**REPUBLIQUE DE GUINEE**

***Travail – Justice – Solidarité***

**MINISTERE DE LA SANTE**

**COMPACT NATIONAL SANTE**

***Accroître les efforts et les ressources pour la Santé***

***en vue d’atteindre les ODD***

***à l’horizon 2024***

Conakry, septembre 2016

**Table des matières**

[Sigles et abréviations 4](#_Toc477292901)

[1. Contexte 7](#_Toc477292902)

[2. Processus d’élaboration du Compact 8](#_Toc477292903)

[3. Principaux goulots d’étranglement et contraintes visés par le Compact 10](#_Toc477292904)

[4. Objectifs et principes directeurs du Compact 11](#_Toc477292905)

[4 .1. Objectifs 12](#_Toc477292906)

[4 .1.1 Objectif Général 12](#_Toc477292907)

[4 .1.2 Objectifs Spécifiques 12](#_Toc477292908)

[4.2. Principes directeurs 13](#_Toc477292909)

[5. Eléments du cadre programmatique conjoint 13](#_Toc477292910)

[5.1 Un plan conjoint de développement du secteur de la santé : le PNDS 2015-2024 et ses plans opérationnels 14](#_Toc477292911)

[5.2 Un cadre conjoint de concertation et de coordination 15](#_Toc477292912)

[5.3 Mise en œuvre 16](#_Toc477292913)

[5.3.1. Cadre logique 16](#_Toc477292914)

[5.4 Cadre de Suivi-Evaluation 17](#_Toc477292915)

[5.4.1 Monitorage 18](#_Toc477292916)

[5.4.2 Revue sectorielle 18](#_Toc477292917)

[5.4.3 Evaluation 18](#_Toc477292918)

[5.4.4 Calendrier de mise en œuvre des résultats 20](#_Toc477292919)

[6.1 Un cadre budgétaire conjoint 24](#_Toc477292920)

[6.3 Les Comptes nationaux de la santé (CNS) 32](#_Toc477292921)

[6.3.1. La revue des dépenses publiques (RDP) de la santé 32](#_Toc477292922)

[6.3.2. Les enquêtes de traçabilité des dépenses de santé 32](#_Toc477292923)

[6.3.3. Le renforcement du contrôle interne 32](#_Toc477292924)

[6.3.4. Le rapportage de l’exécution financière des PTF 32](#_Toc477292925)

[6.3.5. Un cadre conjoint de suivi et de résultats 32](#_Toc477292926)

[6.3.6. Principes généraux et modalités privilégiées de gestion de l’aide au développement 33](#_Toc477292927)

[6.3.6.1 Les principes généraux de gestion de l’aide internationale 33](#_Toc477292928)

[6.3.6.2 Les modalités financières offertes aux PTF signataires 33](#_Toc477292929)

[6.3.6.3. Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux 34](#_Toc477292930)

[6.3.6.4 L’assistance technique 34](#_Toc477292931)

[6.3.6.5 Les dispositions vis-à-vis des PTF non signataires 35](#_Toc477292932)

[7. Engagements du gouvernement de la Guinée dans le cadre de la mise en œuvre du Compact 35](#_Toc477292933)

[7.1. Au niveau de l’appropriation, du leadership et de l’alignement sur les stratégies et priorités nationales : 35](#_Toc477292934)

[7.2. Au niveau de la concertation et la coordination sectorielle : 35](#_Toc477292935)

[7.3. Au niveau de l’allocation des ressources, de la gestion financière et de la redevabilité: 36](#_Toc477292936)

[8. Engagements des partenaires techniques et financiers signataires du Compact 37](#_Toc477292937)

[8.1 Au niveau de l’appropriation, du leadership et de l’alignement sur les stratégies et priorités nationales : 37](#_Toc477292938)

[8.2 Au niveau de la concertation et la coordination sectorielle : 37](#_Toc477292939)

[8.3 Au niveau de l’allocation des ressources, de la gestion financière et de la redevabilité : 38](#_Toc477292940)

[9. Modalités de suivi des engagements et de résolution des conflits 39](#_Toc477292941)

[9.1. Cadre conjoint de suivi et d’évaluation des engagements mutuels du Compact 39](#_Toc477292942)

[9.2. Résolution des conflits 39](#_Toc477292943)

[9.3. Echéance, amendements et inclusion de nouveaux partenaires au Compact 39](#_Toc477292944)

[Annexe 1 : Cadre conjoint d’indicateurs de suivi et de résultats du Compact 40](#_Toc477292945)

# **Sigles et abréviations**

|  |  |
| --- | --- |
| ABG | : Appui Budgétaire Général |
| ABS | : Appui Budgétaire Sectoriel |
| AT | : Assistance Technique |
| BSD | : Bureau de Stratégie et de Développement |
| CBMT | : Cadre Budgétaire à Moyen Terme |
| CCSS | : Comité de Coordination du Secteur de la Santé |
| CDMT | : Cadre des Dépenses à Moyen Terme |
| CEDEAO | : Communauté Economique des États de l’Afrique de l’Ouest |
| CHU | : Centre Hospitalier Universitaire |
| CMC | : Centre Médical Communal |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPCSS | : Comité Préfectoral de Coordination du Secteur Santé |
| CPN4 | : Quatrième Consultation Prénatale |
| CRCSS | : Comité Régional de Coordination du Secteur Santé |
| CS | : Centre de Santé |
| CSA | : Centre de Santé Amélioré |
| CTC | : Comité Technique de Coordination |
| CTPS | : Comité Technique Préfectoral de Santé |
| CTRS | : Comité Technique Régional de Santé |
| DAF | : Division des Affaires Financières |
| DIEM | : Division Infrastructures, Equipement et Maintenance |
| DNEHS | : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins |
| DNPSC | : Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire |
| DNSFN | : Direction Nationale de la Santé Familiale et la Nutrition |
| DRH | : Division des Ressources Humaines |
| EDS | : Enquête Démographique et de Santé |
| GAVI | : Global Alliance for Vaccination and Immunization |
| GTS | : Groupe Thématique Santé |
| HHA | : Harmonization for Health in Africa - Harmonisation pour la Santé en Afrique |
| HN | : Hôpital National |
| HP | : Hôpital Préfectoral |
| HR | : Hôpital Régional |
| IHP+ | : International Health Partnership – Partenariat International pour la Santé et Initiatives Liées |
| IST | : Infections Sexuellement Transmissibles |
| KfW | : Banque Allemande de Développement |
| MEF | : Ministère de l’Economie et des Finances |
| MS | : Ministère de la Santé |
| ODD | : Objectifs de Développement Durable |
| OMD | : Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| OneHealth | : Outil de Planification et de Budgétisation |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida |
| PNDES | : Plan National de Développement Economique et Social |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLP | : Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNLAT | : Programme National de Lutte Antituberculeuse |
| PNS | : Politique Nationale de Santé |
| PRRSS | : Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| SIDA | : Syndrome de l’Immunodéficience Acquise |
| SNISG | : Système National d’information Sanitaire et de Gestion |
| ST/CCSS | : Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur Santé |
| TDR | : Termes de Référence |
| TPI | : Traitement Préventif Intermittent |
| UE | : Union Européenne |
| UEMOA | : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine |
| UNFPA | : Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l’Enfance |
| VAR | : Vaccin Anti-Rougeoleux |
| VAT2 | : Vaccin Antitétanique, Deuxième Dose |
| VIH | : Virus de l’immunodéficience Humaine |

**INTRODUCTION**

Le compact national est défini comme étant un accord négocié et signé pour une durée déterminée, par lequel tous les partenaires s’engagent à mettre en œuvre et à respecter les priorités nationales de santé définies et décrites dans la stratégie nationale de santé.

Le but du compact national est d’améliorer l’efficacité du développement et de fournir un cadre propice à l’augmentation des ressources pour la santé, s’attaquer aux problèmes de fragmentation et d’instabilité, réduire le coût des transactions de l’aide au développement et favoriser une responsabilisation mutuelle. Le compact est de nature non contraignante. Un compact national doit de préférence être basé sur trois éléments : une stratégie nationale de santé, un cadre de résultats et un budget.

Le compact national inclut les éléments-clés suivants :

* les principes directeurs ;
* les dispositions de gestion et les modalités et instruments préférés pour l’aide que les partenaires acceptent d’atteindre au fil du temps ;
* les obligations et engagements spécifiques (financiers et autres) acceptés par tous les signataires du pacte ;
* les modalités acceptées de suivi et d’établissement de rapports sur le pacte et les engagements qu’il contient ;
* les procédures pour résoudre tout différend, le cas échéant, et les recours disponibles en cas de non-respect des dispositions du pacte ;
* un rappel des résultats escomptés et du calendrier pour atteindre les résultats et les objectifs dans la stratégie nationale de santé, y compris les ODD dans ce domaine.

# **1. Contexte**

De nombreux efforts sont menés depuis une dizaine d’années, visant à améliorer les systèmes de gestion de l’aide au développement afin de la rendre plus efficace. La plupart des agences de coopération internationale et des bailleurs de fonds bilatéraux, de même que de nombreux pays en développement dont la Guinée, ont ainsi signé en mars 2005 la Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide au développement. Celle-ci repose sur cinq (05) piliers : **l’appropriation, l’harmonisation, l’alignement, l’orientation vers les résultats et la responsabilité mutuelle.** Sa mise en œuvre s’accompagne de grands changements tant au niveau de l’approche que des outils de la coopération en général. Ainsi par exemple, la Guinée a approuvé, en mai 2012, son propre Plan national d’action sur l’efficacité de l’aide au développement. La nouvelle orientation donnée est que l’aide publique au développement doit désormais s’inscrire dans les priorités nationales énoncées dans le Plan National de développement Economique et Social (PNDES 2016-2020) et son Cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) élaboré par le Ministère de l’Economie et des Finances (MEF). En outre, l’appui budgétaire est devenu l’un des instruments de financement privilégiés pour le gouvernement de la Guinée.

