infections et sécurité des patients et du personnel est de 80%</p> | <p>Taux de protection des populations et du personnel sanitaire contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) - 80% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l'infection et de sécurité des patients - 80% de la population ont accès à l'eau potable | | 80 | MS | Enquête | an | MS |
| <p>Produit 1.1.1.2</p> <p>La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80%</p> | Indice composite de capacité des services de santé à base communautaire (soins et services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs) | | 80 | SNIS | Enquête SARA | an | MS |
| <p>Impact 1.2</p> <p>De 2015 à 2024 : La morbidité et la mortalité liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement, à la malnutrition et aux autres affections du cycle de la vie (fenêtre d'opportunité de 1000 jours, etc.) est réduite de 50%</p> | <p>Nombre de décès de mères</p> <p>Nombre de décès par tranche d'âge et par sexe (nouveau-nés, enfants, jeunes/adolescents et des personnes âgées)</p> <p>Incidence des maladies à déclaration obligatoire (rougeole, tétanos néonatal, fièvres hémorragiques)</p> <p>Taux de fécondité des adolescentes</p> <p>Mortalité liée aux complications obstétricales</p> <p>Prévalence du VIH chez les femmes enceintes</p> <p>Prévalence des MGF</p> <p>Prévalence de la malnutrition aigüe chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Consommation de tabac et d'alcool</p> | | | MS | SNIS | an | MS |
| <p>Effet 1.2.1</p> <p>La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 51% et Césarienne : 2% à 5%</p> | <p>CPN4+ : (%)</p> <p>Accouchement assisté (%)</p> <p>Césarienne (%)</p> <p>PF (%)</p> <p>Enfants complètement</p> | 57 | 95 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | | 45 | 80 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | | 2 | 5 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | | 19 | 51 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | | 37 | 95 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |

| Chaîne de résultats | Indicateurs de performance (IOV) | | | Sources de données | Méthode de collecte | Fréquence de collecte | Responsable |
|---|--|----------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| | Enoncé | Valeur de référence (2015) | Valeur cible (2024) | | | | |
| | vaccinés (%) | | | | | | |
| | Taux d'allaitement maternel exclusif (%) | 21 | 32 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |
| | Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%) | 31 | 20 | INS | EDS | 5 ans | MPlan |
| Produit 1.2.1.1 La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, adolescents, personnes âgées, etc.) | Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) indice de capacité opérationnelle des services de santé | | | SNIS | Enquête SARA | an | MS |
| | SONUB (%) | 0,67 | 80 | SNIS | Enquête | an | MS |
| | SONUC (%) | 13,4 | 80 | SNIS | enquête | an | MS |
| Produit 1.2.1.2 De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) | | | SNIS | Enquête SARA | an | MS |
| Impact 2 De 2015 à 2024 ; Au moins 70% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé | Dépenses directes en % des dépenses totales en santé | 62 | 25 | CNS | Etude | an | MS |
| | Satisfaction des usagers (%) | 39 | 70 | SNIS | Enquête SARA | | |
| Effet 2.1 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité | Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité | PM | 80 | SNIS | Enquête | an | MS |
| Produit 2.1.1 La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% | Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %) Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) | PM | 80 | SNIS | Enquête SARA | an | MS |
| Produit 2.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire | PM | 80 | SNIS | Enquête SARA | an | MS |
| Produit 2.1.3 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé | Part du budget de l'Etat alloué au secteur santé (%) | 3,5 | 15 | CNS | Etude | an | MS |
| | Dépenses totales en santé /habitant (USD) | 26 | 45 | CNS | Etude | an | MS |
| | Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des | 8 | 15 | CNS | Etude | an | MS |

| Chaîne de résultats | Indicateurs de performance (IOV) | | | Sources de données | Méthode de collecte | Fréquence de collecte | Responsable |
|---|---|----------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|-------------|
| | Enoncé | Valeur de référence (2015) | Valeur cible (2024) | | | | |
| | administrations publiques (%) | | | | | | |
| | Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé | | | CNS | Etude | an | MS |
| Produit 2.1.4 La densité en ressources humaines de qualité et la répartition sont améliorées | Nombre de médecins pour 10 000 habitants milieu urbain – milieu rural) | (1,7) 0,27 | 2,6 | SNIS | Evaluation Opérationnalité DS | an | MS |
| | Nombre d'infirmiers/infirmières pour 10000 habitants | 1,29 | 2,6 | SNIS | Evaluation Opérationnalité DS | an | MS |
| | Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants | 0,27 | | SNIS | Evaluation Opérationnalité DS | an | MS |
| Produit 2.1.5 L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 100% | Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants | | | | | | |
| | Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants | 1,82 | | | | | |
| | Nombre d'officines par 10 000 habitants | 0,02 | | | | | |
| | Nombre d'établissements de laboratoires/unités de radio imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants | 0,05 | | SNIS | | an | MS |
| | Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments témoins) | | | | | | |
| Produit 2.1.6 La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 80% | Pourcentage des décès et des naissances enregistrés Taux de complétude Taux de promptitude | | | SNIS | Routine | an | MS |
| Produit 2.1.7 De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80% | Taux de fonctionnalité des districts sanitaires La stratégie sanitaire nationale comporte les principaux attributs (IHP+) (principales politiques : médicaments essentiels et produits pharmaceutiques ; tuberculose ; VIH/sida ; santé maternelle ; santé de l'enfant/ vaccination) | 52 | 80 | SNIS | Evaluation Opérationnalité Districts | an | MS |

Pour un meilleur fonctionnement du mécanisme de suivi-évaluation, il est prévu :

- la production des données statistiques de qualité, consignées dans les registres des activités des formations et structures sanitaires et transmises par chaque acteur de celles-ci à travers les rapports mensuels d'activités (RMA) ;
- le renforcement de l'organisation, du fonctionnement, du financement et des capacités du Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur Santé (ST/CCSS) et de suivi de la mise en œuvre du PNDS;
- l'intégration effective du système national de suivi-évaluation dans le fonctionnement de l'ensemble du secteur santé ;

- l'implication effective du BSD dans l'organisation des évaluations, le monitoring de la qualité des services et soins de santé prodigués par les structures publiques et privées de santé,
- l'exploitation du Réseau de Métrologie Sanitaire etc.

Tableau 8: Cadre conceptuel pour le suivi et l'évaluation

| Types d'indicateurs | Périodicité | Opération | Responsable | Sources de vérification |
|-----------------------------------|----------------------------|---|-------------------------------|---|
| Indicateurs à usage interne | Mensuel | Système National d'Information Sanitaire (SNIS) | BSD | Rapport mensuel d'activités |
| | Semestrielle/ Annuelle | Revue sectorielle | BSD | Rapports de progrès sur la MEO de la PNDS |
| Indicateurs de résultats/extrants | Annuelle ou bi annuelle | Enquêtes Etudes | BSD | Rapport d'enquête/étude |
| | Annuelle | Comptes Nationaux de Santé (CNS) | BSD | Rapport sur les CNS |
| | 2017 | Evaluation du Plan Triennal 2015 - 2017 | BSD | Rapport d'évaluation |
| Indicateurs d'effet et d'impact | 2020 | Evaluation à mi - parcours | ST/CCSS | Rapport d'évaluation |
| | 2024 | Evaluation à terme | ST/CCSS | Rapport d'évaluation |
| | Tous les 4 ou 5 ans | Enquêtes à moyen terme : EDS, MICS | INS et autres Institutions | Rapports d'enquête |
| | 2029/2030 | Evaluation ex post | ST/CCSS | Rapports d'évaluation |

5.2.6. Calendrier de mise en œuvre des résultats du PNDS

5.2.6.1. Echancier de réalisation des résultats

| Chaine de résultats | Indicateurs de performance | Valeur de référence (2014) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|---|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| IMPACT De 2015 à 2024 : L'espérance de vie est augmentée de 58 à 65 ans | Espérance de vie à la naissance | 58 | 58,7 | 59,4 | 60,1 | 60,8 | 61,5 | 62,2 | 62,9 | 63,6 | 64,3 | 65 |
| Impact 1 De 2015 à 2024 : La mortalité maternelle est réduite de 724 à 379 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 33‰ à 12,5‰ et la mortalité infanto juvénile de 123 à 47‰ | Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV | 724 | 690 | 655 | 621 | 586 | 552 | 517 | 483 | 448 | 414 | 379 |
| | Taux de mortalité infanto juvénile (‰) | 123 | 115 | 108 | 100 | 92,6 | 85 | 77,4 | 69,8 | 62,2 | 54,6 | 47 |
| | Taux de mortalité néonatale (‰) | 33 | 31 | 28,9 | 26,9 | 24,8 | 22,8 | 20,7 | 18,7 | 16,6 | 14,6 | 12,5 |
| Impact 1.1 De 2015 à 2024 : la mortalité spécifique et la prévalence liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence est réduite de : (principales maladies transmissibles, maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination, maladies non transmissibles), le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la malnutrition, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques, le diabète sucré, les affections buccodentaires, les violences, les traumatismes et les accidents | Taux de mortalité et prévalence par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies : paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré) | | | | | | | | | | | |
| | 90% des cas de paludisme sont pris en charge au niveau des structures sanitaires et des communautés. | | | | | | | | | | | |
| | 100% des tuberculeux sont pris en charge selon le protocole national | | | | | | | | | | | |
| | Le taux de détection de la Tuberculose est de 100% | | | | | | | | | | | |
| | 100% des femmes reçues en CPN bénéficient du dépistage du VIH et de la prise en charge des cas confirmés. | | | | | | | | | | | |

| Chaine de résultats | Indicateurs de performance | Valeur de référence (2014) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|--|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Réduction de 25% de l'usage nocif de l'alcool, 25% inactivité physique, 25% de consommation en sel, 30% usage du tabac, 25% hypertension et 25% obésité et diabète | | | | | | | | | | | |
| Effet 1.1.1 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité | Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité (protection, promotion, prévention, prise en charge et réadaptation) | | | | | | | | | | | |
| | ARV 100% des PVVIH | | | | | | | | | | | |
| | l'Utilisation de MILDA des femmes enceintes passe de 28% à 90% | | | | | | | | | | | |
| | la couverture DOTS passe de 82% à 95%. | | | | | | | | | | | |
| | L'utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans passe de 26% à 90% | | | | | | | | | | | |
| Produit 1.1.1.1 : La capacité opérationnelle en Prévention, prise en charge des Infections et sécurité des patients et du personnel est de 80% | Taux de protection des populations et du personnel sanitaire contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| | - 80% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| | - 80% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l'infection et de sécurité des patients | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| | - 80% de la population ont accès à l'eau potable | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| Produit 1.1.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Indice composite de capacité des services de santé à base communautaire (soins et services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs) | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| Impact 1.2 : De 2015 à 2024 : | Nombre de décès de mères | | | | | | | | | | | |

| Chaine de résultats | Indicateurs de performance | Valeur de référence (2014) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|--|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| La morbidité et la mortalité liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement, à la malnutrition et aux autres affections du cycle de la vie (fenêtre d'opportunité de 1000 jours, etc.) est réduite de 50% | Nombre de décès par tranche d'âge et par sexe (nouveau-nés, enfants, jeunes/adolescents et des personnes âgées) | | | | | | | | | | | |
| | Incidence des maladies à déclaration obligatoire (rougeole, tétanos néonatal, fièvres hémorragiques) | | | | | | | | | | | |
| | Taux de fécondité des adolescentes (p,1000) | 146 | 132 | 118 | 104 | 89,6 | 75,5 | 61,4 | 47,3 | 33,2 | 19,1 | 5 |
| | Mortalité liée aux complications obstétricales | | | | | | | | | | | |
| | Prévalence du VIH chez les femmes enceintes | | | | | | | | | | | |
| | Prévalence des MGF | 78 | 74,2 | 70,4 | 66,6 | 62,8 | 59 | 55,2 | 51,4 | 47,6 | 43,8 | 40 |
| | Prévalence de la malnutrition aiguë chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ans | | | | | | | | | | | |
| | Consommation de tabac et d'alcool | | | | | | | | | | | |
| | Effet 1.2.1 La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 51% et Césarienne : 2% à 5% | CPN4+ : (%) | 57 | 60,8 | 64,6 | 68,4 | 72,2 | 76 | 79,8 | 83,6 | 87,4 | 91,2 |
| Accouchement assisté (%) | | 45 | 48,5 | 52 | 55,5 | 59 | 62,5 | 66 | 69,5 | 73 | 76,5 | 80 |
| Césarienne (%) | | 2 | 2,3 | 2,6 | 2,9 | 3,2 | 3,5 | 3,8 | 4,1 | 4,4 | 4,7 | 5 |
| PF (%) | | 19 | 19,9 | 20,8 | 21,7 | 22,6 | 23,5 | 24,4 | 25,3 | 26,2 | 27,1 | 28 |
| Enfants complètement vaccinés (%) | | 37 | 42,8 | 48,6 | 54,4 | 60,2 | 66 | 71,8 | 77,6 | 83,4 | 89,2 | 95 |
| Taux d'allaitement maternel exclusif (%) | | 21 | 22,1 | 23,2 | 24,3 | 25,4 | 26,5 | 27,6 | 28,7 | 29,8 | 30,9 | 32 |
| Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%) | | 31 | 29,9 | 28,8 | 27,7 | 26,6 | 25,5 | 24,4 | 23,3 | 22,2 | 21,1 | 20 |
| Produit 1.2.1.1 La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, adolescents, personnes âgées, etc.) | Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) | | | | | | | | | | | |
| | indice de capacité opérationnelle des services de santé | | | | | | | | | | | |
| | SONUB (%) | 0,7 | 8,6 | 16,5 | 24,5 | 32,4 | 40,3 | 48,3 | 56,2 | 64,1 | 72,1 | 80 |
| | SONUC (%) | 13,4 | 20,1 | 26,7 | 33,4 | 40,0 | 46,7 | 53,4 | 60,0 | 66,7 | 73,3 | 80 |

| Chaîne de résultats | Indicateurs de performance | Valeur de référence (2014) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | |
| Produit 1.2.1.2 De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) | | | | | | | | | | | |
| Impact 2 : De 2015 à 2024 Au moins 70% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé | Dépenses directes en % des dépenses totales en santé | 62 | 58,3 | 54,6 | 50,9 | 47,2 | 43,5 | 39,8 | 36,1 | 32,4 | 28,7 | 25 |
| | Satisfaction des usagers (%) | 39 | 42,1 | 45,2 | 48,3 | 51,4 | 54,5 | 57,6 | 60,7 | 63,8 | 66,9 | 70 |
| Effet 2.1 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité | Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| Produit 2.1.1 La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% | Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %) | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| | Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) | | | | | | | | | | | |
| | Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) | | | | | | | | | | | |
| Produit 2.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire | PM | 8 | 16 | 24 | 32 | 40 | 48 | 56 | 64 | 72 | 80 |
| Produit 2.1.3 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé | Part du budget de l'Etat alloué au secteur santé (%) | 3,5 | 4,7 | 5,8 | 7,0 | 8,1 | 9,3 | 10,4 | 11,6 | 12,7 | 13,9 | 15 |
| | Dépenses totales en santé /habitant (USD) | 26 | 27,9 | 29,8 | 31,7 | 33,6 | 35,5 | 37,4 | 39,3 | 41,2 | 43,1 | 45 |
| | Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques (%) | 8 | 8,7 | 9,4 | 10,1 | 10,8 | 11,5 | 12,2 | 12,9 | 13,6 | 14,3 | 15 |

| Chaîne de résultats | Indicateurs de performance | Valeur de référence (2014) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|--|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé | | | | | | | | | | | |
| Produit 2.1.4 La densité en ressources humaines de qualité et la répartition sont améliorées | Nombre de médecins pour 10 000 habitants milieu urbain : | 1,7 | 1,8 | 1,9 | 2,0 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,5 | 2,6 |
| | milieu rural : | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 1,9 | 2,1 | 2,4 | 2,6 |
| | Nombre d'infirmiers/infirmières pour 10000 habitants | 1,3 | 1,4 | 1,6 | 1,7 | 1,8 | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 2,3 | 2,5 | 2,6 |
| | Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants | 0,27 | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 1,9 | 2,1 | 2,4 | 2,6 |
| Produit 2.1.5 L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 100% | Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants | 1,82 | | | | | | | | | | |
| | Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants | 1,82 | | | | | | | | | | |
| | Nombre d'officines par 10 000 habitants | 0,02 | | | | | | | | | | |
| | Nombre d'établissements de laboratoires/unités de radio imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants | 0,05 | | | | | | | | | | |
| | Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, | 0,02 | | | | | | | | | | |
| | Prix médian des médicaments témoins) | 0,05 | | | | | | | | | | |
| Produit 2.1.6 La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 80% | Pourcentage des décès et des naissances enregistrés | | | | | | | | | | | |
| | Taux de complétude | | | | | | | | | | | |
| | Taux de promptitude | | | | | | | | | | | |
| Produit 2.1.7 De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80% | Taux de fonctionnalité des districts sanitaires | 52 | 54,8 | 57,6 | 60,4 | 63,2 | 66 | 68,8 | 71,6 | 74,4 | 77,2 | 80 |
| | La stratégie sanitaire nationale comporte les principaux attributs (IHP+) (principales politiques : médicaments essentiels et produits pharmaceutiques ; tuberculose ; VIH/sida ; santé maternelle ; santé de l'enfant/ vaccination) | | | | | | | | | | | |

CHAPITRE VI: FINANCEMENT DU PNDS 2015 – 2024

6.1. Cadrage financier

Le financement des interventions retenues dans le PNDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, des partenaires au développement, des ONG ainsi que du secteur privé.

Des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources seront entreprises, appuyées par la tenue d'une table ronde des bailleurs potentiels pour le financement dudit plan.

La réussite de la mise en œuvre de ce plan dépendra d'un certain nombre de facteurs clés : (i) un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat durant le processus de mise en œuvre, (ii) une coordination des partenaires et (iii) un dispositif de suivi – évaluation opérationnel.

6.2. Hypothèses de calcul des coûts

Le cadrage financier ou l'estimation du coût du PNDS de la République de Guinée s'est fait à l'aide de l'outil OneHealth et a consisté à estimer le coût sur la base des objectifs fixés dans ledit plan.

Etant donné, l'absence de document programmatique des ressources humaines, l'hypothèse retenue pour estimer les besoins en ressources humaines pour la période retenue pour le PNDS a consisté au scénario retenu dans l'étude commanditée par l'OMS sur « *l'analyse des ressources humaines de la santé en Guinée sur un horizon de 10 ans (2015-2025)* ».

Cette étude a estimé les besoins en personnels suivants : 2 243 Médecins généralistes, 4 511 Infirmiers diplômés d'Etat, 2 243 Agents techniques de santé et 2 197 Sages-femmes d'Etat.

6.3. Résumé des coûts du PNDS 2014 - 2024

6.3.1. Coût prévisionnel total

Le coût total du PNDS (2015-2024) est estimé à **56 336 936 244 344 GNF**, soit environ **7 727 974 793 USD**. Le coût par tête d'habitant est estimé à **48 USD** en 2015 et s'établira à **58 USD** en 2024, soit un taux d'accroissement annuel moyen de **5 %**.

Cette budgétisation a tenu compte des réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires, de réhabilitation et de normalisation des infrastructures existantes et les recrutements de personnel nouveau à envisager dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS.

6.3.2. Coût par Orientation Stratégique du PNDS

La figure 9 ci-dessous, montre qu'il est principalement alloué à l'orientation stratégique n°3, relative au «Renforcement du système national de santé» consomme **59 %** des ressources totales du PNDS. Cela s'explique par le fait que cette orientation contient des sous orientations qui sont les 6 piliers du système de santé.

L'orientation stratégique n°1 «Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence», représente **24 %** du coût total. Cela s'explique par l'importance des interventions prioritaires dans cette orientation stratégique. En effet, cet axe contient un nombre important des interventions prioritaires du PNDS, qui sont essentiellement des interventions jugées à haut impact relevant des différents programmes et stratégies de santé. L'orientation stratégique n°2 «Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées», consomme quant à lui **17 %** des ressources totales.

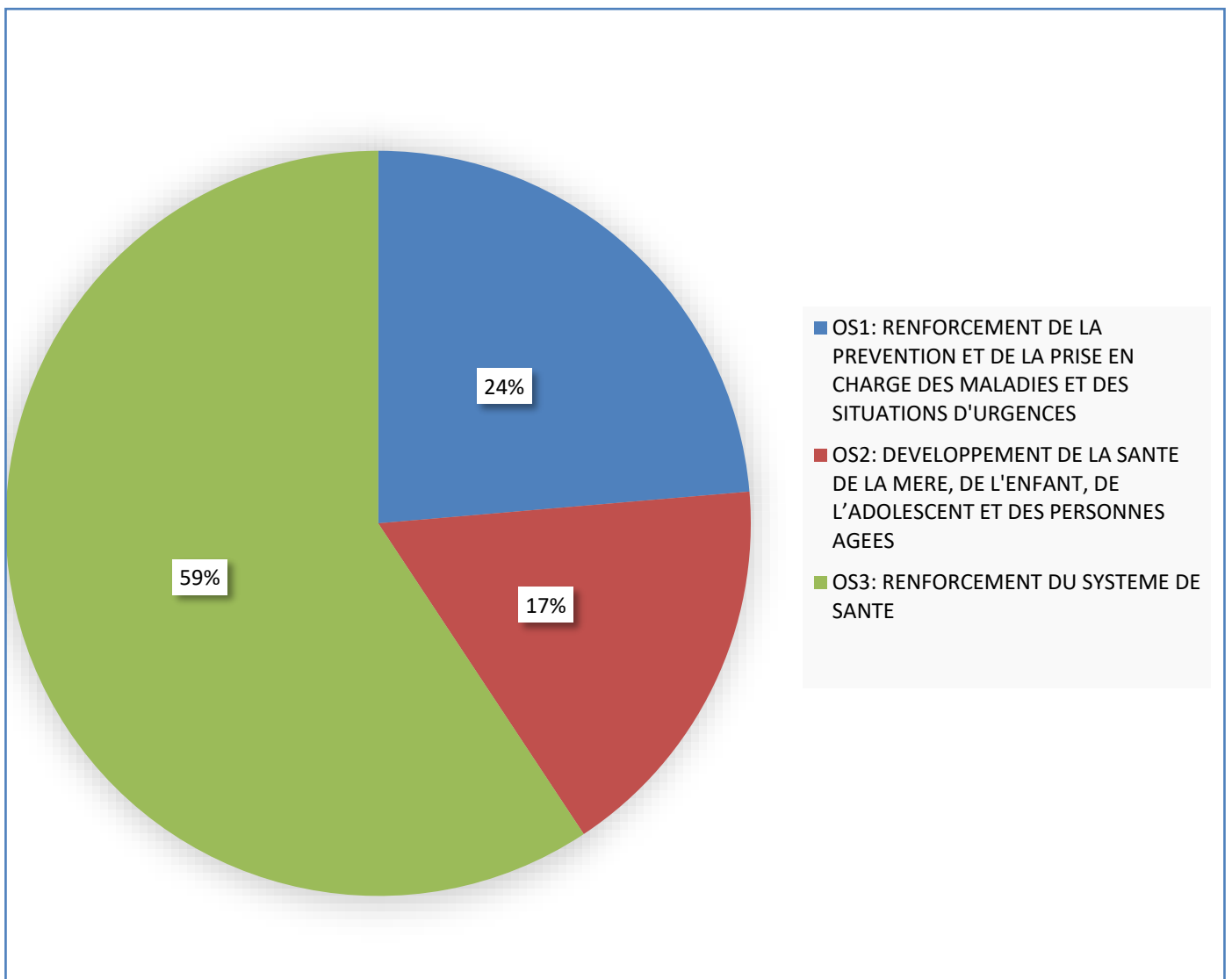


Figure 9: Répartition des ressources financières du PNDS par orientation stratégique

Tableau 9: Coût estimatif du PNDS 2015 - 2024 par orientation stratégique (en millier de USD)

| ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 | TOTAL |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| OS1: RENFORCEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES ET DES SITUATIONS D'URGENCES | 103 068 | 119 569 | 136 093 | 153 189 | 171 194 | 190 531 | 208 897 | 227 623 | 247 577 | 269 334 | 1 827 075 |
| OS2: DEVELOPPEMENT DE LA SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DES PERSONNES AGEES | 99 014 | 107 578 | 118 231 | 124 363 | 130 394 | 135 172 | 140 675 | 147 369 | 154 032 | 161 243 | 1 318 071 |
| OS3: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE | 418 555 | 492 667 | 419 031 | 379 533 | 372 858 | 493 118 | 445 708 | 482 596 | 520 107 | 558 655 | 4 582 829 |
| OS3.1: Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral | 103 703 | 129 102 | 156 151 | 182 433 | 210 435 | 239 296 | 268 769 | 298 849 | 329 474 | 360 488 | 2 278 699 |
| OS3.2: Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé | 47 635 | 47 555 | 47 559 | 47 569 | 47 578 | 47 679 | 47 596 | 47 605 | 47 614 | 47 233 | 475 623 |
| OS3.3: Développement des ressources humaines de qualité | 70 557 | 16 668 | 8 863 | 9 552 | 9 387 | 9 777 | 10 131 | 10 601 | 11 144 | 11 844 | 168 524 |
| OS3.4: Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité | 192 710 | 290 520 | 197 456 | 130 947 | 103 166 | 192 409 | 116 965 | 123 304 | 129 729 | 136 324 | 1 613 528 |
| OS3.5: Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé | 1 992 | 896 | 866 | 946 | 656 | 1 902 | 766 | 636 | 666 | 2 052 | 11 377 |
| OS3.6: Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | 1 958 | 7 927 | 8 137 | 8 087 | 1 637 | 2 056 | 1 482 | 1 602 | 1 482 | 714 | 35 078 |
| TOTAL GENERAL | 620 637 | 719 814 | 673 355 | 657 085 | 674 446 | 818 821 | 795 281 | 857 588 | 921 717 | 989 232 | 7 727 975 |

6.3.3. Coût par niveau de prestation de service et par pilier du système de santé

Le tableau ci-après donne le détail du budget du PNDS par niveau de prestation de service et par pilier du système de santé. Les coûts par niveau de prestation de service regroupent l'ensemble des coûts des interventions des programmes de santé. Ces coûts représentent **61%** du coût total tandis que ceux relatifs au système de santé représentent **39 %**.

Cette différence s'explique par le fait de l'option prise pour la mise à l'échelle des interventions à haut impact aux différents niveaux de prestation de services et de soins.