Dans beaucoup de pays en développement et en particulier en Afrique subsaharienne, le secteur de la santé bénéficie depuis bien longtemps d’une coopération intensive développée par les nombreux bailleurs de fonds (agences des Nations-Unies, partenaires bilatéraux, multilatéraux et ONG). Afin de coordonner ces nombreuses coopérations et d’en tirer le meilleur profit, la Guinée a adopté l’approche sectorielle comme stratégie de mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS). L’approche sectorielle est gérée par les structures pérennes du gouvernement guinéen et plusieurs outils financiers ont été développés afin de permettre la gestion des fonds extérieurs par les systèmes nationaux. Le Ministère de la santé (MS) a ainsi commencé à développer son CDMT incluant l’exhaustivité des ressources disponibles pour financer le secteur, et l’actualisera annuellement. Un « fonds commun » et des procédures de gestion fiduciaire harmonisées seront mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de relance et de Résilience du système de santé (PRRSS 2015-2017) afin que le secteur santé bénéficie d’un appui budgétaire sectoriel (ABS). Un fonds d’achat sera mis en place dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle.

Outre les partenaires traditionnels du secteur, la prise de conscience du besoin de s’attaquer prioritairement aux problèmes de santé de l’ensemble de ce monde globalisé et de mettre en commun tous les efforts en vue d’atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé, a fait naître au cours des dernières années une multitude d’initiatives et d’organisations actives dans le domaine de la « santé globale ». Beaucoup de ces initiatives dépassent d’ailleurs le strict cadre gouvernemental ou onusien et consistent en des partenariats public-privé (comme par exemple, le Fonds mondial de lutte contre le paludisme le sida et la tuberculose) ou des organismes purement privés (par exemple, la Fondation Bill et Melinda Gates, STOP Palu/USIAD, très active en Afrique) qui ont chacun leurs propres priorités et leur propre mode de fonctionnement.

L’échéance des ODD et la multiplicité des initiatives, programmes et organisations actifs dans le secteur de la santé ont fait naître un besoin accru de coordonner les diverses activités et de les aligner autour d’un même programme, piloté par le gouvernement des pays bénéficiaires. C’est dans ce contexte qu’ont vu le jour le Partenariat international pour la santé (IHP+) mis en œuvre à travers le Compact, l’initiative « Harmonisation pour la santé en Afrique » (HHA) et la Campagne des ODD liés à la santé et les initiatives connexes.

Le présent document appelé Compact « Accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue d’atteindre les ODD à l’horizon 2035 », entend promouvoir la mise ensemble de tous les efforts du gouvernement, de la société civile et des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour obtenir plus d’efficience dans la mise en œuvre du programme commun de développement sanitaire, à savoir le PNDS 2015-2024. Ainsi, dans un contexte de passage à l’échelle des interventions en matière de santé, il permettra de renforcer le système de santé et d’atteindre plus rapidement les ODD.

Le Compact est un engagement éthique et moral, entre le gouvernement de la Guinée et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PNDS 2015-2024 et du Plan de relance et de résilience du système de santé (PRRSS 2015-2017) à l’effet d’accélérer l’atteinte des ODD.

Il a été conçu dans le cadre de l’adhésion de la Guinée au Partenariat international pour la santé (IHP+), de l’Harmonization for Health in Africa (HHA) et s’inscrit en droite ligne avec la dynamique en cours dans le secteur depuis une dizaine d’années.

# **2. Processus d’élaboration du Compact**

Piloté par le MS, le processus d’élaboration du Compact s’est voulu très inclusif. Son processus d’élaboration a suivi plusieurs étapes dont la mise en place d’une équipe nationale d’élaboration du Compact avec l’appui de plusieurs partenaires, en particulier l’OMS qui a mis un expert international à sa disposition, l’Union Européenne qui a financé le processus et l’UNICEF qui a apporté un appui technique et financier. Il a permis d’impliquer nombre de parties prenantes (Cabinet et principales directions du MS, MEF, société civile et PTF). Des séances de travail comprenant des séries de concertations, la création de quatre groupes de travail chargés d’atteindre un pré-consensus sur les principaux piliers du Compact, des ateliers organisés à Kindia en septembre 2015 et à Conakry en novembre 2015 et des réunions de validation du Groupe Thématique Santé VIH (septembre 2015) et du Comité de Coordination du Secteur Santé (novembre 2015).

**Bref aperçu du secteur de la santé en Guinée**

La *Politique Nationale de Santé* (PNS) de la Guinée, révisée et adoptée en 2015, est fondée sur la stratégie des soins de santé primaires et les principes de l’Initiative de Bamako. La vision de cette politique découle de celle énoncée dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté. De cette vision, celle de la santé se décline ainsi comme étant « le meilleur état de santé possible pour l’ensemble de la population à travers un système de santé national performant ». La PNS, qui s’appuie sur des fondements, des valeurs et des principes, donne incontestablement les grandes orientations stratégiques du gouvernement en matière de santé pour les prochaines années. Elle est opérationnalisée à travers le *Plan national de développement sanitaire* (PNDS) 2015-2024 qui fut adopté en 2015. Celui-ci est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers des plans triennaux glissants dont le premier, dénommé Plan de relance et de Résilience du système de santé post-Ebola, couvre la période 2015-2017.

Les efforts déployés au cours des dernières années par le secteur de la santé ont permis d’améliorer la situation sanitaire de la population guinéenne (voir Annexe 1). Par exemple, les résultats de la dernière Enquête démographique et de santé (EDS-2012) montrent que le taux de mortalité infantojuvénile se chiffre à 123 pour 1000 naissances vivantes en 2012 contre 163‰ en 2005 (EDS-III). Le taux de mortalité infantile est à 67‰ en 2012 contre 91‰ en 2005. Quant au ratio de mortalité maternelle, il a sensiblement baissé pour atteindre 724 pour 100.000 naissances vivantes en 2012 (EDS-IV), contre 980 pour 100.000 en 2005 (EDS-III). Enfin, le taux de prévalence du VIH pour la population de 15-49 ans est estimé à 1,0% en 2010 (EDS-IV) contre 1,8% en 2003 (EDS-III).

Malgré ces résultats forts encourageants, les besoins non couverts restent encore importants dans le système de santé et l’état de santé de la population Guinéenne reste préoccupant. La morbidité liée au paludisme, aux infections respiratoires, aux maladies diarrhéiques et à la malnutrition reste très élevée. La fécondité reste élevée (6,0 enfants en moyenne par femme), en raison de la prévalence contraceptive encore faible (de 9% en 2005 à 7% en 2012), ce qui contribue au niveau de mortalité maternelle encore très élevé. Les IST et le VIH/SIDA font toujours planer une menace sur la santé de la population, surtout des jeunes et des groupes à risque. En continuant à mobiliser les ressources nécessaires pour le financement du PNDS et vu les tendances actuelles, la Guinée pourrait atteindre les objectifs de couverture fixés lors des états généraux de la santé d’ici à 2024.

Le financement du PNDS se fait à travers le budget de l’Etat appuyé par le recouvrement des coûts, l’apport des collectivités déconcentrées et décentralisées, l’appui budgétaire (général et sectoriel) ainsi que les projets et programmes de santé financés par les bailleurs de fonds.

Le coût de la mise en œuvre du PNDS 2015-2024 est estimé globalement à **7 727 975** **000** USD. Celui du PRRSS 2015-2017 s’élève à **2 103 715 000 USD** avec un coût moyen annuel de **701 238 333 USD**.

La phase 2015-2017 du PNDS 2015-2024 estime également des besoins en ressources humaines par type de personnel nécessaire à l’atteinte des ODD-Santé qui dépassent largement le personnel existant, surtout en ce qui concerne le personnel technique qualifié. Il s’agira d’assurer la disponibilité et la fidélisation, en vue d’une gestion optimale orientée vers la performance, la gestion administrative des ressources humaines en collaboration avec les collectivités locales et la formation des agents de santé.

D’ambitieuses initiatives et réformes sont menées par le Ministère de la santé, avec le soutien des partenaires, afin de répondre au défi de l’amélioration de la santé de la population. Il s’agit tout à la fois de programmes de lutte contre des maladies spécifiques et d’actions visant au renforcement du système de santé dans son ensemble, notamment le développement en cours d’un sous-système de santé communautaire, du système de surveillance épidémiologique, du système de prévention et de contrôle des infections (PCI), la réorganisation des structures de soins (postes de santé, centres de santé, CMC et hôpitaux préfectoraux, régionaux et nationaux) pour les rendre capables de prendre en charge les maladies à potentiel épidémique et d’assurer avec efficacité et efficience les PMA et PCA et la construction de nouveaux centres de santé et hôpitaux.

La mise en œuvre harmonieuse de toutes ces activités ne peut se faire sans un leadership fort du gouvernement guinéen dans la définition d’une politique de santé cohérente et la coordination efficace des apports de tous ses partenaires. Mais plusieurs goulots d’étranglement et contraintes entravent les actions du gouvernement, de ses organes d’exécution et de ses partenaires.

# **3. Principaux goulots d’étranglement et contraintes visés par le Compact**

L’analyse de la situation sanitaire réalisée dans le cadre de la révision de la politique sanitaire nationale et de l’élaboration du PNDS 2015-2024 a permis d’identifier des contraintes dans le secteur et de retenir des problèmes prioritaires relatifs aux domaines 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 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,
  + Non-disponibilité en temps réel des informations, et connaissances en santé pour les prises de décisions et la gestion des services du secteur santé,
  + Faible organisation et gestion des services de santé.

Le présent Compact contribuera à résoudre certains de ces problèmes, en particulier :

* l’absence d’une vue d’ensemble des financements du secteur et la coordination insuffisante des parties prenantes ;
* la forte verticalité des interventions financées par certains partenaires techniques et financiers (approche projets et programmes ciblés) et concomitamment, la difficulté d’arriver à une planification cohérente et fiable vu la volatilité de l’aide internationale, le ciblage géographique et thématique de nombreux financements extérieurs et l’insuffisance du partage d’information sur les ressources extérieures ;
* l’allocation des ressources pour les différents volets du PNDS qui n’est pas suffisamment guidée par des analyses approfondies et plus généralement, l’efficience insuffisante de l’utilisation des ressources du secteur ;
* l’insuffisance dans la mobilisation et l’allocation des ressources sur la base du CDMT santé, notamment au profit du niveau opérationnel et des régions pauvres, ainsi que l’insuffisance des ressources liées aux charges récurrentes des investissements réalisés dans le secteur ;
* le besoin de la mise en place d’une politique cohérente de soutien des partenaires vers l’atteinte de la couverture universelle en soins de santé ;
* la lourdeur des procédures de passation des marchés (nombre d’intervenants et de phases relativement élevé) ;
* l’insuffisance de l’appui au développement institutionnel dans une perspective systémique ;
* la non-maîtrise du programme au niveau des collectivités décentralisées et déconcentrées, et l’insuffisance dans l’effectivité des responsabilités et le transfert des ressources dans le cadre de la mise en œuvre de la décentralisation dans le domaine de la santé ;
* le manque de stratégies cohérentes dans la collaboration avec les associations et ONG intervenant dans le domaine de la santé ;
* l’insuffisance du partenariat public-privé au sein du système de santé (conventionnement, formation, supervision, suivi, prévention, contrôle de qualité, système d’information sanitaire, contrat de performance, etc.) ;
* la faiblesse du système national d’information sanitaire.

# **4. Objectifs et principes directeurs du Compact**

La vision qui sous-tend le Compact implique un changement de paradigme dans la façon dont la coopération au développement dans le secteur de la santé est organisée. Ceci nécessite de réels changements de comportement à la fois du côté des autorités nationales et des partenaires. Il vise à passer d’un mode de fonctionnement où les financements extérieurs sont gérés de façon plus ou moins autonome en vue d’atteindre des objectifs spécifiques (attribution des résultats), à un mode de fonctionnement où l’entièreté des partenaires contribue à l’atteinte des objectifs globaux du secteur (contribution aux résultats). Dans cette perspective, le Compact vise à établir une **plateforme conjointe, pilotée par les autorités nationales, qui fédère les efforts de tous les intervenants du secteur**, depuis l’analyse de la situation et l’identification des priorités sectorielles jusqu’à la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation du plan national. Les principes qui sous-tendent le pacte, doivent être acceptés par tous les partenaires et adaptés à la situation nationale. Ils réaffirment leurs liens avec la stratégie nationale de santé, le cadre unique de résultats en matière de santé et des processus de développement national plus larges.

# **4 .1. Objectifs**

# **4 .1.1 Objectif Général**

Le Compact a pour objectif général de renforcer le partenariat entre le gouvernement Guinéen, la société civile et les PTF afin d’améliorer la mobilisation et l’utilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS sur la période 2015-2024 et à moyen terme du PRRSS 2015-2017, les plans triennaux glissants et les PAO à travers un cadre harmonisé, en vue de renforcer le système de santé de façon cohérente et atteindre les ODD liés à la santé.

# **4 .1.2 Objectifs Spécifiques**

* définir un cadre pour des investissements accrus et plus efficaces,
* donner au pays la possibilité d’accélérer les progrès dans la réalisation des priorités et objectifs nationaux de santé (PNDS) et du développement socioéconomique (PNDES).

Le compact se définit par :

* le **cadre programmatique conjoint de développement du secteur santé** et ses différents éléments (section 5) ;
* les **principes généraux et modalités de gestion de l’aide** au développement veillant à améliorer son efficacité et son efficience (section 6) ;
* les **engagements du gouvernement de la Guinée** dans le cadre de la mise en œuvre de ce Compact (section 7) ;
* les **engagements des partenaires techniques et financiers signataires du Compact, en terme de prévisions,** quant au niveau, à la composition de l’aide au secteur de la santé et aux modalités de gestion de l’aide (section 8) ;
* les **modalités de suivi** des engagements et de **résolution des conflits** (section 9) ;
* les dispositions en matière d’échéance, d’amendements et d’inclusion de nouveaux partenaires (section 10).

Le Compact s’inscrit en adéquation avec les autres accords et/ou ententes en matière d’aide au développement qui prévalent en Guinée, en particulier le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES 2016-2020). Il vise à matérialiser les principes de la Déclaration de Paris au niveau du secteur de la santé de même que les engagements du Programme D’action d’Accra et du Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement.

En outre, le compact national peut aboutir aux avantages ci-après :

* une plus grande attention accordée aux plans et stratégies du pays dans le domaine de la santé ;
* davantage de confiance, de dialogue et de collaboration entre le gouvernement et les parties prenantes ;
* une gestion plus orientée sur les résultats de santé, notamment pour les cibles nationales et les ODD ;
* un financement prévisible et à long terme des stratégies et plans de santé du pays (sources nationales et internationales) ;
* une aide au développement relative à la santé mieux alignée sur la stratégie nationale ;
* une meilleure coordination entre le gouvernement, les acteurs nationaux et les partenaires du développement ;
* un renforcement de la transparence et la responsabilisation mutuelle pour tous les partenaires du développement ;
* une simplification et une diminution des coûts de transaction pour gérer l’aide au développement en matière de santé.

# **4.2. Principes directeurs**

* Les principes directeurs du compact national sont l’appropriation et le leadership exercé par le gouvernement ;
* l’amélioration de l’alignement des interventions des PTF sur les stratégies nationales ;
* l’amélioration de l’alignement des interventions des PTF sur les systèmes nationaux de programmation, planification, gestion financière, rapportage, suivi et évaluation ;
* la coordination et l’harmonisation entre tous les partenaires ;
* la gestion du secteur axée sur les résultats ;
* l’amélioration de la prévisibilité des financements, en particulier de l’aide extérieure, *a priori* (annonces de financements pluriannuelles permettant de mieux planifier les activités) et *a posteriori* (correspondance entre les exécutions et les prévisions) ;
* le suivi exhaustif de l’exécution des ressources de tous les partenaires ;
* la responsabilité mutuelle entre tous les partenaires pour la mise à disposition des ressources et l’atteinte des résultats ;
* le développement des capacités des institutions et des acteurs nationaux ;
* la mise en commun des efforts pour renforcer le système de santé et améliorer la qualité des services et soins de santé ;
* la bonne gouvernance dans le secteur, y compris la lutte contre la fraude, la réduction des disparités régionales, la redevabilité vis-à-vis des citoyens et l’intégration des principes transversaux d’équité et de genre dans les décisions politiques ;
* le renforcement du partenariat du ministère avec la société civile et le secteur privé.

# **5. Eléments du cadre programmatique conjoint**

**Le Compact scelle l’engagement des parties prenantes signataires à inscrire toutes leurs interventions dans un seul et même cadre programmatique et institutionnel du secteur de la santé**. Les principaux éléments de ce cadre programmatique conjoint sont présentés ci-dessous, et certains sont décrits avec plus de précision dans les annexes qui font partie intégrante des engagements du Compact.

# **5.1 Un plan conjoint de développement du secteur de la santé : le PNDS 2015-2024 et ses plans opérationnels**

Le lancement de l’approche sectorielle avec la préparation de l’avant dernier PNDS (2003-2012) visait à rapprocher les visions de l’ensemble des acteurs actifs dans le secteur de la santé pour un développement sanitaire harmonieux et durable. Depuis lors, le PNDS est devenu la référence commune et le cadre unique de coordination, d’orientation, de mise en œuvre, de suivi et d’évaluation de tous les partenaires, et ce rôle s’affirme au cours des ans. Au terme de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012, le ministère de la santé à travers un processus participatif, a procédé à l’élaboration de la nouvelle PNS et à l’élaboration d’un PNDS pour la période 2015-2024. Celui-ci constitue d’ailleurs, pour ses premières années, le plan d’opérationnalisation du PNDES dans le secteur de la santé.

|  |  |
| --- | --- |
| **PNDS 2015-2024** | **PLAN DE RELANCE** |
| Orientations stratégiques (OS) | **Priorités/Actions prioritaires** |
| OS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence | *Elimination d’Ebola et autres maladies :*   * Prévention et Contrôle des Infections, * Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte, * Règlement Sanitaire International |
| OS2 : Promouvoir la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | *Renforcement du système de santé de District :*   * Amélioration des prestations des services : PMA, PCA, interventions à haut impact (mère et enfant) * Renforcement du système de gestion |
| OS3 : Renforcer le système national de santé | *Gouvernance :*   * Soutien à la gestion * Coordination * Redevabilité * Engagement des communautés * Régulation |

Ces orientations stratégiques sont traduites en axes d’intervention et en actions prioritaires. Il a été retenu que la mise en œuvre du PNDS 2015-2024 se fasse à travers une planification triennale glissante. Pour ce faire, un plan triennal couvrant la période 2015-2017 a été élaboré dans le cadre de la relance et la résilience du système de santé post-Ebola. Les plans triennaux sont à leur tour traduits chaque année en plans d’action opérationnels.