Tableau 10: Coût estimatif du PNDS 2015 - 2024 par niveau de prestation de services et par pilier du système de santé (en milliers USD)

| NIVEAUX | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 | Total |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Communauté | 32 599 | 40 482 | 48 853 | 56 541 | 64 599 | 72 938 | 81 306 | 89 863 | 98 594 | 107 271 | 693 046 |
| Stratégie avancée | 22 347 | 27 986 | 34 744 | 40 151 | 45 749 | 51 503 | 57 408 | 63 397 | 69 481 | 75 642 | 488 410 |
| Clinique | 155 962 | 193 478 | 233 227 | 270 865 | 309 961 | 350 150 | 391 385 | 433 215 | 475 665 | 518 541 | 3 332 449 |
| Coût des programmes | 25 769 | 25 150 | 23 779 | 23 190 | 22 433 | 21 086 | 18 879 | 17 964 | 17 901 | 20 128 | 216 278 |
| PROGRAMME | 236 677 | 287 096 | 340 604 | 390 746 | 442 743 | 495 677 | 548 978 | 604 438 | 661 641 | 721 583 | 4 730 183 |
| Infrastructures et équipements | 68 329 | 239 282 | 138 805 | 69 080 | 35 132 | 118 331 | 36 594 | 36 833 | 37 067 | 37 750 | 817 204 |
| Ressources Humaines | 70 029 | 16 298 | 8 493 | 9 153 | 8 966 | 9 331 | 9 663 | 10 133 | 10 672 | 11 373 | 164 110 |
| Médicaments, produits et fournitures | 125 160 | 51 676 | 59 089 | 62 335 | 68 523 | 74 776 | 80 908 | 87 007 | 93 203 | 99 298 | 801 976 |
| Financement de la santé | 116 685 | 116 650 | 116 697 | 116 749 | 116 801 | 116 943 | 116 901 | 116 950 | 116 998 | 116 656 | 1 168 030 |
| Systèmes d'information sanitaire | 1 992 | 896 | 866 | 946 | 656 | 1 902 | 766 | 636 | 666 | 2 052 | 11 377 |
| Gouvernance | 1 764 | 7 916 | 8 801 | 8 076 | 1 626 | 1 862 | 1 471 | 1 591 | 1 471 | 520 | 35 094 |
| SYSTÈME DE SANTE | 383 960 | 432 718 | 332 751 | 266 339 | 231 704 | 323 144 | 246 302 | 253 149 | 260 076 | 267 649 | 2 997 792 |
| TOTAL GENERAL | 620 637 | 719 814 | 673 355 | 657 085 | 674 446 | 818 821 | 795 281 | 857 588 | 921 717 | 989 232 | 7 727 975 |

6.4. Analyse des gaps de financement

L'analyse du GAP de financement du PNDS permet de fournir des données sur les coûts nécessaires à la mise en œuvre des programmes, des stratégies ou des activités. Elle aide à examiner les coûts qui sont actuellement couverts ou sont prévus de l'être et donne une compréhension claire de la façon dont le montant du financement additionnel pourra être alloué, demandé ou obtenu à travers des actions de **plaidoyer**.

Ainsi, la différence entre les ressources disponibles et les coûts estimatifs du PNDS a permis de dégager un besoin total de financement qui s'élève à **3 498 230 000 USD**.

L'estimation des ressources disponibles des partenaires a été faite sur la base des montants de financement prévus dans les plans stratégiques des programmes de santé qui en disposent et des annonces de financement faites par les partenaires dans leurs différents plans de travail.

L'analyse montre une baisse des contributions financières des partenaires beaucoup plus marquée à partir de 2018. Cela s'explique par le fait que la plupart de ceux-ci ne communique pas leurs contributions financières au-delà de 03 années et par le fait que les grands projets de construction (Hôpital de Donka, 4 CSA) prennent fin en 2018. D'où, en vue de réaliser les projections, une reconduction systématique des montants alloués pour la dernière année a été faite, sauf dans le cas où le financement du bailleur est à terme.

Tableau 11: GAP de financement du PNDS 2015 - 2024 (en milliers USD)

| ANNEES | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | TOTAL |
|---|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| ESTIMATIONS FINANCIERES | | | | | | | | | | | |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 637 | 719 814 | 673 355 | 657 085 | 674 446 | 818 821 | 795 281 | 857 588 | 921 717 | 989 232 | 7 727 975 |
| Estimation des disponibilités financières | 538 813 | 567 912 | 477 389 | 414 565 | 382 582 | 371 337 | 367 976 | 367 859 | 369 423 | 371 889 | 4 229 745 |
| GAP DE FINANCEMENT | 81 824 | 151 902 | 195 966 | 242 520 | 291 864 | 447 484 | 427 305 | 489 728 | 552 294 | 617 342 | 3 498 230 |

Ce gap devra être comblé par une mobilisation plus accrue des ressources propres de l'Etat et des partenaires au développement.

Cependant, une gestion plus efficiente des ressources mobilisées garantirait la sécurité des sommes mobilisées.

Le faible niveau du gap en 2015 s'explique par le fait de l'existence des données exactes des partenaires pour cette année et aussi des engagements pris par ces mêmes acteurs dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola.

6.5. Analyse de l'espace fiscal

Le concept d'espace fiscal se réfère à la flexibilité (ou la "liberté de manœuvre") dont jouit le gouvernement pour procéder à un ajustement des composantes de son budget afin d'augmenter les dépenses, soit au plan général soit dans des domaines prioritaires, comme, par exemple, les services sociaux de base tels que le secteur de la santé.

6.5.1. Situation du financement du secteur de la santé

6.5.1.1. Dépenses globales de la santé

Les derniers résultats des comptes nationaux de la santé, réalisés en 2010, font apparaître une dépense de santé par tête de 26,8 \$ US, ce qui est en dessous des 44 \$US recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Les dépenses publiques de santé en Guinée demeurent alors nettement inférieures aux niveaux minimum nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par le PNDS jusqu'en 2024.

Selon les statistiques de la Banque mondiale (*Banque mondiale, indicateurs du développement dans le monde*), comme le montre la figure ci-après, les dépenses totales de santé de la Guinée, en % du PIB ont connu une baisse entre 2010 et 2011, avant d'amorcer une légère croissance linéaire de 2011 à 2013.

Il faut cependant signaler que plus de la moitié de ces dépenses (62%) sont supportées par les ménages (CNS, 2010).

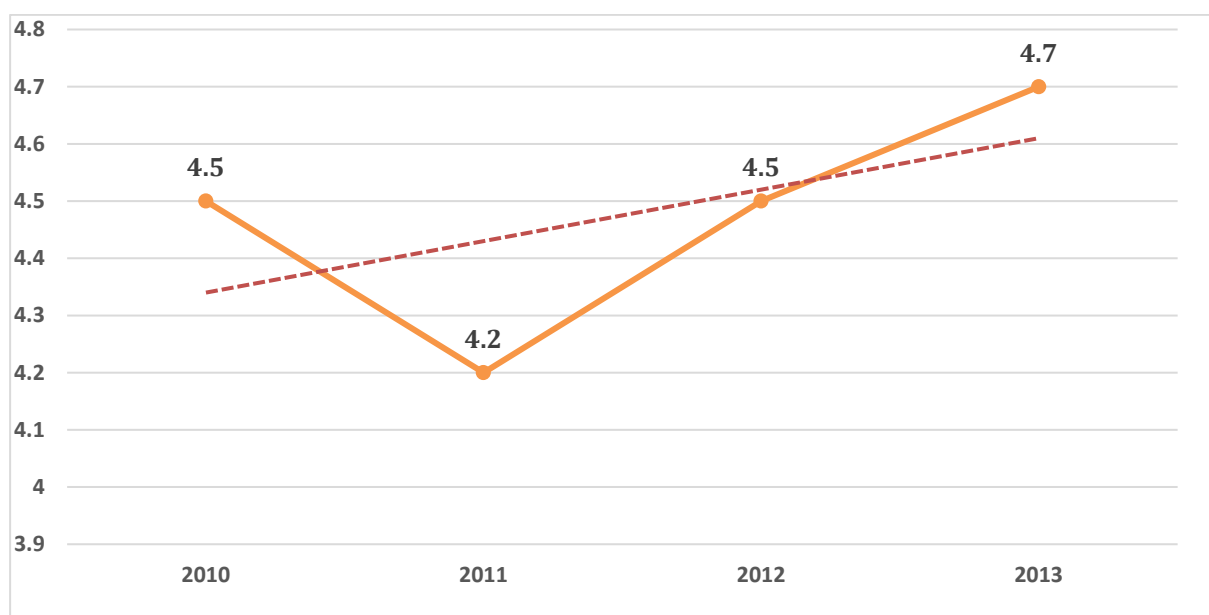


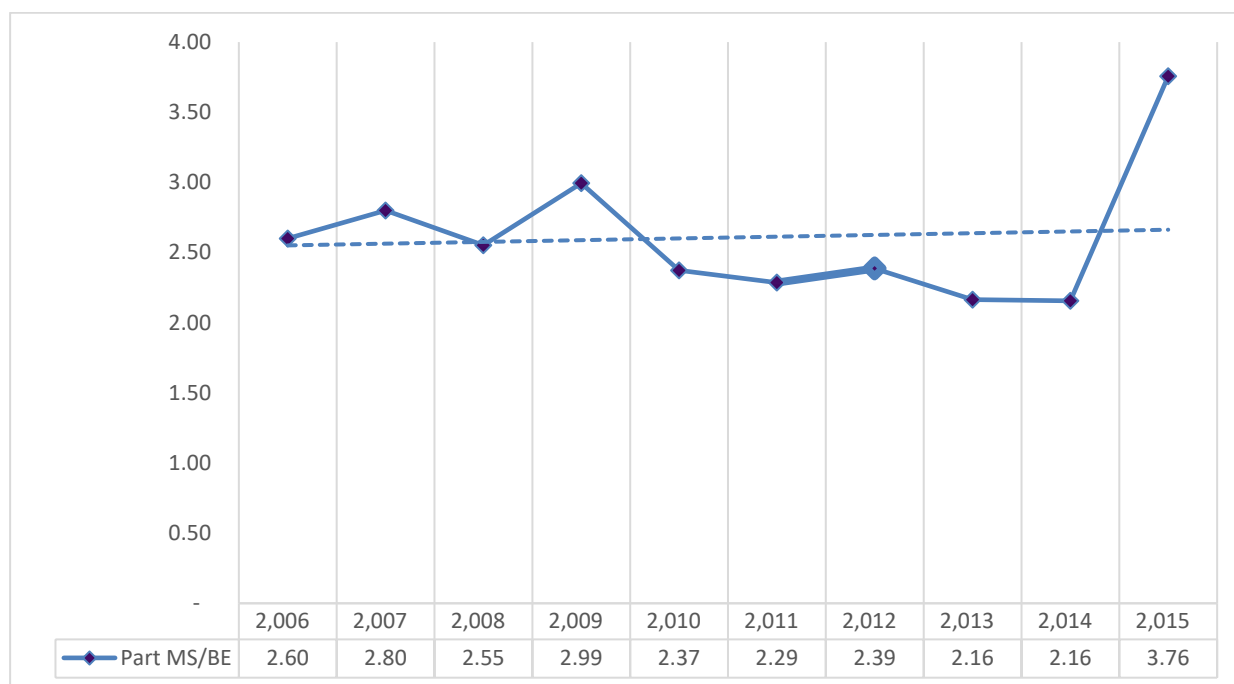
Figure 10: Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB

6.5.1.2. Financement de la santé par le budget de l'Etat

Le ministère de la santé de la République de Guinée connaît un sous financement de la part du budget de l'Etat. En effet, depuis 2006, les allocations accordées à ce ministère connaissent une évolution en dents de scie, influençant négativement les performances du secteur. Le plus fort taux d'allocation observé depuis la décennie étant celui prévu pour l'année 2015 (3,76%).

En somme, les crédits annuels destinés à la santé ont augmenté au fil du temps (en termes nominaux), mais pas aussi vite que l'inflation ou l'ensemble des dépenses du gouvernement.

Les analyses montrent que la fraction affectée aux dépenses de santé est constituée à plus de 90% des dépenses de personnel (salaires). Ce qui signifie que la majeure partie des dépenses de santé (investissement, fonctionnement etc.) est donc supporté par les partenaires au développement. Cela suppose qu'au cours de ces dernières années, les dépenses du secteur de la santé n'ont pas été une priorité dans les décisions budgétaires en Guinée. Le graphique ci-dessous nous montre l'évolution de ce financement.



Source: Lois des finances (Ministère des Finances, 2005 à 2015)

Figure 11: Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé

Ce niveau de financement est insuffisant et se classe derrière celui atteint par d'autres pays ayant un niveau de revenu similaire, recommandé par les organismes internationaux de développement et, surtout, exigé par les besoins du pays.

6.5.2. Stratégies de mobilisation des ressources financières en faveur du PNDS

La mobilisation des ressources est le principal défi auquel est confronté le financement public du secteur de la santé en Guinée. Le graphique ci-après montre l'évolution du financement planifié par le PNDS versus le financement public et privé mobilisable.