Par ailleurs, le PNDS est complété, au niveau national, par une série de plans stratégiques spécifiques (traitant notamment de la santé maternelle, néonatale et infantile, de la lutte contre le paludisme, contre le VIH/SIDA, du développement des ressources humaines (en cours), etc.), au niveau intermédiaire par les plans de développement sanitaire régionaux et au niveau le plus opérationnel, par les plans de développement sanitaire des districts.

Si ces documents donnent les grandes lignes de la politique et des stratégies nationales en matière de santé, de façon opérationnelle, **ce Compact vise à affirmer la volonté des signataires d’inscrire toutes leurs interventions dans** :

* le **plan triennal glissant**, à commencer par le plan triennal ou Plan de Relance et de résilience du système de santé (PRRSS 2015-2017, pour l’élaboration duquel les partenaires se sont mobilisés en prenant activement part aux deux (2) consultations nationales qui ont regroupé plus de cent cinquante (150) participants en janvier et avril 2015) ;
* les **plans annuels** de 2015 à 2017.

Ces plans spécifient entre autres, les mesures politiques et les réformes prioritaires qui sont jugées nécessaires pour l’atteinte des objectifs. Leur mise en œuvre a requis la participation des partenaires.

A cet effet, les signataires respecteront le calendrier de planification, de budgétisation et de rapportage du PRRSS[[1]](#footnote-1).

# **5.2 Un cadre conjoint de concertation et de coordination**

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

Ce comité assurera la coordination des interventions au niveau national, le plaidoyer 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**

Il 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 et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé.

* **Un Comité technique de suivi-évaluation du PRRSS au niveau 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 représentants des Partenaires Techniques et Financiers principaux feront partie de ces comités.

Le groupe thématique Santé/VIH mis en place dans le cadre de la concertation et de la coordination entre le gouvernement et les PTF

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/Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Senteur de la Santé**

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

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 monitorage 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 monitorage.

Par ailleurs, le groupe de coordination des partenaires techniques et financiers (PTF), mis en place dans le cadre de la concertation et de la coordination entre le gouvernement et les PTF, est chargé de faciliter le dialogue entre les autorités guinéennes et les partenaires au développement intervenant dans le secteur de la santé. Il est donc l’interface privilégiée du gouvernement avec les partenaires au développement.

**Encadré 1 : Principaux organes de mise en œuvre et de suivi du PNDS/PRRSS**

* Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS)
* L’Observatoire National de la Santé
* Le Comité technique de suivi-évaluation du PNDS au niveau national, régional, district et communautaire
* Le Secrétariat permanent/Secrétariat Technique du Comité de Coordination du secteur de la santé (ST-CCSS)

# **5.3 Mise en œuvre**

# **5.3.1. Cadre logique**

Le cadre logique de mise en œuvre du Compact National s’articule autour des liens entre les documents fondamentaux que sont la nouvelle Politique Nationale de Santé, le Plan National de Développement Sanitaire (2015-2024) et le Plan triennal de Relance et de Résilience du Système de Santé post-Ebola (2015-2017).

****

# **5.4 Cadre de Suivi-Evaluation**

**Le cadre de suivi-évaluation identifie les indicateurs essentiels tout au long de la chaine de résultats 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.**

La mise en œuvre du PNDS 2015-2024 relève du Gouvernement avec une délégation effective aux structures administratives déconcentrées (régions, districts et communautés). 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.

Un Plan de communication, un aide-mémoire et des prospectus sont en cours d’élaboration. Ces documents serviront à organiser des séances de diffusion et de plaidoyer 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 multilatérale, les parties prenantes dans l’application du RSI 2005, les leaders religieux, la Société civile, les leaders féminins, le parlement des jeunes, ...

Au niveau des collectivités territoriales, outre la décentralisation du financement de l’Etat au niveau communautaire, il sera organisé des séances d’information et de plaidoyer 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.

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.

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).

Par ailleurs, les PTF se rencontrent de manière bimestrielle sous la présidence d’un chef de file et il est prévu d’organiser formellement une rencontre mensuelle entre les PTF et le Ministre de la santé à travers les réunions régulières du Groupe Thématique Santé VIH.

# **5.4.1 Monitorage**

Le monitorage s’effectue par la récolte des informations, l’analyse approfondie de ces informations et la prise de décision suivie de l’élaboration d’un microplan d’amélioration. Les déterminants de couverture mesurés selon le modèle révisé sont la disponibilité en ressources humaines et matérielles 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 compris les activités des agents de santé communautaires qui devront dorénavant jouer un rôle déterminant dans le système de santé.

Le monitorage 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 monitorage. Pour une fiabilité des données, les contre-monitorages sont vivement encouragés notamment au niveau du district sanitaire.

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.

# **5.4.2 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 de la 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 de la page suivante).

# **5.4.3 Evaluation**

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’Evaluation des Performances du PNDS et du Cadre de rendement.

* 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 finale, à terme (premier trimestre 2025) 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.

## **5.4.4 Calendrier de mise en œuvre 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 et le diabète sucré, 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 |
| **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** | 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 |
| La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% |
| **Impact 1.2 : De 2015 à 2024 :** | Nombre de décès de mères |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 aigüe 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 | 95 |
| 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 |
| **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 |
| 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 en milieu urbain | 1,7 | 1,8 | 1,9 | 2,0 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,5 | 2,6 |
| Nombre de médecins pour 10 000 habitants en 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* : EDS 2012

# **6.1 Un cadre budgétaire conjoint**

Le secteur de la santé en général et le PNDS en particulier sont financés par plusieurs sources de financement. Le financement intérieur est composé des ressources de l’Etat, des collectivités locales (urbaines et rurales), de celles des communautés et des ménages à travers le recouvrement des coûts. Le financement extérieur est composé des appuis budgétaires général et sectoriel et des autres financements d’origine extérieure (agences des Nations Unies, PTF bi et multilatéraux, ONG, coopération décentralisée, etc.). Toutefois, les appuis budgétaires sont entièrement fongibles avec les ressources de l’Etat et ne sont donc pas traçables dans le budget du secteur de la santé.

Afin d’améliorer la cohérence de la programmation des ressources et des emplois entre les différents volets du PNDS, **le Ministère de la santé a élaboré un cadre cohérent de budgétisation pluriannuelle du PNDS qui intègre les contributions de l’ensemble des sources de financement : le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT).** Le CDMT prend en compte les priorités actuelles du PNDS 2015-2024. La contribution de la société civile et du secteur privé aux résultats est de plus en plus prise en compte.

Le PNDS 2015-2024 a été élaboré dans une logique d’accélération de l’atteinte des résultats, tout comme les orientations PNDES et les engagements pris dans les arrangements spécifiques convenus avec les PTF, notamment dans le cadre des appuis budgétaires. Les ressources disponibles sont dès lors allouées en fonction des priorités du PNDS. L’allocation aux structures opérationnelles sera faite dès 2015 selon une clé de répartition qui vise à améliorer l’équité dans l’allocation des ressources. Selon la situation macroéconomique et les possibilités de ressources additionnelles potentiellement mobilisables, des choix peuvent être opérés dans les options de financement proposées et cela conjointement avec les partenaires. Ceci permet également d’améliorer la redevabilité mutuelle qui est un des piliers de la Déclaration de Paris.

Les ressources financières requises pour la mise en œuvre du PNDS pour la période 2015-2017 sont estimées à 14 681 milliards de FG, soit environ 2 014 millions de dollars US[[2]](#footnote-2). L’utilisation de l’outil de planification stratégique et de budgétisation axée sur les résultats (OneHealth) dans le cadrage financier du PNDS 2015-2024 a permis d’aboutir à la répartition suivante : 6,05% du budget global aux services à base communautaire et familiale, 28,93% aux soins cliniques individuels et 4,22% aux services orientés vers les populations. L’outil OneHealth reste dorénavant l’outil qui servira à la budgétisation des plans de développement sanitaires des régions et des districts sanitaires.

**Tableau I : Répartition du budget du PRRSS par niveau de soins et par pilier du système de santé (en milliers de dollars US)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Niveaux et Système de santé | 2 015 | 2 016 | 2 017 | Total | % |
| Communauté | 32 599 | 40 482 | 48 853 | 121 934 | 6,05% |
| Stratégie avancée | 22 347 | 27 986 | 34 744 | 85 078 | 4,22% |
| Clinique | 155 962 | 193 478 | 233 227 | 582 667 | 28,93% |
| Coût des programmes | 25 769 | 25 150 | 23 779 | 74 698 | 3,71% |
| PROGRAMMES | **236 677** | **287 096** | **340 604** | **864 377** | **43%** |
| Infrastructures et équipements | 68 329 | 239 282 | 138 805 | 446 417 | 22,17% |
| Ressources Humaines | 70 029 | 16 298 | 8 493 | 94 820 | 4,71% |
| Médicaments, produits et fournitures | 125 160 | 51 676 | 59 089 | 235 926 | 11,72% |
| Financement de la santé | 116 685 | 116 650 | 116 697 | 350 032 | 17,38% |
| Système d'information sanitaire | 1 992 | 896 | 866 | 3 754 | 0,19% |
| Gouvernance | 1 764 | 7 916 | 8 801 | 18 480 | 0,92% |
| SYSTÈME DE SANTE | **383 960** | **432 718** | **332 751** | **1 149 429** | **57%** |
| TOTAL GENERAL | **620 637** | **719 814** | **673 355** | **2 013 805** | **100%** |

Les tableaux ci-après présentent les ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS pour la période 2015-2017 par orientation stratégique et par année. Ils présentent le coût total du PNDS couvrant la période de 2015-2017, d’abord selon un **scénario minimum** qui fait ressortir les besoins en ressources financières nécessaires à la préservation des résultats obtenus donc le maintien des acquis en matière de santé (Tableau VI). Ce scénario a été estimé sur la base de la dépense actuelle de santé par tête d’habitant de 38 USD sur la période du Compact.

Ensuite, un **scénario maximum** a été estimé sur la base des besoins de financement nécessaires dans la perspective de ressources additionnelles pour atteindre les ODD-Santé (Tableau VII). Il ressort qu’il est principalement alloué à l’orientation stratégique n°3, relative au ***«*** *Renforcement du système national de santé* ***»*** 66**%** des ressources totales du Plan. Cela s’explique par le fait que cette orientation contient des sous orientations qui sont les 6 piliers du système de santé avec de grands volets d’investissement pour la mise à niveau des infrastructures, des équipements et le recrutement de personnel suite à la Maladie à Virus Ebola.

L’orientation stratégique n°1 *« Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence »*, représente **18%** 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 Plan de Relance, 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 elle **16%** des ressources totales.

**Tableau II : Coût du PRSS par orientation stratégique du PNDS et par année (en milliers de dollars US)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS** | **2 015** | **2 016** | **2 017** | **TOTAL** |
| OS1: Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence | 103 068 | 119 569 | 136 093 | 358 730 |
| OS2: Développement de la santé de la mère, de l'enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | 99 014 | 107 578 | 118 231 | 324 823 |
| **OS3: Renforcement du système de santé** | **418 555** | **492 667** | **419 031** | **1 330 253** |
| OS3.1: Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral | 103 703 | 129 102 | 156 151 | 388 956 |
| OS3.2: Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé | 47 635 | 47 555 | 47 559 | 142 750 |
| OS3.3: Développement des ressources humaines de qualité | 70 557 | 16 668 | 8 863 | 96 088 |
| 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 | 680 685 |
| OS3.5: Développement du système d’information sanitaire et de la recherche en santé | 1 992 | 896 | 866 | 3 754 |
| OS3.6: Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | 1 958 | 7 927 | 8 137 | 18 021 |
| **TOTAL** | **620 637** | **719 814** | **673 355** | **2 013 805** |

***Source****: Ministère de la santé, OHT, mai 2015*

**Tableau III : Coût du PRSS 2015-2017 par objectif stratégique et par année (en milliers de dollars US)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaines prioritaires** | **2015** | **2016** | **2017** | **TOTAL** | **%** |
| - Ebola | 215 875 | 0 | 0 | 215 875 | 11 |
| - District |  |  |  | 972 492 | 48 |
| - Gouvernance |  |  |  | 825 439 | 41 |
| **TOTAL** | **620 637** | **719 814** | **673 355** | **2 013 805** | **100%** |

***Source****: Ministère de la santé, OHT, mai 2015*

En plus des deux scénarii ci-dessus qui s’inscrivent dans la logique du maintien des acquis ou de l’atteinte des ODD, un autre **scénario reposant sur les ressources annoncées** est pris en compte dans le présent Compact. Ce scénario a été développé en raison de l’environnement économique international dans lequel la disponibilité de ressources additionnelles pourrait être critique. Les financements disponibles, présentés dans le Tableau III, sont constitués de la dotation du secteur de la santé inscrite dans la loi de finances, de la contribution des ménages aux dépenses de santé, de la contribution des collectivités locales (hors loi de finances), du Fonds d’appui au développement du système de santé et des annonces des partenaires techniques et financiers. Les projections de financement des collectivités locales et de la contribution des ménages ont été faites sur la base des prévisions de 2015, donnant respectivement une proportion de 0,05% et 17,09%.

**Tableau IV : Coûts du PNDS pour la période 2015-2017 (en USD)** **par source de financement et par orientation stratégique du PNDS (scénario basé sur les annonces de financement)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Source de financement** | **Montants par année du PRRSS** | | | | |
| **2 015** | **2 016** | **2 017** | **Total** | **%** |
| Etat | 64 326 489 | 66 745 165 | 69 254 784 | 200 326 438 | 11,87% |
| Partenaires | 303 673 580 | 390 565 686 | 275 136 939 | 969 376 204 | 57,43% |
| Action Damien | 206 661 | 156 188 | 146 188 | 509 037 | 0,03% |
| AFD |  | 1 004 000 | 6 133 000 | 7 137 000 | 0,42% |
| BID | 7 872 381 | 5 942 700 | 20 799 450 | 34 614 531 | 2,05% |
| BM | 50 000 000 | 25 755 000 | 2 265 000 | 78 020 000 | 4,62% |
| FM palu | 30 986 808 | 83 357 417 | 32 586 599 | 146 930 824 | 8,71% |
| FM RSS | 2 688 854 | 1 366 660 | 1 267 874 | 5 323 388 | 0,32% |
| FM tuberculose | 1 404 975 | 99 891 |  | 1 504 866 | 0,09% |
| FM VIH-Sida | 106 926 579 | 95 092 039 | 100 315 085 | 302 333 703 | 17,91% |
| Fonds Français | 751 241 | 751 241 | 751 241 | 2 253 723 | 0,13% |
| Fonds Italiens | 16 859 | 16 859 | 16 859 | 50 577 | 0,00% |
| Fonds Saoudiens | 10 266 900 | 13 200 300 | 2 933 400 | 26 400 600 | 1,56% |
| GAVI | 32 485 628 | 38 778 295 | 38 778 295 | 110 042 218 | 6,52% |
| GIZ | 196 933 | 2 825 417 | 3 422 767 | 6 445 116 | 0,38% |
| GPRHCS | 3 250 000 | 3 250 000 | 3 250 000 | 9 750 000 | 0,58% |
| JICA | 144 000 | 144 000 | 144 000 | 432 000 | 0,03% |
| KFW | 1 693 720 | 8 500 160 | 3 376 920 | 13 570 800 | 0,80% |
| MHTF | 180 000 | 180 000 | 180 000 | 540 000 | 0,03% |
| OMS | 30 417 368 | 24 459 582 | 12 334 531 | 67 211 481 | 3,98% |
| ONUSIDA | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 528 000 | 0,03% |
| PAM | 3 956 323 | 3 956 323 | 3 956 323 | 11 868 969 | 0,70% |
| UE | 3 700 515 | 19 356 540 | 4 317 268 | 27 374 323 | 1,62% |
| UNFPA | 4 279 835 | 4 074 074 | 3 731 139 | 12 085 048 | 0,72% |
| UNICEF | 12 072 000 | 8 350 000 | 7 482 000 | 27 904 000 | 1,65% |
| USAID |  | 49 773 000 | 26 773 000 | 76 546 000 | 4,54% |
| Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 433 181 070 | 25,67% |
| ONG et Associations | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 43 950 618 | 2,60% |
| Collectivités | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 1 382 376 | 0,08% |
| Autres | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 39 596 172 | 2,35% |
| **Total** | **540 703 481** | **630 014 263** | **517 095 135** | **1 687 812 878** | **100,00%** |

Le Tableau IV présente le scénario basé sur les financements disponibles.

Dans le développement de cette option, l’essentiel des ressources sera dirigé sur les interventions à haut impact sur la réduction des mortalités. Malgré cette disposition, il est probable que ce scénario basé sur les disponibilités financières conduise à une baisse de performance car certains indicateurs essentiels pour l’atteinte des ODD auront un niveau en recul par rapport aux niveaux actuels.

**Tableau V : Coût du PRRSS 2015-2017 par orientation stratégique du PNDS (en milliers de dollars US)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS ?** | **2 015** | **2 016** | **2 017** | **TOTAL** | **%** |
| OS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence | 103 068 | 119 569 | 136 093 | 358 730 | 18% |
| OS2 : Développement de la santé de la mère, de l'enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | 99 014 | 107 578 | 118231 | 324 823 | 16% |
| OS3 : Renforcement du système de santé | 418 555 | 492 667 | 419 031 | 1 330 253 | 66% |
| **TOTAL** | **620 637** | **719 814** | **673 355** | **2 013 805** | **100%** |

Les tableaux VI, VII et VIII ci-dessous présentent les gaps de financement du PRRSS 2015-2017 par scénario. Ils montrent que, suivant les cas, il sera nécessaire de combler un gap de 310 279 675 USD pour le scénario minimum (différence entre le scénario minimum et les disponibilités de financement) et de 201 013 139 USD soit 9,98% des besoins pour le scénario moyen. Quant au scénario maximum, l’augmentation substantielle de la contribution de l’Etat et maintien de celle des autres financements, les montants mobilisés se monteraient légèrement au-delà des prévisions.