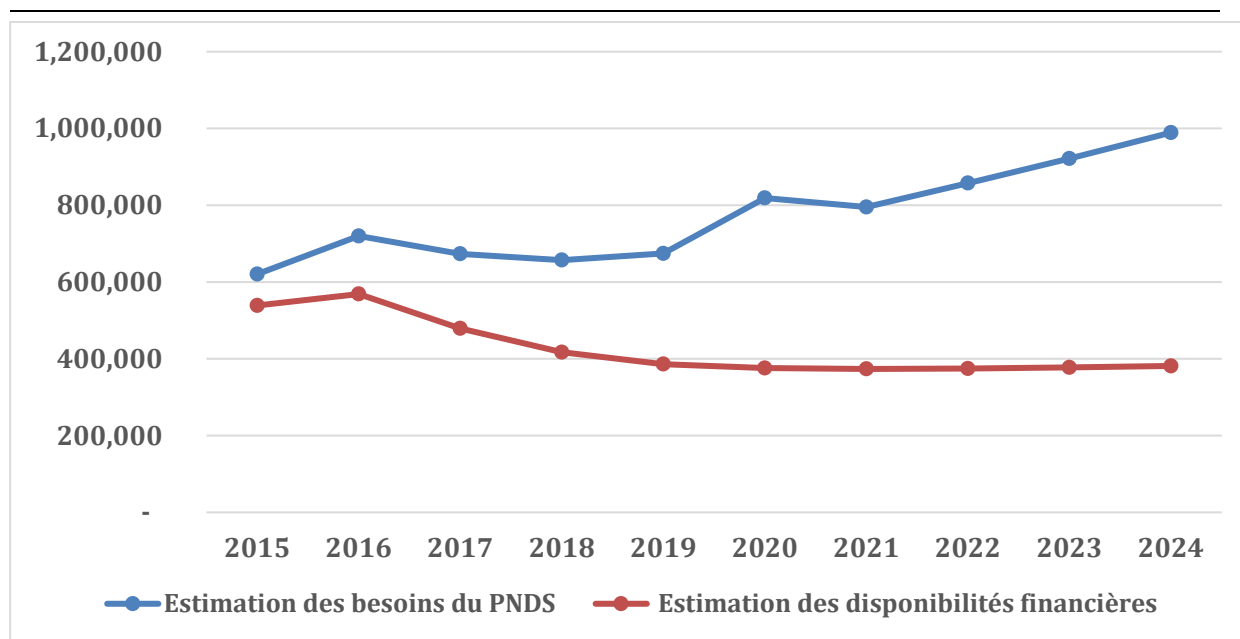


Figure 12: Coût du PNDS versus disponibilité financière

6.5.1.2. Ressources de l'Etat et des partenaires au développement

La part des dépenses de santé dans les dépenses totales de l'État doit augmenter considérablement pour atteindre d'ici à 2024 (fin du PNDS) le niveau recommandé internationalement. De manière plus pratique, la Guinée doit s'assurer que le niveau des dépenses publiques consacrées à la santé est au moins suffisant pour couvrir les besoins de base du système de santé dans un contexte d'une population en croissance.

Au regard de l'évolution du financement de la santé, trois scénarii de mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé peuvent être faits. Les deux premiers scénarii s'intéressent au financement du gap qui a été dégagé et le dernier scénario s'intéresse au financement global du PNDS.

Scénario 1 : Toute chose égale par ailleurs, si le financement de l'Etat en faveur de la santé reste dans sa position actuelle (3,76%) qui est le niveau maximum atteint depuis 10 ans, et que les partenaires au développement respectent leurs engagements actuels, le gap total du financement du PNDS sera de **3 498 229 762 USD**. Pour combler ce gap, l'Etat pourrasoit augmenter la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé ou faire appel à ses partenaires au développement afin de compenser le manque à gagner. A défaut, les ménages paieront le plus lourd tribut. Cette situation sera plus difficile à supporter par les ménages et les expose aux dépenses catastrophiques, au regard du revenu **mensuel** brut par tête d'habitant en Guinée, qui est **38 USD**, en deçà de la moyenne Afrique qui est de **141 USD** (Source : Banque mondiale, 2012).

Scénario 2 : Dans ce scénario, au regard des engagements internationaux pris, l'Etat décide d'augmenter progressivement le budget alloué au ministère de la santé jusqu'à atteindre 10% au détriment des secteurs non productifs et non prioritaires. Au regard de l'évolution observée entre 2014 et 2015 en ce qui concerne les allocations de l'Etat en faveur du ministère de la santé, 1,6 points peuvent s'ajouter chaque année au taux de l'année n-1, d'où l'état pourra atteindre un niveau d'allocation à la santé, de 10% souhaité à partir de 2020. Dans cette situation le Gap à combler sera de **1 240 731 891**

USD. Le financement du gap de financement du PNDS sera réduit de **65%** de ce niveau initiale. Des efforts du gouvernement et des partenaires seront sollicités pour combler ce gap. Mais, tout cela suppose que les efforts actuels soient maintenus des deux côtés.

Scénario 3 : Conformément aux accords d'Abuja, l'Etat décide dès l'année 2016 à allouer 15% de son budget au secteur de la santé (ministère de la santé et autres institutions). Si nous appliquons ce taux au budget actuel de l'Etat exploratoire (2016 à 2018) et projeté linéairement de 2016 à 2024, le ministère de la santé pourra bénéficier d'une allocation totale pour la période de **5 209 225 780USD**. En même temps, si les partenaires au développement respectent leurs engagements pour la période, le gap de financement sera de **79 062 927 USD** pour l'année 2015. La Guinée couvrira totalement les besoins de financement de son PNDS de 2016 à 2024.

En somme, pour les scénarii 1 et 2, seul un accroissement du PIB par habitant grâce à la croissance économique garantirait d'élargissement de l'espace budgétaire.

Pour le scénario 3, un engagement au plus haut degré de l'Etat devrait faire de la santé un secteur prioritaire au détriment des secteurs non productifs dont les financements devraient être dégrevés au profit de la santé.

Tableau 12: Scénarii de financement du PNDS 2015 - 2024 (en USD)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | TOTAL |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| Budget de l'Etat | 1 784 245 033 | 2 183 193 377 | 2 480 346 748 | 2 847 818 636 | 3 342 307 439 | 3 661 893 004 | 4 039 972 565 | 4 418 052 126 | 4 796 131 687 | 5 174 211 248 | 34 728 171 864 |
| SCENARIO 1 | | | | | | | | | | | |
| Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | 3,76% | |
| Montant de l'allocation à la santé | 64 326 489 | 66 745 165 | 69 254 784 | 71 858 763 | 74 560 653 | 77 364 133 | 80 273 025 | 83 291 291 | 86 423 043 | 89 672 550 | 763 769 896 |
| Financements disponibles des PTFs | 330 092 649 | 356 772 831 | 263 740 974 | 198 312 114 | 163 628 077 | 149 578 692 | 143 308 999 | 140 174 153 | 138 606 729 | 137 823 018 | 2 022 038 235 |
| Contribution des Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 1 443 936 900 |
| Total des financements disponibles | 538 812 828 | 567 911 686 | 477 389 447 | 414 564 568 | 382 582 420 | 371 336 515 | 367 975 714 | 367 859 133 | 369 423 462 | 371 889 257 | 4 229 745 031 |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 657 085 306 | 674 446 264 | 818 820 900 | 795 280 563 | 857 587 601 | 921 717 178 | 989 231 591 | 7 727 974 793 |
| Gap à combler | - 81 824 051 | - 151 901 869 | - 195 965 509 | - 242 520 739 | - 291 863 844 | - 447 484 384 | - 427 304 849 | - 489 728 468 | - 552 293 716 | - 617 342 333 | - 3 498 229 762 |
| SCENARIO 2 | | | | | | | | | | | |
| Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé | 3,76% | 4,92% | 6,08% | 7,24% | 8,40% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | |
| Montant de l'allocation à la santé | 67 087 613 | 107 413 114 | 150 805 082 | 206 182 069 | 280 753 825 | 366 189 300 | 403 997 257 | 441 805 213 | 479 613 169 | 517 421 125 | 3 021 267 767 |
| Financements disponibles des PTFs | 330 092 649 | 356 772 831 | 263 740 974 | 198 312 114 | 163 628 077 | 149 578 692 | 143 308 999 | 140 174 153 | 138 606 729 | 137 823 018 | 2 022 038 235 |
| Contribution des Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 1 443 936 900 |
| Total des financements disponibles | 541 573 952 | 608 579 635 | 558 939 746 | 548 887 873 | 588 775 592 | 660 161 682 | 691 699 945 | 726 373 055 | 762 613 588 | 799 637 833 | 6 487 242 902 |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 657 085 306 | 674 446 264 | 818 820 900 | 795 280 563 | 857 587 601 | 921 717 178 | 989 231 591 | 7 727 974 793 |
| Gap à combler | - 79 062 927 | - 111 233 920 | - 114 415 210 | - 108 197 433 | - 85 670 672 | - 158 659 217 | - 103 580 617 | - 131 214 546 | - 159 103 590 | - 189 593 758 | - 1 240 731 891 |
| SCENARIO 3 | | | | | | | | | | | |
| Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé | 3,76% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% |
| Montant de l'allocation à la santé | 67 087 613 | 327 479 007 | 372 052 012 | 427 172 795 | 501 346 116 | 549 283 951 | 605 995 885 | 662 707 819 | 719 419 753 | 776 131 687 | 5 209 225 780 |
| Financements disponibles des PTFs | 330 092 649 | 356 772 831 | 263 740 974 | 198 312 114 | 163 628 077 | 149 578 692 | 143 308 999 | 140 174 153 | 138 606 729 | 137 823 018 | 2 022 038 235 |
| Contribution des Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 1 443 936 900 |
| Total des financements disponibles | 541 573 952 | 828 645 527 | 780 186 676 | 769 878 600 | 809 367 883 | 843 256 332 | 893 698 574 | 947 275 662 | 1 002 420 172 | 1 058 348 395 | 8 474 651 773 |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 657 085 306 | 674 446 264 | 818 820 900 | 795 280 563 | 857 587 601 | 921 717 178 | 989 231 591 | 7 727 974 793 |
| Gap à combler | - 79 062 927 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - 79 062 927 |

6.5.2.1. Utilisation efficace des ressources

À long terme, c'est essentiellement la croissance économique qui contribuera à l'élargissement de l'espace budgétaire. Il est donc indispensable que le gouvernement Guinéen utilise l'aide de manière rentable. Il faudra affecter judicieusement les dépenses publiques entre les secteurs et au sein de ceux-ci, en tenant compte des meilleurs éléments de preuve disponibles de l'incidence des dépenses publiques sur le développement humain et la croissance économique. Le principal enjeu consistera à améliorer l'efficacité des services de santé pour s'assurer que le surcroît de dépenses contribuera à améliorer les résultats en matière de santé. Dans bien de cas, la réaffectation de ressources au sein du secteur au profit des soins de santé primaires améliorera l'efficacité et l'équité.

En conclusion, la mobilisation des ressources pour la couverture des besoins de financement du PNDS 2015 - 2024 se fera à la fois en interne et en externe.

Pour la mobilisation des ressources, des actions suivantes devront être réalisées, il s'agira de

- Renforcer le Leadership et la synergie d'action entre les directions du Ministère de la Santé ;
- Développer des stratégies de mobilisations de ressources via la fiscalité ou la parafiscalité et les financements innovants y compris à partir des sociétés minières ;
- Améliorer le dialogue politique avec le Ministère des Finances et celui du Plan ;
- Plaider auprès du Ministère en charge des Finances pour l'augmentation du budget de la santé à 15% du budget de l'Etat à partir de 2016 ;
- Utiliser les ressources disponibles à tous les niveaux du Ministère en charge de la santé par une meilleure définition des priorités, une meilleure programmation budgétaire, l'amélioration de la qualité de la dépense ;
- Encourager les collectivités locales à améliorer le financement de la santé y compris à travers la coopération décentralisée ;
- Susciter et exploiter le mécénat au profit de la santé.

Concernant les ressources extérieures, les actions suivantes seront à entreprendre :

- Renforcer le système de coordination des partenaires techniques et financiers ;
- Accélérer le développement et la mise en œuvre du Compact national pour une mobilisation accrue de ressources pour la mise en œuvre du PNDS ;
- Renforcer le plaidoyer pour améliorer la prévisibilité des ressources et la redevabilité.

6.6. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du PNDS 2015-2024 se fera de préférence selon l'approche sectorielle dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Tout en respectant ces procédures nationales de gestion, les modalités de financement du PNDS 2015-2024, peuvent combiner plusieurs approches : l'appui budgétaire

sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés.

6.7. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques, seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté III (2013-2015)
2. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV)
3. Rapport d'évaluation du PNDS 2003 – 2012
4. Rapport de l'Analyse de la situation du secteur de la santé
5. Politique Nationale de Santé
6. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
7. Inventaire des équipements et infrastructures
8. Recensement biométrique des RHS
9. Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU
10. Rapport général des Etat Généraux de la Santé
11. Prospective Guinée 2035
12. Politique Nationale Intégrée de Prévention et de contrôle des MNT
13. Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles
14. Politique Nationale de Lutte Contre le Paludisme
15. Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme 2013 – 2017
16. Cadre Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/Sida 2013-2017
17. Plan Stratégique de Lutte Antituberculeuse en Guinée 2015-2019
18. Rapport Final de l'évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires en République de Guinée
19. Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018
20. Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant 2008 - 2015
21. Audit du Système National d'Information Sanitaire en Guinée
22. Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté 2007-2008
23. Comptes Nationaux de la Santé : Exercice 2010
24. Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en République de Guinée
25. Etude sur les fonds sécurisés d'acquisition des médicaments

ANNEXES

Annexe 1 : IMPACT ATTENDU DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2015 – 2024

1.1 ESTIMATION DES IMPACTS

1.1.1 Estimation du nombre de décès évités chez les enfants de moins de 5 ans.

A un taux de mortalité de 123 pour 1000 enfants de moins de 5 ans, on estime à plus de 70 000 décès chaque année en Guinée dans cette tranche d'âge. Nous savons quand meurent ces enfants (période néonatale, entre 1 et 59 mois). Nous savons également de quoi meurent ces enfants (Paludisme, Infections Respiratoires Aiguë, maladies diarrhéiques, la malnutrition, Diarrhée, causes néonatales). Nous savons également où meurent ces enfants : en général dans la communauté, loin des structures de santé et dans des lieux inaccessibles. Il s'agit des enfants souvent difficiles à atteindre avec les interventions des structures de santé. Ils sont aussi le plus souvent issus de familles pauvres ou très pauvres. La majorité de ces décès sont dus à des maladies pour lesquelles des interventions et des traitements efficaces existent. La prévention des maladies de l'enfant et l'accès précoce des enfants malades aux services et soins de qualité permet d'éviter la plupart de ces décès. Les interventions à haut impact pour la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sont connues : Soins Obstétricaux et Néonataux (de base ou complet), la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'Enfant (PCIMNNE) au niveau clinique et au niveau communautaire, la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) au niveau clinique et communautaire, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, la prévention et le traitement du paludisme (MILDA et ACT) au niveau clinique et communautaire, le traitement de la pneumonie avec des antibiotiques au niveau clinique et communautaire, la prise en charge de la diarrhée avec le SRO combiné au Zinc au niveau clinique et communautaire, l'amélioration de l'hygiène et l'assainissement (lavage des mains, utilisation de latrines, utilisation d'eau potable) et la vaccination dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (Polio, BCG, Pentavalent, VAR, VAA, Pneumo et Rotavirus).

. La mise en œuvre des interventions à haut impact permettra de réduire de 62% le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Cette baisse permettra de réduire le taux de mortalité infantile de 123 pour 1000 en 2015 à 47 pour 1000 en 2024. L'impact étant jugé à partir de la deuxième année de mise en œuvre du PNDS c'est-à-dire 2016, sa mise en œuvre avec une priorité à la mise à l'échelle des interventions à haut impact, permettra de sauver, 216 768 enfants de moins de 5 ans. Le tableau suivant présente le détail du nombre de décès qu'il sera possible d'éviter en fonction des tranches d'âge.

Tableau 1 : Estimation du nombre de décès évités par an selon la tranche d'âge chez les enfants

| TRANCHES D'AGE | ANNEES | | | | | | | | | Total |
|-------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| MOINS DE 1 MOIS | 2 822 | 5 144 | 5 880 | 6 375 | 6 724 | 6 931 | 7 070 | 7 157 | 7 141 | 55 244 |
| DE 1 MOIS A 59 MOIS | 6 324 | 12 | 15 | 18 | 19 | 21 | 21 | 22 508 | 22 819 | 161 |
| | | 921 | 856 | 174 | 906 | 082 | 934 | | | |
| TOTAL DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS | 9 146 | 18 | 21 | 24 | 26 | 28 | 29 | 29 665 | 29 960 | 216 |
| | | 065 | 736 | 549 | 630 | 013 | 004 | | | 768 |

1.1. Estimation du nombre de décès évités chez les femmes

Au rythme actuel de 724 pour 100 000 naissances vivantes comme ratio de mortalité maternelle, chaque année en Guinée, environ 5 000 femmes meurent des suites de causes directes et indirectes liées à la grossesse, à l'accouchement ou au postpartum. Dans cette décennie, nous savons de quoi meurent les femmes. Elles meurent d'hémorragies, d'infections, de rétentions placentaires, de ruptures utérines, de complications d'avortements, d'éclampsies et d'anémies. Les interventions à haut impact qui permettent d'adresser ces causes sont (i) la CPN recentrée, (ii) la mise en œuvre des SONU (de base et complets) avec un accent particulier sur l'accouchement assisté (eutociques ou par utilisation de ventouse/forceps) par du personnel qualifié, la mise en œuvre de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), la transfusion sanguine et la césarienne. Outre ces causes, il y a d'autres facteurs regroupés sous l'expression des « trois retards » : (i) le retard dans la décision de rechercher des soins appropriés, (ii) le retard à atteindre une structure appropriée de soins et (3) le retard à recevoir le traitement approprié dans une structure sanitaire. Pour surmonter ces retards, il faut mettre en œuvre des stratégies de Communication pour le Changement de Comportements (pour la recherche rapide de soins), de renforcement des plateaux techniques, d'amélioration de l'accessibilité financière et de renforcement des compétences des prestataires. La mise en œuvre et le passage à l'échelle de ces interventions en Guinée au cours des 10 années à venir permettront de réduire le ratio de mortalité maternelle de 724 pour 100 000 naissances vivantes à 439 pour 100 000 soit une réduction de 52%. Cela évitera à 8 770 femmes de mourir des suites d'une grossesse, d'un accouchement ou des suites de couches. La mortalité maternelle n'est pas une tragédie pour les femmes seulement, mais aussi pour leurs familles, leurs communautés et pour le pays entier. Pour les enfants, le risque de mourir est trois fois plus élevé lorsque la mère est décédée.

Tableau 2 : Estimation du nombre de décès évités par an pour les femmes enceintes

| | ANNEES | | | | | | | | | |
|--|--------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
| TOTAL DE DECES EVITES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES | 431 | 751 | 871 | 974 | 1 063 | 1 122 | 1 165 | 1 194 | 1 199 | 8 770 |

1.2. Estimation du nombre de décès d'hommes et de femmes évités grâce au traitement par les antirétroviraux

Le passage à l'échelle et la couverture en traitement ARV pour les malades de SIDA éligibles au traitement permettront d'éviter 9 652 décès dus au VIH/SIDA parmi les hommes et les femmes déjà infectés du VIH.

Tableau 3 : Estimation du nombre de décès évités par an avec le traitement ARV chez les hommes et femmes malades de SIDA

| | ANNEES | | | | | | | | | |
|---|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
| TOTAL DE DECES EVITES CHEZ LES MALADES DE SIDA | 151 | 161 | 451 | 795 | 1108 | 1405 | 1657 | 1865 | 2048 | 9 652 |

1.3. Estimation du nombre de nouvelles infections VIH évitées par la mise en œuvre de la PTME

Le passage à l'échelle et la mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH permettront d'éviter 8 513 nouvelles infections VIH.

Tableau 4 : Estimation du nombre de nouvelles infections VIH évitées par an avec la mise en œuvre de la PTME/VIH

| | ANNEES | | | | | | | | | |
|--|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
| TOTAL DE NOUVELLES INFECTIONS VIH EVITEES | 662 | 914 | 938 | 954 | 960 | 976 | 999 | 1036 | 1074 | 8 513 |

2. ESTIMATION DES GAINS DE PRODUCTIVITE GRACE A LA SURVIE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Il existe une relation entre santé de l'enfant et développement économique. En effet, un enfant bien soigné (en bonne santé) sera mieux éduqué, et plus productif à l'avenir. En revanche, un mauvais état de santé au cours de l'enfance entraîne une perte de productivité des parents au moment de la maladie, et à long terme entraîne des troubles à l'âge adulte. Dans les familles pauvres cela contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté dans les générations à venir. La mise en œuvre du PNDS va réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 62% en passant de 123 pour 1000 à 47 pour 1000.

Des analyses économétriques estiment qu'une réduction de 5% du taux de mortalité des enfants, entraîne un gain de productivité de 1% sur le produit intérieur brut. Le PIB actuel de la Guinée est estimé en 2015 à 54 935 milliards de GNF. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, permettra à la Guinée de générer un gain de productivité d'environ 6 812 milliard de GNF²³ pendant les 10 ans de réduction de la mortalité infantile.

²³Proportion de réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans =62%, PIB estimé à 54 935 milliards GNF en 2015.