Des réflexions pour définir des stratégies afin de combler les gaps doivent être développées, en particulier par la Commission thématique « Financement » du PNDS. Il sera nécessaire d’avoir un suivi actif de la mise en œuvre de ces activités pour : (i) augmenter les financements du secteur de la santé ; (ii) prioriser la répartition des financements existants ; et (iii) gagner en efficience dans la dépense.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tableau VI : Gap de financement (en USD) pour la période 2015-2017 selon le scénario minimum (scénario 1)** | | | | | | | | |
| **Source du financement** | **Montant par année du PRRSS** | | | | | **%** | |
| **2015** | **2016** | **2017** | **TOTAL** |  | |
| Budget de l'Etat | 1 784 245 033 | 2 183 193 377 | 2 480 346 748 | 6 447 785 158 |  | |
| Proportion du Budget de l'Etat allouée à la santé | 3,76% | 3,76% | 3,76% |  |  | |
| Montant de l'allocation à la santé | 67 087 613 | 82 088 071 | 93 261 038 | 242 436 722 | 12% | |
| Financements disponibles des PTF | 303 673 580 | 390 565 686 | 275 136 939 | 969 376 205 | 48% | |
| Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 433 181 070 | 22% | |
| ONG et Associations | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 43 950 618 | 2% | |
| Collectivités | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 1 382 376 | 0% | |
| Autres | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 1% | |
| Total des financements disponibles | 543 464 605 | 645 357 169 | 541 101 389 | 1 703 525 715 | 85% | |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 2 013 805 390 | 100% | |
| **Gap à combler** | **77 172 274** | **74 456 386** | **132 253 567** | **310 279 675** | **15%** | |

Les dépenses du budget du Ministère de la santé se répartissent en quatre titres comprenant le personnel, le fonctionnement, les transferts courants et les investissements. Le tableau VII fait ressortir les besoins de financement par niveau et par scénario en respectant les proportions de 40% pour le niveau central, 1% pour le niveau régional, 59% pour le niveau district sanitaire.

**Tableau VII : Gap de financement (en USD) pour la période 2015-2017 pour le scénario moyen (scénario 2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Source du financement** | **Montant par année du PRRSS** | | | | | **%** | |
| **2015** | **2016** | **2017** | **TOTAL** |  | |
| Budget de l'Etat | 1 784 245 033 | 2 183 193 377 | 2 480 346 748 | 6 447 785 158 |  | |
| Proportion du Budget de l'Etat allouée à la santé | 3,76% | 4,92% | 6,08% |  |  | |
| Montant de l'allocation à la santé | 67 087 613 | 107 413 114 | 150 805 082 | 325 305 810 | 16% | |
| Financements disponibles des PTF | 303 673 580 | 390 565 686 | 275 136 939 | 969 376 205 | 48% | |
| Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 433 181 070 | 22% | |
| ONG et Associations | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 43 950 618 | 2% | |
| Autres | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 39 596 172 | 2% | |
| Collectivités | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 1 382 376 | 0% | |
| Total des financements disponibles | 543 464 605 | 670 682 212 | 598 645 433 | 1 812 792 251 | **90%** | |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 2 013 805 390 | 100% | |
| Gap à combler | 77 172 274 | 49 131 343 | 74 709 523 | 201 013 139 | 9,98% | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tableau VIII : Gap de financement (en USD) pour la période 2015-2017 selon le scénario maximum (scénario 3)** | | | | | | |
| **Source du financement** | **Montant par année du PRRSS** | | | | **%** |
| **2015** | **2016** | **2017** | **TOTAL** |  |
| Budget de l'Etat | 1 784 245 033 | 2 183 193 377 | 2 480 346 748 | 6 447 785 158 |  |
| Proportion du Budget de l'Etat allouée à la santé | 3,76% | 15% | 15% | 15% |  |
| Montant de l'allocation à la santé | 67 087 613 | 327 479 007 | 372 052 012 | 766 618 632 | 38% |
| Financements disponibles des PTF | 303 673 580 | 390 565 686 | 275 136 939 | 969 376 205 | 48% |
| Ménages | 144 393 690 | 144 393 690 | 144 393 690 | 433 181 070 | 22% |
| ONG et Associations | 14 650 206 | 14 650 206 | 14 650 206 | 43 950 618 | 2% |
| Autres | 13 198 724 | 13 198 724 | 13 198 724 | 39 596 172 | 2% |
| Collectivités | 460 792 | 460 792 | 460 792 | 1 382 376 | 0% |
| Total des financements déclarés disponibles | 543 464 605 | 890 748 105 | 819 892 363 | 2 254 105 073 | 112% |
| Estimation des besoins du PNDS | 620 636 879 | 719 813 555 | 673 354 956 | 2 013 805 390 | 100% |
| Gap à combler | 77 172 274 | -170 934 550 | -146 537 407 | -240 299 683 | -12% |

**Tableau IX : Coût prévisionnel total du PNDS pour la période 2015-2017 par niveau et par scénario (en milliers de dollars US)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Niveau** | **Scénario minimum** | **Pourcentage** | **Scénario maximum** |
| Central | 811 463 | 40% |  |
| Régions sanitaires | 13 977 | 1%\* |  |
| Districts sanitaires | 1 188 367 | 59% |  |
| **Total** | 2 013 807 | 100% |  |

\*14% de la gouvernance de la région sanitaire sont encore gérés au niveau central et seront progressivement décentralisés à la région.

Le poids des régions est surestimé du fait de la charge salariale du personnel qui inclut celle des districts sanitaires. Le poids du niveau central est également influencé par les dépenses communes qui comprennent les dépenses d’eau, d’électricité et de téléphone.

Afin d’améliorer la redevabilité et la planification future, il est important d’avoir un **bilan financier annuel d’exécution des ressources aussi complet que possible (incluant les financements extérieurs) et de le comparer aux prévisions du CDMT**. A cet effet, le bilan annuel d’exécution financière du PNDS compilé par la DAF explicitera la comparaison entre exécutions et prévisions au Comité national de suivi du PNDS.

**6.2. Un cadre fiduciaire conjoint**

En Guinée, la gestion des finances publiques est régie par la Loi **L/2012/012/CNT du 06/08/2012**, loi organique relative aux lois de finances qui définissent et mettent en évidence les dispositions relatives aux ressources et aux charges, **le Décret D/2013/015/PRG/SGG du 15 janvier 2013** portant règlement général des gestions budgétaires et de Comptabilité Publique. Cette loi précise également les rôles et les responsabilités des ordonnateurs, des comptables et des administrateurs de crédits ainsi que les modalités de contrôle des opérations financières de l’Etat et des autres organismes publics. En ce qui concerne les marchés publics, **la Loi L/2012/020/CNT du 11 octobre 2012**, fixant les règles régissant la Passation, le Contrôle et la Régulation des Marchés Publics et des délégations de services publics ; le Décret **D/2012/128/PRG/SGG** du **03/12/2012,** portant Code des Marchés Publics et Délégation des Services Publics. Comme déjà signalé, le système national de gestion des finances publiques de la Guinée est en pleine réforme en vue de son harmonisation avec les normes communautaires de la CEDEAO.

Le Ministère de la Santé prévoit la création d’un fonds d’achat basé sur la gratuité d’un paquet de soins et services limités actuellement financé par l’Etat et qui attend une mobilisation des ressources de toutes les parties prenantes. Les procédures du PRRSS qui sont alignées sur celles des Finances publiques sous la DAF permettront la mobilisation rapide des financements au niveau district. Initialement, l’option retenue est de créer une unité de gestion d’un véritable fonds commun.

Dans le cadre du Compact, le Gouvernement encourage les intervenants signataires à s’aligner autant que possible sur les dispositions nationales en matière de gestion des finances publiques et s’intégrer dans les systèmes nationaux en vue de leur renforcement. Dès lors, il sera important d’une part, de redonner toute sa place au fonds commun (fonds non ciblés) et de faire en sorte que sa gestion relève de la DAF. D’autre part, il sera important de poursuivre le recentrage de la mission de la DAF en matière de gestion financière et de renforcer les structures techniques du MS pour leur permettre d’assumer pleinement leurs responsabilités, notamment en capitalisant l’expérience de l’unité de gestion fiduciaire qui sera créée.

Pour garantir une gestion efficace, efficiente et équitable du financement de la santé, l’allocation intra sectorielle se fera dès 2015 selon une clé de répartition définie de façon consensuelle.

Enfin, le système de gestion des finances publiques est soumis à une série de contrôles internes (inspection générale des finances, inspection technique des services de santé, etc.) ainsi que de contrôles externes (Cour des comptes, Autorité supérieure de contrôle d’Etat, etc.). Par ailleurs, le système de santé fait depuis peu l’objet d’audits techniques, et les comptes des structures du Ministère de la Santé sont soumis chaque année à des audits financiers globaux et spécifiques. En outre, le Ministère de la Santé s’engage, dans le présent Compact, à renforcer ses capacités en matière de gestion financière et à utiliser régulièrement les instruments suivants, visant à une meilleure efficience de la dépense.

# **6.3 Les Comptes nationaux de la santé (CNS)**

Depuis 2010, le MS élabore chaque année les CNS. Dans le cadre du présent Compact, le Ministère de la santé s’engage, après l’institutionnalisation des CNS, à poursuivre leur élaboration en prévoyant de façon judicieuse les ressources financières pour leur production régulière. A cet effet, l’inscription d’une ligne budgétaire dans la loi de finances est envisagée.

# **6.3.1. La revue des dépenses publiques (RDP) de la santé**

Le Ministère de la Santé, avec l’appui de la Banque mondiale, a élaboré la dernière RDP de la Santé en 2013. Dans le cadre du Compact, le Ministère de la Santé s’engage à prendre les dispositions nécessaires en vue d’élaborer une telle revue..

# **6.3.2. Les enquêtes de traçabilité des dépenses de santé**

A la suite des discussions entre le gouvernement, les acteurs nationaux et la Banque mondiale, il a été mené en 2008, une étude de suivi des dépenses de santé jusqu’à destination. Dans le cadre du présent Compact, le Ministère de la Santé s’engage à prendre les dispositions nécessaires en vue d’élaborer ce type d’étude et de mettre en œuvre les recommandations qui en découleront.

# **6.3.3. Le renforcement du contrôle interne**

Dans le cadre du présent Compact, le Ministère de la Santé s’engage à renforcer le rôle de la DAF dans la centralisation des données sur l’exécution de toutes les dépenses affectées au Département de la Santé, de même que les capacités de contrôle interne de la DAF et de l’IGS.

# **6.3.4. Le rapportage de l’exécution financière des PTF**

Afin de faciliter le rapportage financier par la DAF et d’avoir une vue d’ensemble sur les financements, les PTF s’engagent à partager chaque année, en temps utile, un rapport de leurs dépenses effectuées dans le secteur de la santé, y compris pour celles qui ne passent pas par les canaux gouvernementaux.

# **6.3.5. Un cadre conjoint de suivi et de résultats**

Le plan de suivi et d’évaluation du PNDS 2015-2024 a défini une matrice de **33** indicateurs traceurs. Il s’agit d’indicateurs d’intrants, de processus, de résultats et d’impact correspondant aux huit orientations stratégiques du PNDS. Certains de ces indicateurs sont également utilisés pour le suivi du PNDES et d’autres servent de conditions de décaissement dans le cadre de l’appui budgétaire sectoriel et global. **Dans le cadre du Compact, en vue d’harmoniser le suivi de la performance globale du secteur, une liste d’indicateurs « traceurs » extraite de cette matrice constitue un cadre commun de suivi**. Elle fera l’objet d’un suivi conjoint et rapproché lors des Instances de suivi du PNDS (en particulier au cours de la revue annuelle), en vue de renforcer le dialogue politique autour des résultats de la mise en œuvre du PNDS 2015-2024[[3]](#footnote-3). .

# **6.3.6. Principes généraux et modalités privilégiées de gestion de l’aide au développement**

# **6.3.6.1 Les principes généraux de gestion de l’aide internationale**

Le Compact vise à renforcer la mise en œuvre de l’approche sectorielle dans le secteur de la santé. Les principes généraux qui en découlent sont rappelés dans la section 4 et ont principalement trait à : (i) l’alignement des PTF sur les priorités fixées dans le PNDS, (ii) l’utilisation des procédures nationales de gestion, (iii) l’harmonisation des principes d’intervention dans le système de santé, (iv) la gestion axée sur les résultats, (v) la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi des dépenses et des résultats. En cohérence avec la politique nationale et le PNDES, ces principes sectoriels sont en conformité avec les principes généraux de gestion de l’aide qui sont le respect des principes de la Déclaration de Paris, le recours prioritaire aux procédures nationales et l’amélioration progressive du système national de gestion des finances publiques.

# **6.3.6.2 Les modalités financières offertes aux PTF signataires**

Plusieurs modalités financières sont offertes aux partenaires techniques et financiers. Le gouvernement de la Guinée encourage les signataires du Compact à s’inscrire autant que possible dans les modalités financières qui respectent le plus les principes généraux d’alignement et de redevabilité mutuelle énoncés ci-dessous, à savoir :

* **l’appui budgétaire général** (**ABG)** qui consiste à mettre des ressources non ciblées à la disposition du budget de l’Etat, à travers le compte du Trésor, en appui global au cadre unique fédérateur des initiatives de développement qu’est le PNDES.
* **l’appui budgétaire sectoriel (ABS)** quiconsiste lui aussi à mettre des ressources non ciblées à la disposition du budget de l’Etat, à travers le compte du Trésor, mais qui focalise le dialogue entre les partenaires et le gouvernement, le suivi des résultats et l’appui au renforcement des capacités sur les préoccupations spécifiques au secteur ;
* **le fonds commun (fonds non ciblés)**, qui permet de cofinancer le PNDS de façon harmonisée et non ciblée au niveau des procédures et des conditions de décaissement.
* **L’aide projet qui consiste à apporter l’appui financier à travers des projets et programmes est aussi utilisée.**

Vu la préoccupation d’une part, de garantir la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé (en particulier au niveau district) et d’autre part, de renforcer durablement la gestion et les institutions du MS, les modalités qui semblent selon le Gouvernement les plus adaptées au contexte de la Guinée pour le financement du PNDS sont l’ABS et le fonds commun (fonds non ciblés). Ces deux modalités sont complémentaires. Il va de soi que les accords existants utilisant d’autres procédures sont toujours valables, mais pour les accords à venir, les signataires du Compact sont vivement encouragés à choisir une des deux modalités financières préférées du Gouvernement.

# **6.3.6.3. Les initiatives globales pour la santé et les fonds verticaux**

Le PNDS constitue le cadre fédérateur des interventions de toutes les parties prenantes dans le domaine de la santé en Guinée, y compris les initiatives globales pour la santé. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l’Alliance GAVI, la Banque mondiale qui a lancé l’Initiative santé pour l’Afrique et la Fondation Bill et Melinda Gates sont signataires de l’IHP+. Ils souscriront dans la mesure du possible aux engagements du Compact en Guinée.

Les partenaires signataires ajusteront l’allocation de leurs ressources de manière à assurer que les financements verticaux s’inscrivent en plein accord avec les priorités énoncées dans le PNDS et ses documents opérationnels. Ils s’engagent également à partager chaque année, en temps utile, un rapport de leurs dépenses effectuées dans le secteur de la santé, de manière à faciliter la tâche au gouvernement pour produire le bilan financier annuel du PNDS.

Les autres initiatives et fonds verticaux qui ne sont pas signataires de l’IHP+ sont également invités à s’inscrire dans les orientations et les modalités d’aide définies dans le présent Compact, et à rapporter leurs dépenses exécutées tel que décrit plus haut.

# **6.3.6.4 L’assistance technique**

La coopération technique constitue l’une des formes traditionnelles d’octroi de l’aide par la communauté internationale, en appui aux actions de développement. Elle se compose de deux volets qui sont : la coopération technique autonome et la coopération technique liée aux projets d’investissement. Le Bureau de Stratégie et de Développement (BSD) a le mandat de coordonner la coopération technique dans le secteur de la santé. Toutefois, les formulations d’assistance technique se font encore souvent de manière bilatérale, elles sont parfois orientées par l’offre des PTF et donc pas nécessairement ciblées sur les besoins prioritaires du secteur. Dans le cadre du Compact, l’accent sera mis sur la coopération technique autonome en appui au renforcement du système de santé dans son ensemble, tenant compte du secteur privé et de la société civile. Afin d’augmenter la transparence et la priorisation de l’assistance technique, des termes de référence seront élaborés en fonction des besoins du pays, dans la perspective d’un plan de renforcement global du système de santé. Pour permettre d’améliorer le suivi de l’assistance technique, le BSD sera chargé de centraliser les informations, de valider les demandes d’assistances techniques et de rendre compte au GTS et au CCSS des appuis reçus et des besoins non satisfaits. En outre, la coopération déléguée, qui implique qu’un partenaire délègue des fonds à un autre partenaire conformément à l’agenda sur l’efficacité de l’aide, pourrait contribuer à une meilleure coordination de l’assistance technique.

# **6.3.6.5 Les dispositions vis-à-vis des PTF non signataires**

Un plaidoyer sera engagé par le Ministère de l’Economie et des Finances et celui de la Santé, en concertation avec les PTF signataires du Compact, envers les PTF non signataires, afin de les convaincre d’y adhérer. Dans tous les cas de figure, toute intervention dans le domaine de la santé en Guinée doit s’inscrire dans le PNDS.

# **7. Engagements du gouvernement de la Guinée dans le cadre de la mise en œuvre du Compact**

Reconnaissant que la volonté des partenaires au développement d’apporter un appui de long terme dépend de la prise en compte dans le processus de planification et de budgétisation du gouvernement des principes tels que la transparence, la prévisibilité, l’efficacité, l’efficience, l’équité, les droits humains, la redevabilité, ainsi que dans la compétence des acteurs en charge de la mise en œuvre du PNDS, **le gouvernement de la Guinée, à travers le Ministère de la santé et le Ministère de l’économie et des finances, s’engage à :**

# **7.1. Au niveau de l’appropriation, du leadership et de l’alignement sur les stratégies et priorités nationales :**

* assurer le leadership dans les exercices conjoints de définition des priorités, de planification, de budgétisation, de coordination de l’action sanitaire et des parties prenantes, du suivi et de la revue des plans opérationnels annuels, de l’évaluation des plans triennaux, du PNDS et du budget, ainsi que du rapportage;
* assurer que tous les plans triennaux et annuels, le CDMT, les budgets et les institutions décrits dans le cadre programmatique conjoint du secteur de la santé soient effectifs, de qualité et disponibles en temps réel avec le respect du calendrier de planification et de budgétisation[[4]](#footnote-4);
* renforcer les capacités institutionnelles à tous les niveaux du système de santé dans le cadre de la mise en œuvre de l’approche sectorielle et de l’amélioration de la gestion axée sur les résultats ;
* dissuader l’utilisation d’unités parallèles de mise en œuvre du PNDS, des plans triennaux, des PAO et des projets ;
* élaborer chaque année le plan d’assistance technique comprenant les besoins couverts et non satisfaits.

# **7.2. Au niveau de la concertation et la coordination sectorielle :**

* assurer la tenue régulière des sessions des organes de concertation qui sont décrits dans la section 5.2 en particulier les revues sectorielles annuelles et à mi-parcours, les groupes thématiques santé et le comité de coordination du secteur santé aux niveaux central, régional et du district sanitaire;
* collaborer avec les PTF pour toute révision de plans et stratégies sectoriels à travers les organes conjoints de concertation ;
* informer les PTF signataires, à travers les organes conjoints de concertation et le ST/CCSS, de toute intervention importante qui aurait lieu avec des partenaires extérieurs à ce Compact et qui aurait des effets importants sur la mise en œuvre du PNDS et du PRRSS ;
* rendre disponibles dans les délais les indicateurs de résultats et les rapports de mise en œuvre du cadre conjoint.