Annexe 2 : Cibles annuelles de couverture

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction | | | | | | | | | | |
| Planification familiale | | | | | | | | | | |
| Prévalence contraceptive (Méthodes modernes de PF) | 19 | 21 | 25 | 29 | 32 | 36 | 40 | 44 | 47 | 51 |
| Avortement sans danger | | | | | | | | | | |
| Prise en charge des avortements spontanés | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Gestion des complications d'avortement | | | | | | | | | | |
| Prise en charge des complications post-avortements | 54 | 59 | 63 | 68 | 72 | 77 | 81 | 86 | 90 | 95 |
| Gestion des soins de grossesse extra-utérine | | | | | | | | | | |
| Prise en charge de cas extra-utérine | 80 | 82 | 83 | 85 | 87 | 88 | 90 | 92 | 93 | 95 |
| Soins prénatals - CPN | | | | | | | | | | |
| Anatoxine tétanique (femmes enceintes) | 76 | 80 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes) | 57 | 71 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Soins prénataux de base | 57 | 71 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse | | | | | | | | | | |
| Prise en charge des cas de maladie hypertensive | 57 | 60 | 64 | 68 | 71 | 75 | 79 | 83 | 86 | 90 |
| Gestion des pré-éclampsies (sulfate de magnésium) | 15 | 28 | 40 | 47 | 53 | 60 | 68 | 75 | 83 | 90 |
| Gestion des complications de la grossesse d'autres | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| Traitement vermifuge (femmes enceintes) | 29 | 35 | 40 | 46 | 52 | 57 | 63 | 69 | 74 | 80 |
| Soins à l'accouchement - installations de naissances | | | | | | | | | | |
| Prise en charge de travail et la accouchement | 45 | 49 | 53 | 57 | 61 | 64 | 68 | 72 | 76 | 80 |
| Prise en charge de la troisième étape de travail | 45 | 49 | 53 | 57 | 61 | 64 | 68 | 72 | 76 | 80 |
| Prise en charge pré-referal des complications du travail | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
| Gestion de l'éclampsie (sulfate de magnésium) | 15 | 28 | 40 | 47 | 53 | 60 | 68 | 75 | 83 | 90 |
| Réanimation néonatale (dans un établissement de santé) | 30 | 37 | 43 | 50 | 57 | 63 | 70 | 77 | 83 | 90 |
| Prise en charge de la dystocie | 63 | 67 | 70 | 74 | 77 | 81 | 84 | 88 | 91 | 95 |
| Traitement des infections locales (nouveau-né) | 20 | 27 | 33 | 40 | 47 | 53 | 60 | 67 | 73 | 80 |
| Méthode mère kangourou | 5 | 23 | 40 | 47 | 53 | 60 | 68 | 75 | 83 | 90 |
| Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons de faible poids de naissance | 20 | 27 | 33 | 40 | 47 | 53 | 60 | 67 | 73 | 80 |
| Soins à l'accouchement - accouchements à la maison | | | | | | | | | | |
| Pratiques propres et immédiates de soins néonataux essentiels (à domicile) | 5 | 23 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Soins à l'accouchement - Autres | | | | | | | | | | |
| Corticostéroïdes prénataux pour travail avant terme | 5 | 23 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Antibiotiques pour RPM avant terme | 90 | 91 | 91 | 92 | 92 | 93 | 93 | 94 | 92 | 95 |
| Déclenchement du travail (après 41 semaines) | 5 | 23 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Soins post-accouchement - Traitement de l'état septique | | | | | | | | | | |
| Prise en charge des cas septicémie maternelle | 90 | 91 | 91 | 92 | 92 | 93 | 93 | 94 | 94 | 95 |
| Soins post-accouchement - Traitement des états septiques chez le nouveau-né | | | | | | | | | | |
| Septicémie néonatale - Soins de soutien intégraux | 10 | 25 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Septicémie néonatale - antibiotiques injectables | 10 | 25 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Soins post-accouchement - Autres | | | | | | | | | | |
| Pratiques post-natal propre | 43 | 49 | 55 | 60 | 66 | 72 | 78 | 83 | 89 | 95 |
| Prise en charge de la Mastite | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| Traitement de l'hémorragie post-partum | 25 | 31 | 37 | 43 | 49 | 56 | 62 | 68 | 74 | 80 |
| Utilisation de la Chlorhexidine | 30 | 37 | 43 | 50 | 57 | 63 | 70 | 77 | 83 | 90 |
| Autres maladies sexuellement transmissibles et SR | | | | | | | | | | |
| Traitement de la syphilis | 57 | 61 | 65 | 69 | 74 | 78 | 82 | 86 | 91 | 95 |
| Traitement de la gonorrhée | 57 | 61 | 65 | 69 | 74 | 78 | 82 | 86 | 91 | 95 |
| Traitement de la chlamydie | 57 | 61 | 65 | 69 | 74 | 78 | 82 | 86 | 91 | 95 |
| Traitement de la trichomonase | 57 | 61 | 65 | 69 | 74 | 78 | 82 | 86 | 91 | 95 |
| Traitement des SIP (syndrome inflammatoire pelvien) | 57 | 61 | 65 | 69 | 74 | 78 | 82 | 86 | 91 | 95 |
| Traitement des infections des voies urinaires (IVU) | 57 | 61 | 65 | 69 | 74 | 78 | 82 | 86 | 91 | 95 |
| Dépistage du cancer du col de l'utérus | 5 | 12 | 19 | 27 | 34 | 41 | 48 | 56 | 63 | 70 |
| Identification et prise en charge de l'infertilité | 30 | 33 | 37 | 40 | 43 | 47 | 50 | 53 | 57 | 60 |
| Autre | | | | | | | | | | |
| Supplément de vitamine A pour le traitement de la xérophtalmie chez les femmes en âge de procréer (FAP) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Santé infantile | | | | | | | | | | |
| Supplémentation en vitamine A pour le traitement de la xérophtalmie en les enfants | 41 | 63 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Déparasitage (enfants) | 30 | 58 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Gestion de la diarrhée | | | | | | | | | | |
| SRO | 34 | 40 | 46 | 53 | 59 | 65 | 71 | 78 | 84 | 90 |
| Zinc (traitement de la diarrhée) | 30 | 37 | 43 | 50 | 57 | 63 | 70 | 77 | 83 | 90 |
| Antibiotiques pour traitement de la dysenterie | 55 | 59 | 63 | 67 | 71 | 74 | 78 | 82 | 86 | 90 |
| Traitement de la diarrhée grave | 55 | 59 | 63 | 67 | 71 | 74 | 78 | 82 | 86 | 90 |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Pneumonie | | | | | | | | | | |
| Traitement de la pneumonie (enfants) | 38 | 44 | 50 | 55 | 61 | 67 | 73 | 78 | 84 | 90 |
| Traitement de la pneumonie grave | 30 | 37 | 43 | 50 | 57 | 63 | 70 | 77 | 83 | 90 |
| Paludisme | | | | | | | | | | |
| Traitement du paludisme (enfants) | 28 | 35 | 42 | 49 | 56 | 62 | 69 | 76 | 83 | 90 |
| Traitement du paludisme grave (enfants) | 60 | 63 | 67 | 70 | 73 | 77 | 80 | 83 | 87 | 90 |
| Enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA | 26 | 32 | 38 | 44 | 50 | 56 | 62 | 68 | 74 | 80 |
| Rougeole | | | | | | | | | | |
| Vitamine A pour traitement contre la rougeole (enfants) | 97 | 97 | 98 | 98 | 98 | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 |
| Traitement de la rougeole grave | 97 | 97 | 98 | 98 | 98 | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 |
| Immunisation | | | | | | | | | | |
| Vaccin contre le rotavirus | - | 20 | 40 | 47 | 53 | 60 | 69 | 78 | 86 | 95 |
| Vaccin contre la rougeole | 62 | 65 | 69 | 73 | 77 | 80 | 84 | 88 | 91 | 95 |
| Vaccin pentavalent | 47 | 52 | 58 | 63 | 68 | 74 | 79 | 84 | 90 | 95 |
| Vaccin contre la polio | 49 | 54 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Vaccin BCG | 82 | 83 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Vaccin contre le pneumocoque | - | 30 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Vaccin contre le VPH | - | 11 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Vaccin contre la fièvre jaune | 31 | 38 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Paludisme | | | | | | | | | | |
| Femmes enceintes dormant sous une MII | 28 | 54 | 80 | 82 | 83 | 85 | 86 | 88 | 89 | 90 |
| Aspersion résiduelle intérieure | - | 20 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| TPI (femmes enceintes) | 24 | 55 | 85 | 86 | 88 | 89 | 91 | 92 | 94 | 95 |
| Traitement du paludisme (adultes) | 28 | 34 | 40 | 45 | 51 | 57 | 63 | 68 | 74 | 80 |
| Traitement du paludisme (femmes enceintes) | 60 | 62 | 64 | 67 | 69 | 71 | 73 | 76 | 78 | 80 |
| Diagnostic de la malaria | 50 | 53 | 57 | 60 | 63 | 67 | 70 | 73 | 77 | 80 |
| Contrôle vectoriel (autre) | 5 | 13 | 22 | 30 | 38 | 47 | 55 | 63 | 72 | 80 |
| Larvicides | 5 | 13 | 22 | 30 | 38 | 47 | 55 | 63 | 72 | 80 |
| Tuberculose | | | | | | | | | | |
| Diagnostic microscopique | | | | | | | | | | |
| Microscopie : test de diagnostic pour le dépistage passif de TB | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Microscopie : test de diagnostic pour le dépistage actif de TB | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Microscopie : test pour surveiller le traitement des cas de TB pulmonaire | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Microscopie : test de diagnostic pour les cas de retraitement | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Diagnostic par culture | | | | | | | | | | |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Culture : test de diagnostic pour le dépistage passif de TB | 5 | 7 | 8 | 10 | 12 | 13 | 15 | 17 | 18 | 20 |
| Culture : test de diagnostic pour le frottis négatif ou Xpert négatif | 5 | 7 | 8 | 10 | 12 | 13 | 15 | 17 | 18 | 20 |
| Culture : surveiller le traitement de la TB multirésistante ou résistante à la rifampicine | 5 | 7 | 8 | 10 | 12 | 13 | 15 | 17 | 18 | 20 |
| Diagnostic par test de sensibilité aux médicaments | | | | | | | | | | |
| Test de sensibilité aux médicaments pour les médicaments de première intention : nouveaux cas de TB | - | - | - | 3 | 5 | 8 | 10 | 13 | 15 | 18 |
| Test de sensibilité aux médicaments pour les médicaments de première intention : cas de TB précédemment traités | - | - | - | 3 | 5 | 8 | 10 | 13 | 15 | 18 |
| Test de sensibilité aux médicaments pour les médicaments anti TB de seconde ligne | 5 | 7 | 8 | 10 | 12 | 13 | 15 | 17 | 18 | 20 |
| Diagnostic radiologique | | | | | | | | | | |
| Rayons X pour l'identification de la TB | 5 | 7 | 8 | 10 | 12 | 13 | 15 | 17 | 18 | 20 |
| Traitement de première ligne | | | | | | | | | | |
| Médicaments anti TB de première intention pour les patients des Catégories I et III (adultes) | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Traitement de première intention de la TB pour les enfants | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Médicaments anti TB de première intention pour les patients de la Catégorie II (adultes) | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Traitement de la Tuberculose multi résistante | | | | | | | | | | |
| Médicaments anti TB de seconde ligne | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Traitement de la TB ultra-résistante | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Effets indésirables | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Soins palliatifs pour les patients TB | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Support au patient | | | | | | | | | | |
| Prise en charge du patient pour les nouveaux patients | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Prise en charge du patient pour les cas de retraitement | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Prise en charge du patient pour la TB multirésistante | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Interventions de collaboration contre la TB et le VIH/SIDA | | | | | | | | | | |
| Conseils et dépistage du VIH | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Traitement préventif à l'Isoniazide pour les adultes et les enfants séropositifs et sous ARV, sans TB | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| Traitement préventif à l'Isoniazide pour les adultes et les enfants séropositifs, sans ARV et sans TB | 50 | 56 | 61 | 67 | 72 | 78 | 83 | 89 | 94 | 100 |
| VIH/SIDA | | | | | | | | | | |
| Prévention - selon l'établissement de Coûts du Programme | | | | | | | | | | |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Média de masse | 30 | 36 | 41 | 47 | 52 | 58 | 63 | 69 | 74 | 80 |
| Mobilisation communautaire | 10 | 19 | 28 | 37 | 46 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 |
| Interventions focalisées par jeunesse - Dans-école | 40 | 46 | 51 | 57 | 62 | 68 | 73 | 79 | 84 | 90 |
| Programmes sur le lieu de travail | 10 | 18 | 26 | 33 | 41 | 49 | 57 | 64 | 72 | 80 |
| CDI: stratégie avancée | - | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| UDI : échange d'aiguilles | - | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| UDI : Substitution de médicaments | - | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| Interventions ciblées sur les professionnelles du sexe | 60 | 63 | 67 | 70 | 73 | 77 | 80 | 83 | 87 | 90 |
| Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | 20 | 58 | 95 | 95 | 96 | 96 | 96 | 96 | 97 | 97 |
| Interventions centrées sur les jeunes - hors école | 30 | 37 | 43 | 50 | 57 | 63 | 70 | 77 | 83 | 90 |
| Conseils et dépistage volontaires | 25 | 31 | 37 | 43 | 49 | 56 | 62 | 68 | 74 | 80 |
| Préservatifs | 45 | 51 | 57 | 63 | 69 | 76 | 82 | 88 | 94 | 100 |
| Circoncision masculine | 98 | 98 | 98 | 99 | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 | 100 |
| PTME | 40 | 65 | 90 | 91 | 93 | 94 | 96 | 97 | 99 | 100 |
| Prophylaxie post-exposition | 80 | 82 | 84 | 87 | 89 | 91 | 93 | 96 | 98 | 100 |
| Soins et traitement | | | | | | | | | | |
| Proportion d'adultes sous ARV utilisant le traitement ARV de seconde ligne | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| TAR hommes | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| TAR femmes | 75 | 78 | 80 | 82 | 85 | 87 | 90 | 92 | 95 | 97 |
| Cotrimoxazole pour enfants | 20 | 53 | 85 | 87 | 89 | 91 | 94 | 96 | 98 | 100 |
| TAR pédiatrique | 12 | 51 | 90 | 91 | 93 | 94 | 96 | 97 | 99 | 100 |
| TAR supplémentaire pour patients avec TB | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Diagnostic de laboratoire pour les cas de VIH+ | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Prise en charge des infections opportunistes associées au VIH/SIDA | 50 | 53 | 57 | 60 | 63 | 67 | 70 | 73 | 77 | 80 |
| Suppléments nutritionnels dans les 6 premiers mois pour les cas de VIH/SIDA | - | 7 | 13 | 20 | 27 | 33 | 40 | 47 | 53 | 60 |
| Collaboration VIH/SIDA et interventions contre TB | | | | | | | | | | |
| Dépistage de VIH+ parmi les cas de Tuberculeux | 80 | 82 | 84 | 87 | 89 | 91 | 93 | 96 | 98 | 100 |
| TAR (+CPT) pour patients TB VIH+ | 85 | 87 | 88 | 90 | 92 | 93 | 95 | 97 | 98 | 100 |
| Prévention du VIH pour patients avec TB | 50 | 53 | 57 | 60 | 63 | 67 | 70 | 73 | 77 | 80 |
| Nutrition | | | | | | | | | | |
| Femmes en âge de reproduction et filles adolescentes | | | | | | | | | | |
| Supplémentation intermittente en acide folique et fer (femmes) | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| menstruées dans contexte où l'anémie est un problème de santé publique) | | | | | | | | | | |
| Femmes enceintes ou allaitantes | | | | | | | | | | |
| Supplémentation quotidienne en acide folique et fer (femmes enceintes) | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 |
| Supplémentation intermittente en acide folique et fer (femmes enceintes) | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 |
| Soins nutritionnels et soutien (femmes enceintes et allaitantes VIH+) | 25 | 32 | 39 | 47 | 54 | 61 | 68 | 76 | 83 | 90 |
| Supplément d'iode pour les femmes enceintes | 47 | 52 | 57 | 61 | 66 | 71 | 76 | 80 | 85 | 90 |
| femmes anémiques, post-partum, EAF quotidien | 51 | 55 | 60 | 64 | 68 | 73 | 77 | 81 | 86 | 90 |
| femmes enceintes non-anémiques, post-partum, EAF intermittent | 51 | 55 | 60 | 64 | 68 | 73 | 77 | 81 | 86 | 90 |
| Adultes | | | | | | | | | | |
| Soins pour les adultes avec un indice de masse corporelle bas | 10 | 19 | 28 | 37 | 46 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 |
| Toute la population | | | | | | | | | | |
| Enrichissement en acide folique | 40 | 46 | 51 | 57 | 62 | 68 | 73 | 79 | 84 | 90 |
| Enfants | | | | | | | | | | |
| Conseil en allaitement et soutien | 23 | 31 | 40 | 47 | 53 | 60 | 68 | 75 | 83 | 90 |
| Conseils sur l'alimentation complémentaire et de soutien | 41 | 47 | 52 | 58 | 63 | 68 | 74 | 79 | 85 | 90 |
| Renforcement à domicile des aliments avec des poudres enrichies en micronutriments multiples (enfants de 6-23 mois) | 2 | 12 | 22 | 31 | 41 | 51 | 61 | 70 | 80 | 90 |
| Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois | 41 | 63 | 85 | 86 | 86 | 87 | 88 | 89 | 89 | 90 |
| Supplément de fer intermittent pour les enfants | 12 | 21 | 29 | 38 | 47 | 55 | 64 | 73 | 81 | 90 |
| Supplémentation quotidienne en fer pour enfants de 6 à 23 mois (quand l'anémie est >= 40%) | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 |
| Supplément d'iode pour les enfants | 47 | 52 | 57 | 61 | 66 | 71 | 76 | 80 | 85 | 90 |
| Prise en charge de la malnutrition sévère (enfants) | 60 | 63 | 67 | 70 | 73 | 77 | 80 | 83 | 87 | 90 |
| Conseils pour l'alimentation et soutien du nourrisson dans le contexte du VIH | 20 | 28 | 36 | 43 | 51 | 59 | 67 | 74 | 82 | 90 |
| Soins nutritionnel et soutien (enfants VIH+) | 20 | 28 | 36 | 43 | 51 | 59 | 67 | 74 | 82 | 90 |
| Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons et jeunes enfants en situations d'urgence | 20 | 28 | 36 | 43 | 51 | 59 | 67 | 74 | 82 | 90 |
| Allaitement exclusif | 21 | 22 | 23 | 25 | 26 | 27 | 28 | 30 | 31 | 32 |
| Prise en charge de la MAS | 60 | 75 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| Prise en charge de la MAM | 25 | 58 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| Prévention contre la malnutrition chronique | 14 | 18 | 22 | 26 | 30 | 34 | 38 | 42 | 46 | 50 |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Eau, Assainissement et Hygiène | | | | | | | | | | |
| Utilisation de source d'eau améliorée dans les 30 minutes | 74 | 74 | 75 | 76 | 76 | 77 | 78 | 79 | 79 | 80 |
| Utilisation du raccordement à l'eau à domicile | 11 | 25 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Élimination améliorée des excréments (latrines / toilettes) | 18 | 29 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Lavage des mains avec du savon | 17 | 29 | 40 | 47 | 53 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| Évacuation hygiénique des selles des enfants | 41 | 45 | 50 | 54 | 58 | 63 | 67 | 71 | 76 | 80 |
| Les maladies non transmissibles | | | | | | | | | | |
| ACV & diabète | | | | | | | | | | |
| Dépistage du risque ACV/diabète | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Suivi de patients à faible risque ACV/diabète (risque absolu: 10-20%) | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement de patients avec cholestérol très élevé mais faible risque absolu ACV/diabète (< 20%) | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement de patients avec tension artérielle élevée mais faible risque absolu ACV/diabètes (< 20%) | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement de patients avec risque absolu ACV/diabètes 20-30% | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement de patients avec risque absolu élevé ACV/diabètes (>30%) | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement de nouveaux cas de myocardiopathie aiguë (IMA) avec aspirine | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement des cas avec cardiopathie ischémique établie (CIE) et post IM | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement de patients avec maladie cérébrovasculaire établie et post-apoplexie | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement des cas avec cardite rhumatismale (avec pénicilline benzathine) | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Cancer du sein | | | | | | | | | | |
| Sensibilisation de base au cancer du sein | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Examen clinique du sein | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Mammographie | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement du cancer du sein : étape 1 | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement du cancer du sein : étape 2 | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement du cancer du sein : étape 3 | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Traitement du cancer du sein : étape 4 | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Soins palliatifs de base pour le cancer du sein | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Soins palliatifs complets pour le cancer du sein | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Post-treatment surveillance for breast cancer patients | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Cancer du col | | | | | | | | | | |
| Traitement du cancer du col de l'utérus | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Soins buccaux et cancer | | | | | | | | | | |
| Nettoyage et soins préventifs dentaires | 60 | 62 | 64 | 67 | 69 | 71 | 73 | 76 | 78 | 80 |
| Traitement du cancer buccal et du noma | 15 | 19 | 23 | 27 | 31 | 34 | 38 | 42 | 46 | 50 |
| Soins d'urgence | | | | | | | | | | |
| Besoins moyens annuels en soins d'urgence | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie | | | | | | | | | | |
| Dépression | | | | | | | | | | |
| Traitement psychologique de base et médication antidépresseur pour un premier épisode modérée ou sévère | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Traitement psychologique intensif et médication antidépresseur pour un premier épisode modérée ou sévère | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Soins psychologiques en cas de dépression périnatale | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Psychose | | | | | | | | | | |
| Soutien psychosocial et médicaments antipsychotiques de base | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Soutien psychosocial et médicaments antipsychotiques intensifs | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Troubles bipolaires | | | | | | | | | | |
| Traitement psychosocial de base, conseils et suivi des troubles bipolaires | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Intervention psychosociale intensive pour des troubles bipolaires | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Epilepsie | | | | | | | | | | |
| Soutien, conseils et suivi psychosocial de base, plus médicaments anti épilepsie | 25 | 33 | 42 | 50 | 58 | 67 | 75 | 83 | 92 | 100 |
| Troubles du développement | | | | | | | | | | |
| Traitement psychosocial de base, conseils et suivi des troubles du développement | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Intervention psychosociale intensive pour des troubles du développement | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Troubles comportementaux | | | | | | | | | | |
| Traitement psychosocial de base, conseils et suivi des troubles du comportement | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Intervention psychosociale intensive pour des troubles du comportement | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Méthylphénidate | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Démence | | | | | | | | | | |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Évaluation, diagnostic, conseil et suivi de la démence | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Traitement pharmacologique de la démence | 25 | 28 | 31 | 33 | 36 | 39 | 42 | 44 | 47 | 50 |
| Consommation/dépendance à l'alcool | | | | | | | | | | |
| Identification et évaluation des nouveaux cas de consommation/dépendance à l'alcool | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Intervention rapide et suivi de la consommation/dépendance à l'alcool | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Gestion du sevrage à l'alcool | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Médicament anti-rechute contre la consommation/dépendance à l'alcool | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Consommation/dépendance à la drogue | | | | | | | | | | |
| Identification et évaluation des nouveaux cas de consommation/dépendance à la drogue | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Intervention rapide et suivi de la consommation/dépendance à la drogue | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Gestion du sevrage aux opioïdes | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Gestion du sevrage aux drogues non-opioïdes/autres drogues | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Automutilation/Suicide | | | | | | | | | | |
| Évaluation et soin des personnes souffrant d'automutilation | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Traitement psychosocial de base, conseils et suivi en cas d'automutilation/tentative de suicide | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Gestion des intoxications aux pesticides | 25 | 26 | 26 | 27 | 27 | 28 | 28 | 29 | 29 | 30 |
| Maladies Tropicales Négligées | | | | | | | | | | |
| Onchocercose | | | | | | | | | | |
| Interruption de la chaîne de transmission de l'onchocercose | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Traitement des cas d'onchocercose | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Filariose Lymphatique | | | | | | | | | | |
| Interruption de la chaîne de transmission de la filariose lymphatique | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Prévention de la filariose lymphatique | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Traitement des cas compliqués de filariose lymphatique | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Trachome | | | | | | | | | | |
| Prévention de la cécité due au Trachome | 60 | 68 | 76 | 84 | 92 | 100 | 100 | 00 | 100 | 100 |
| Prise en charge des cas simples de Trachome | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Prise en charge des cas compliqués de trachome | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Schistosomiase | | | | | | | | | | |
| Prévention de la schistosomiase | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Traitement des cas de schistosomiase | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |

| Cibles annuelles des couvertures | PERIODE | | | | | | | | | |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Trypanosomiase Humaine Africaine | | | | | | | | | | |
| Interruption de la chaîne de transmission de la THA | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Traitement des cas de THA | 60 | 64 | 69 | 73 | 78 | 82 | 87 | 91 | 96 | 100 |
| Lèpre | | | | | | | | | | |
| Traitement des peaucibacillaires | 97 | 98 | 98 | 98 | 98 | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 |
| Traitement des multibacillaires | 96 | 96 | 97 | 97 | 98 | 98 | 99 | 99 | 100 | 100 |
| Charbon bactérien | | | | | | | | | | |
| Prévention du charbon bactérien | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
| Traitement des cas de charbon bactérien | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
| Ulcère de Buruli | | | | | | | | | | |
| Traitement des cas d'ulcère de Buruli | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
| Dépistage de l'ulcère de Buruli | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
| Dengue | | | | | | | | | | |
| Prévention de la Dengue | 45 | 51 | 57 | 63 | 69 | 76 | 82 | 88 | 94 | 100 |
| Géohelminthiases | | | | | | | | | | |
| prévention des géohelminthiases | 80 | 82 | 84 | 87 | 89 | 91 | 93 | 96 | 98 | 100 |
| Traitement des cas de géohelminthiases | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
| Maladie à Virus Ebola | | | | | | | | | | |
| Prévention de la MVE | | | | | | | | | | |
| Suivi des personnes contacts de la MVE | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 00 | 100 | 100 |
| Assainissement et gestion des corps de personnes décédées de la MVE | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Prise en charge des cas de MVE | | | | | | | | | | |
| Traitement des cas de MVE | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Annexe 3. Schéma de financement du PNDS 2015-2024

| Budget global de l'Etat | 1 784 245 033 | 2 183 193 377 | 2 480 346 748 | 2 847 818 636 | 3 342 307 439 | 3 661 893 004 | 4 039 972 565 | 4 418 052 126 | 4 796 131 687 | 5 174 211 248 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 0 | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 657 085 306 | 674 446 264 | 818 820 900 | 795 280 563 | 857 587 601 | 921 717 178 | 989 231 591 |
| Estimation des disponibilités financières | 538 812 828 | 567 911 686 | 477 389 447 | 414 564 568 | 382 582 420 | 371 336 515 | 367 975 714 | 367 859 133 | 369 423 462 | 371 889 257 |
| Budget Etat alloué à la santé | 64 326 489 | 66 745 165 | 69 254 784 | 71 858 763 | 74 560 653 | 77 364 133 | 80 273 025 | 83 291 291 | 86 423 043 | 89 672 550 |
| Total Partenaires | 330 092 649 | 356 772 831 | 263 740 974 | 198 312 114 | 163 628 077 | 149 578 692 | 143 308 999 | 140 174 153 | 138 606 729 | 137 823 018 |
| UNICEF | 12 072 000 | 8 350 000 | 7 482 000 | 7 482 000 | 7 482 000 | 7 482 000 | 7 482 000 | 7 482 000 | 7 482 000 | 7 482 000 |
| UNFPA | 4 279 835 | 4 074 074 | 3 731 139 | 4 032 922 | 4 032 922 | 4 032 922 | 4 032 922 | 4 032 922 | 4 032 922 | 4 032 922 |
| Fonds Français | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 751 241 |
| Fonds Italiens | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 16 859 |
| GPRHCS | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 |
| MHTF | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 180 000 |
| BM | 50 000 000 | 25 755 000 | 2 265 000 | 4 530 000 | 4 530 000 | 3 020 000 | 3 020 000 | 3 020 000 | 3 020 000 | 3 020 000 |
| USAID | | | | | | | | | | |
| Union Européenne/AFD | 3 700 515 | 19 356 540 | 4 317 268 | 4 317 268 | 616 753 | 616 753 | 616 753 | 616 753 | 616 753 | 616 753 |
| OMS | 30 417 368 | 24 459 582 | 12 334 531 | 12 334 531 | 12 334 531 | 12 334 531 | 12 334 531 | 12 334 531 | 12 334 531 | 12 334 531 |
| GAVI | 32 485 628 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 | 38 778 295 |
| FM palu | 30 986 808 | 83 357 417 | 32 586 599 | 32 586 599 | 32 586 599 | 32 586 599 | 32 586 599 | 32 586 599 | 32 586 599 | 32 586 599 |
| FM tuberculose | 1 404 975 | 99 891 | | | | | | | | |
| Action Damien | 206 661 | 156 188 | 146 188 | 136 188 | 136 188 | 136 188 | 136 188 | 136 188 | 136 188 | 136 188 |
| FM VIH-Sida | 106 926 579 | 95 092 039 | 100 315 085 | 50 157 543 | 25 078 771 | 12 539 386 | 6 269 693 | 3 134 846 | 1 567 423 | 783 712 |
| ONUSIDA | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 |
| FM RSS | 2 688 854 | 1 366 660 | 1 267 874 | 1 267 874 | 1 267 874 | 1 267 874 | 1 267 874 | 1 267 874 | 1 267 874 | 1 267 874 |
| Fonds saoudien | 10 266 900 | 13 200 300 | 2 933 400 | 2 933 400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BID | 7 872 381 | 5 942 700 | 20 799 450 | 2 971 350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PAM | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 |
| JICA | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 144 000 |
| COLLECTIVITES | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 460 792 |
| ONG ET Associations | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 |
| Autres | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 |
| Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 |
| GAP DE FINANCEMENT | 81 824 051 | 151 901 869 | 195 965 509 | 242 520 739 | 291 863 844 | 447 484 384 | 427 304 849 | 489 728 468 | 552 293 716 | 617 342 333 |

Annexe 4. Plan de financement par orientation stratégique du PNDS 2015 – 2024 (en milliers de dollars USD)

| ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 | TOTAL |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| OS1: RENFORCEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES ET DES SITUATIONS D'URGENCE | 103 068 | 119 569 | 136 093 | 153 189 | 171 194 | 190 531 | 208 897 | 227 623 | 247 577 | 269 334 | 1 827 075 |
| OS2: DEVELOPPEMENT DE LA SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DES PERSONNES AGEES | 99 014 | 107 578 | 118 231 | 124 363 | 130 394 | 135 172 | 140 675 | 147 369 | 154 032 | 161 243 | 1 318 071 |
| OS3: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE | 418 555 | 492 667 | 419 031 | 379 533 | 372 858 | 493 118 | 445 708 | 482 596 | 520 107 | 558 655 | 4 582 829 |
| OS3.1: Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral | 103 703 | 129 102 | 156 151 | 182 433 | 210 435 | 239 296 | 268 769 | 298 849 | 329 474 | 360 488 | 2 278 699 |
| OS3.2: Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé | 47 635 | 47 555 | 47 559 | 47 569 | 47 578 | 47 679 | 47 596 | 47 605 | 47 614 | 47 233 | 475 623 |
| OS3.3: Développement des ressources humaines de qualité | 70 557 | 16 668 | 8 863 | 9 552 | 9 387 | 9 777 | 10 131 | 10 601 | 11 144 | 11 844 | 168 524 |
| OS3.4: Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité | 192 710 | 290 520 | 197 456 | 130 947 | 103 166 | 192 409 | 116 965 | 123 304 | 129 729 | 136 324 | 1 613 528 |
| OS3.5: Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé | 1 992 | 896 | 866 | 946 | 656 | 1 902 | 766 | 636 | 666 | 2 052 | 11 377 |
| OS3.6: Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | 1 958 | 7 927 | 8 137 | 8 087 | 1 637 | 2 056 | 1 482 | 1 602 | 1 482 | 714 | 35 078 |
| TOTAL GENERAL | 620 637 | 719 814 | 673 355 | 657 085 | 674 446 | 818 821 | 795 281 | 857 588 | 921 717 | 989 232 | 7 727 975 |

Annexe 5. Plan de financement par niveaux de prestations et par piliers du système de santé du PNDS 2015 – 2024 (en milliers de dollars USD)

| Niveau/Année | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 | Total |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Communauté | 32 599 | 40 482 | 48 853 | 56 541 | 64 599 | 72 938 | 81 306 | 89 863 | 98 594 | 107 271 | 693 046 |
| Stratégie avancée | 22 347 | 27 986 | 34 744 | 40 151 | 45 749 | 51 503 | 57 408 | 63 397 | 69 481 | 75 642 | 488 410 |
| Clinique | 155 962 | 193 478 | 233 227 | 270 865 | 309 961 | 350 150 | 391 385 | 433 215 | 475 665 | 518 541 | 3 332 449 |
| Coût des programmes | 25 769 | 25 150 | 23 779 | 23 190 | 22 433 | 21 086 | 18 879 | 17 964 | 17 901 | 20 128 | 216 278 |
| NIVEAUX DE PRESTATIONS | 236 677 | 287 096 | 340 604 | 390 746 | 442 743 | 495 677 | 548 978 | 604 438 | 661 641 | 721 583 | 4 730 183 |
| Infrastructures et équipements | 68 329 | 239 282 | 138 805 | 69 080 | 35 132 | 118 331 | 36 594 | 36 833 | 37 067 | 37 750 | 817 204 |
| Ressources Humaines | 70 029 | 16 298 | 8 493 | 9 153 | 8 966 | 9 331 | 9 663 | 10 133 | 10 672 | 11 373 | 164 110 |
| Médicaments, produits et fournitures | 125 160 | 51 676 | 59 089 | 62 335 | 68 523 | 74 776 | 80 908 | 87 007 | 93 203 | 99 298 | 801 976 |
| Financement de la santé | 116 685 | 116 650 | 116 697 | 116 749 | 116 801 | 116 943 | 116 901 | 116 950 | 116 998 | 116 656 | 1 168 030 |
| Système d'information sanitaire | 1 992 | 896 | 866 | 946 | 656 | 1 902 | 766 | 636 | 666 | 2 052 | 11 377 |
| Gouvernance | 1 764 | 7 916 | 8 801 | 8 076 | 1 626 | 1 862 | 1 471 | 1 591 | 1 471 | 520 | 35 094 |
| SYSTÈME DE SANTE | 383 960 | 432 718 | 332 751 | 266 339 | 231 704 | 323 144 | 246 302 | 253 149 | 260 076 | 267 649 | 2 997 792 |
| TOTAL GENERAL | 620 637 | 719 814 | 673 355 | 657 085 | 674 446 | 818 821 | 795 281 | 857 588 | 921 717 | 989 232 | 7 727 975 |



REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

PRIMATURE

8146
ARRETE N° A /2011/..... /PM/SGG
PORTANT CREATION, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU COMITE DE
COORDINATION DU SECTEUR DE LA SANTE

LE PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT

- Vu la Constitution ;
- Vu le Décret D/2010/007/PRG/SGG du 24 Décembre 2010, portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
- Vu les Décrets D/2010/009/PRG/SGG du 27 Décembre 2010, D/2010/016/PRG/SGG du 30 Décembre 2010 et D/2011/002/PRG/SGG du 04 Janvier 2011, portant nomination de Ministres ;
- Vu le Décret D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011, portant attributions et organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- Vu les nécessités de service.

ARRETE

Article 1^{er} :

Il est créé en République de Guinée un comité dénommé «Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS)».

Il est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Article 2 :

Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) est l'organe consultatif et d'orientation du secteur de la santé.

Article 3 : Mission

Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) a pour mission de veiller à la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé suivant l'approche sectorielle.

A ce titre, il est chargé :

- De donner son avis sur la validation des plans de travail, des rapports de suivi et, sur l'évaluation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé ;
- De favoriser les mécanismes concourant à la synergie des activités du secteur de la santé par les différents Ministères et partenaires au développement ;
- De la mise en cohérence des interventions du secteur de la santé ;
- Du suivi de la mise en œuvre des engagements relatifs au développement du secteur de la santé au regard des objectifs retenus ;
- D'aider au plaidoyer pour la mobilisation des ressources au sein du Gouvernement et auprès des partenaires techniques et financiers;

Article 4 : Composition

Le comité de coordination du secteur de la santé est composé comme suit :

Président : Le Ministre en charge de la santé;

Vice président : Le Ministre en charge de l'Economie et des Finances

Premier Rapporteur: Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Deuxième Rapporteur: le Représentant du Ministre en charge de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation.

Troisième Rapporteur: Le Secrétaire Exécutif du Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé.

Membres :

- 1) Le Secrétaire Général du Ministère en charge de l'Economie et des Finances ;
- 2) Le Secrétaire Général du Ministère en charge du Plan
- 3) Le Secrétaire Général du Ministère en charge de la Coopération ;
- 4) Le Secrétaire Général du Ministère en charge des Mines
- 5) Le Secrétaire Général du Ministère en charge de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation ;
- 6) Les Secrétaires Généraux des Ministères en charge de l'Education ;

- 7) Le Secrétaire Général du Ministère en charge de l'Environnement ;
- 8) Le Secrétaire Général du Ministère en charge de la Défense ;
- 9) Le Secrétaire Général du Ministère en charge des Affaires Sociales ;
- 10) Le Secrétaire Général du Ministère en charge de l'Information ;
- 11) Le Secrétaire Général du Ministère en charge du Travail et de la Fonction Publique ;
- 12) Un représentant de la Primature ;
- 13) Un représentant des coopérations bilatérales ;
- 14) Un représentant des institutions du Système des Nations Unies
- 15) Un représentant des Partenaires Techniques et Financiers ;
- 16) Un représentant des confessions religieuses ;
- 17) Un représentant du secteur privé de la santé ;
- 18) Un représentant de l'ordre des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, des associations professionnelles ;
- 19) Un représentant de la société civile ;
- 20) Un représentant de la chambre de Mines de Guinée ;
- 21) Un représentant des centres de santé associatifs ;
- 22) Un représentant des syndicats des professionnels de la santé ;
- 23) Le Doyen de la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie.

Le Président du Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) peut inviter toute personne ressource à participer aux travaux dudit comité à titre consultatif en raison de ses compétences sur les points inscrits à l'ordre du jour.

Article 5 :

Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) dispose d'un Secrétariat Technique et des Groupes Thématiques (GT).

Article 6 :

Le Secrétariat Technique est une structure qui assiste le Comité de Coordination du Secteur de la Santé dans l'accomplissement de sa mission.

La mission, l'organisation et le fonctionnement du Secrétariat Technique seront fixés par un arrêté du Ministre en charge de la Santé.

Article 7 : Fonctionnement

Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé se réunit deux fois par an. Sur l'initiative du Président ou à la demande du tiers 1/3 de ses membres, il peut se réunir en session extraordinaire.

Article 8 :

Les fonctions de membre du Comité de Coordination du Secteur de la Santé ne sont pas rémunérées. Toutefois, les membres bénéficient des primes de sessions pour faciliter l'accomplissement de leurs missions.

Article 9 :

Les frais de fonctionnement du Comité de Coordination du Secteur de la Santé, du Secrétariat Technique et des Groupes Thématiques sont supportés par le budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers.

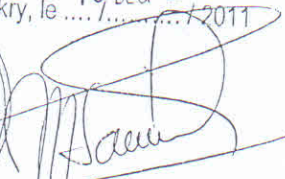
Article 10 :

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère de l'Economie et des Finances et les autres Ministères suscités sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent arrêté.

Article 11 :

Le présent Arrêté qui prend effet à compter de sa date de signature, sera enregistré et publié au Journal Officiel de la République.

Gonakry, le 15 DEC. 2010
2011



Mohamed Saïd FOFANA

AMPLIATIONS

| | |
|----------------------------|------|
| PRG..... | 2 |
| PRIMATURE..... | 2 |
| SGG..... | 2 |
| MSHP..... | 10 |
| Ministères intéressés..... | 12 |
| Arch/Int..... | 1/28 |

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

ARRETE N°A/2012/ 114 /MSHP/CAB/SGG
PORTANT CREATION, COMPOSITION ET
FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT TECHNIQUE DU
COMITE DE COORDINATION DU SECTEUR DE LA
SANTE ET DES GROUPES THEMATIQUES

LE MINISTRE

- Rbis*
- Vu- La Constitution ;
 - Vu- Le Décret D/2010/007/PRG/SGG du 24 Décembre 2010, portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
 - Vu- Les Décrets D/2010/009/PRG/SGG du 27 Décembre 2010, D/2010/016/PRG/SGG du 30 Décembre 2010 et D/2011/002/PRG/SGG du 04 Janvier 2011, portant nomination des Ministres ;
 - Vu- Le Décret D/2011/061/PRG/SGG, portant attributions et organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
 - Vu- L'Arrêté N°A/2011/8146/PM/SGG du 15 Décembre 2011 ;
 - Vu- Les nécessités de service.

ARRETE

Article 1^{er} :

Il est créé un Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé.

Article 2 : **MISSION**

Le Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé est l'organe de mise en œuvre des orientations et des actions de Coordination, des interventions stratégiques dudit Comité.

A cet effet, il est chargé de l'exécution des directives et orientations arrêtées par le Comité de Coordination du Secteur de la Santé, à savoir :

- L'organisation et la préparation des sessions du Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) ;
- La préparation des rapports semestriels et annuels de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ;
- L'analyse et le traitement des rapports d'activités sur les interventions dans le Secteur de la Santé ;
- La rédaction des rapports de session du Comité de Coordination du Secteur de la Santé ;
- L'appui technique et logistique aux Groupes Thématiques.

Article 3 : COMPOSITION

Le Secrétariat Technique est composé comme suit :

- Un secrétaire exécutif : Un Médecin/Pharmacien de santé publique ou équivalent ;
- Un expert en Economie de la Santé ou un Gestionnaire de Services de Santé ;
- Un expert en Suivi et Evaluation ;
- Un Expert Financier ;
- Un ingénieur Informaticien ;
- Le personnel d'appui.

Article 4 :

Le secrétaire exécutif et ses collaborateurs sont recrutés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Article 5 :

Le Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé assiste le Bureau de Stratégie et du Développement dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé et du Plan National du Développement Sanitaire.

Article 6 :

Les Groupes Thématiques (GT) sont constitués conformément aux axes stratégiques de la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé.

Article 7 :

Les Groupes Thématiques (GT) sont chargés de la planification, de la programmation et du suivi-évaluation des Interventions relevant de leurs thématiques.

Article 8 :

Les Groupes Thématiques sont placés sous le contrôle du Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé et regroupent entre autres :

- les experts,
- les représentants des intervenants de leur thématique et,
- les Partenaires Techniques et Financiers intéressés.

Article 9 :

Les frais de fonctionnement des Groupes Thématiques (GT) sont supportés par le budget du Ministère en charge de la Santé, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers.

Article 10 :

Le présent arrêté qui prend effet à compter de sa date de signature sera enregistré et publié au Journal Officiel de la République.

AMPLIATIONS :

| | |
|---------------|-----|
| SGG..... | 2 |
| MSHP/CAB..... | 3 |
| MEF..... | 2 |
| Arch/Int..... | 1/8 |

Conakry, le 18 JAN. 2012.....2012



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE
L'HYGIÈNE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE GUINÉE

CABINET

Travail – Justice – Solidarité

DIVISION RESSOURCES
HUMAINES

10457

ARRETE N° _____/MSHP/CAB/SGG
PORTANT NOMINATION DES MEMBRES DU SECRETARIAT
TECHNIQUE DU COMITE DE COORDINATION
DU SECTEUR DE LA SANTE

LE MINISTRE,

- VU La constitution,
VU La Loi L/ 028/AN /du 31 Décembre 2001, portant statut général des Fonctionnaires ;
VU le Décret D/2010/007/PRG/SGG/du 24 Décembre 2010, Portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
VU les Décrets D/2010/009/PRG/SGG/du 27 Décembre 2010, D/2010/016/PRG/SGG/du 30 Décembre 2010 et D/2011/002/ PRG/SGG/du 04 Janvier 2011, portant nomination de Ministres ;
VU le Décret D/2011/061/PRG/SGG/ du 2 Mars 2011, Portant Attribution et organisation du Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique ;
VU le Décret D/2011/174/PRG/SGG portant nomination des cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
VU les nécessités de service ;

ARRETE

ARTICLE 1er : Les cadres dont les noms suivent sont désignés comme membres du secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé et dans les fonctions ci-après :

| N° | Matricules | Noms et Prénoms | Poste |
|----|------------|-------------------------|----------------------------------|
| 1 | 168231V | Dr. SALL Boubacar | Secrétaire Exécutif |
| 2 | 159378T | Dr. CONDE Mamadi | Gestionnaire de service de Santé |
| 3 | 159014L | Dr. DONZO Fodé | Chargé de Suivi/Evaluation |
| 4 | 198350Y | Mr DIALLO Aliou Taïbata | Chargé de financement de Système |
| 5 | 237511T | Mr. DIAKITE Ousmane | Informaticien |
| 6 | 210388J | Mme. CISSE Nèné CAMARA | Secrétaire |

ARTICLE 2 : La dépense est imputable au budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique Exercice 2012.

ARTICLE 3 : Le présent Arrêté qui prend effet pour compter de sa date de signature sera enregistré et publié au journal officiel de la République.

AMPLIATIONS

PRG/SGG :2
MEF :2
MEFP :2
MSHP/CAB :3
DRH :4
BSD :2
Les Intéressées :6
Ach./Int :17/27

Conakry, le 30 NOV. 2012 2012



Pr. Edouard Nynakoye LAMA

193

14/11/2013

NOTE DE SERVICE

Dr. Mamadou Daye Tounti DIALLO Médecin, en Service au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est mis à la disposition du Secrétariat Technique du Comité de Coordination Secteur de la Santé pour compléter l'équipe.

L'intéressé sera chargé de la collecte, de l'archivage et du stockage des documents de base utiles à l'élaboration de la Politique Nationale de Santé et du PNDS 2014 – 2024.

La présente note de service qui prend effet pour compter de sa date de signature sera enregistrée et publiée partout où besoin sera.



Pr. Edouard Nyankoye LAMA