# 7.3. Au niveau de l’allocation des ressources, de la gestion financière et de la redevabilité:

* assurer la transparence du processus budgétaire en consultant chaque année les signataires du Compact quant aux allocations budgétaires et en fournissant chaque année un rapport exhaustif d’exécution financière, tant aux PTF qu’aux citoyens ;
* allouer, d’ici 2021, au moins 15% du budget de l’Etat au secteur de la santé et 10% dès 2017 conformément aux engagements de la Déclaration d’Abuja de 2001 et respecter les engagements du gouvernement concernant l’allocation du budget de l’Etat au Ministère de la santé ;
* mettre en œuvre des procédures harmonisées de gestion fiduciaire ;
* mettre en place à court terme « un fonds d’achat» pour la prise en charge du paquet de services ciblés dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins et services, dans les domaines de la santé des mères et des enfants, en vue de contribuer aux progrès en cours vers la couverture sanitaire universelle (CSU). La Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) aura un statut particulier  devant lui permettre de jouer pleinement son rôle ;
* mettre en place à moyen terme un « fonds commun » pour le financement du PNDS dans le cadre de la promotion de la couverture sanitaire universelle et de l’approche sectorielle ;
* améliorer l’équité dans l’allocation des ressources tant financières qu’humaines et matérielles, en particulier en vue de contribuer à réduire les disparités d’accès aux soins de qualité ;
* mettre en œuvre le budget de manière transparente et cohérente avec les allocations convenues dans le CDMT santé et la Loi de Finances reflétant les priorités du PNDS, tout en informant les signataires du Compact sur les changements majeurs intervenant en cours d’année budgétaire (lois rectificatives, …) ;
* poursuivre les réformes visant à améliorer la qualité de la gestion des finances publiques, notamment la réduction des délais de traitement des dossiers de dépenses par la mise en place d’unités de vérification des dépenses  ;
* présenter annuellement un bilan d’exécution financière et un rapport de progrès complet du PNDS au Groupe Thématique Santé (GTS) et au CCSS ;
* partager chaque année un rapport exhaustif des dépenses publiques totales de santé (ressources nationales et extérieures) ;
* impliquer le secteur privé, les associations professionnelles et la société civile dans la mise en œuvre du PNDS ;
* mettre en place une unité nationale de gestion fiduciaire harmonisée au sein de la DAF du ministère de la santé pilotée par le Secrétaire général de la santé, le Chef de la Division des Affaires Financières et le Directeur du Bureau de Stratégie et de Développement (BSD) incluant toutes les unités de gestion des projets du secteur santé.

**De façon spécifique et conformément aux décisions de la première réunion statutaire du Comité de Coordination du Secteur de la Santé de l’année 2015 :**

* Augmenter progressivement le budget de la santé pour atteindre à moyen terme 10% du budget de l’Etat;
* Recruter à la fonction publique les professionnels de santé sous contrat dans le cadre de la lutte contre Ebola et les redéployer dans les districts sanitaires;
* Décentraliser le comité de coordination du secteur santé et le groupe thématique santé aux niveaux régional et district.

# **Engagements des partenaires techniques et financiers signataires du Compact**

Les Partenaires Techniques et Financiers signataires du Compact s’engagent à soutenir les efforts du gouvernement de la Guinée suivant les principes de la Déclaration de Paris. Ils s’engagent en particulier **à** :

# **Au niveau de l’appropriation, du leadership et de l’alignement sur les stratégies et priorités nationales :**

* respecter le leadership du gouvernement Guinéen dans la mise en œuvre du PNDS ;
* aligner leur planification physique et financière sur les priorités du gouvernement (PNDS, plans triennaux et annuels) ;
* limiter l’utilisation d’unités parallèles de mise en œuvre des projets ;
* appuyer les réformes en cours d’approche sectorielle et de gestion axées sur les résultats.

# **Au niveau de la concertation et la coordination sectorielle :**

* participer de façon active et systématique aux organes de concertation qui sont décrits dans la section 5.2, en particulier les revues à mi-parcours sectorielles annuelles, et les commissions thématiques du PNDS ;
* s’aligner sur le processus de planification et de budgétisation du PNDS ;
* s’aligner sur les procédures conjointes de suivi et d’évaluation du PNDS ;
* promouvoir les études et missions de suivi et d’évaluation conjointes et limiter les études et missions de suivi et d’évaluation individuelles, et limiter au strict nécessaire les demandes d’information non opportunes afin de ne pas surcharger l’administration ;
* travailler dans un esprit de collaboration et assurer une bonne communication avec les autres parties prenantes du secteur pour renforcer le dialogue sectoriel ;
* partager, à travers le Directeur BSD et le chef de file des PTF santé, les termes de référence et les rapports de progrès de leurs assistances techniques avec l’ensemble des PTF.

# **Au niveau de l’allocation des ressources, de la gestion financière et de la redevabilité :**

* annoncer chaque année leurs engagements financiers en appui au PNDS pour les trois années suivantes, selon le cycle de programmation triennal et en cohérence avec le CDMT ;
* notifier leurs engagements financiers à temps pour inscription dans la loi de finances, tenant compte du calendrier budgétaire national, et respecter lesdits engagements ;
* contribuer à la réduction du gap de financement du PNDS 2015-2024 en vue de l’atteinte de tous ses objectifs, ceci autant que leur autorité le leur permette ;
* utiliser autant que possible les modalités financières privilégiées par ce Compact qui sont favorables à une utilisation plus souple et flexible de l’aide par le gouvernement ;
* partager chaque année un rapport de l’exécution de leurs dépenses de santé, y compris celles qui ne passent pas par les canaux gouvernementaux ;
* accorder les financements à la société civile et au secteur privé conformément aux priorités du PNDS et les porter à la connaissance du gouvernement ;
* assumer la responsabilité conjointe pour les résultats du secteur de la santé, avec le gouvernement et les autres PTF, dans une perspective de contribution aux résultats plutôt que d’attribution ;
* faire des plaidoyers auprès des autres PTF non signataires pour leur adhésion au Compact ;
* appuyer le processus en cours de mise en place à court terme du « fonds d’achat » et à moyen terme du « fonds commun » dans le cadre du financement du PNDS et de l’harmonisation des procédures de gestion fiduciaire.

**Selon les décisions de la première réunion statutaire du Comité de Coordination du Secteur de la Santé de l’année 2015 :**

* S’aligner sur les priorités du plan de relance et de résilience du système de santé (Premier Plan Triennal de mise en œuvre du PNDS) ;
* Harmoniser les modes de soutien, les procédures et les outils de gestion ;
* Réorienter les appuis technique et financier dans le cadre des programmes de coopération avec le pays vers la mise en œuvre les priorités du plan de relance et de résilience du système de santé;
* Appuyer la mise en place du comité de suivi et d’évaluation (Groupe Thématique Santé) et des mécanismes de gestion administrative et financière aux niveaux central, régions et districts.

Quant aux partenaires techniques et financiers qui n’ont pas encore signé le Compact, le gouvernement de la Guinée les encourage vivement à s’aligner sur les procédures nationales.

# 

# **9. Modalités de suivi des engagements et de résolution des conflits**

# **9.1. Cadre conjoint de suivi et d’évaluation des engagements mutuels du Compact**

Dans une perspective de responsabilité mutuelle, le suivi et l’évaluation de la mise en œuvre du Compact reposeront entièrement sur les organes conjoints de concertation sectorielle décrits dans la section 5.2, en particulier le comité national de suivi et d’évaluation du PNDS. Plus spécifiquement, comme décrit à la section 5.2.2 :

* le suivi des engagements mutuels des signataires du Compact sera effectué lors de la revue à mi-parcours, pour l’année en cours (dès 2015) ;
* la matrice conjointe de suivi des résultats du Compact fera l’objet d’un suivi lors de la revue annuelle.

# **9.2. Résolution des conflits**

Les signataires du Compact s’engagent à travailler dans un esprit d’ouverture, de transparence et de respect mutuel, afin de garantir la construction d’un capital de confiance entre partenaires. En cas de non-respect des engagements, les parties prenantes concernées recourront avant tout au dialogue pour tenter de trouver une solution. Ce dialogue sera initié dès la survenue de l’incident conflictuel. Si aucune solution n’est trouvée, les parties prenantes demanderont à un médiateur choisi de commun accord de les aider à trouver une solution consensuelle.

# **9.3. Echéance, amendements et inclusion de nouveaux partenaires au Compact**

L’échéance du Compact est celle du PNDS. Tout changement aux termes du présent Compact se fait par un amendement écrit et signé par la totalité des signataires du Compact.

De nouveaux partenaires peuvent adhérer au Compact par l’envoi d’une requête motivant ce souhait au Ministre de la Santé (avec copie au Ministre chargé des Finances et au chef de file des PTF). L’examen de cette requête sera effectué lors du prochain comité national de suivi du PNDS (réunion du Groupe Thématique Santé et/ou du CCSS). Leur inclusion dans les signataires du Compact sera effective suite à l’envoi d’un courrier officiel du Ministre de la santé.

# **Annexe 1 : Cadre conjoint d’indicateurs de suivi et de résultats du Compact**

**INDICATEURS DE SUIVI DES ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES (revus conjointement lors de la revue à mi-parcours)**

|  | **Indicateurs** | **Unité** | **Structure responsable** |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Indicateurs de suivi des engagements du Gouvernement*** | | | |
| G1 | Pourcentage du budget de l’Etat alloué au secteur de la santé | % | DAF |
| G2 | Disponibilité d’un état des lieux des besoins en assistance technique couverts et non satisfaits avant la tenue de la revue à mi-parcours | Oui / non | BSD |
| G3 | Tenue de la revue technique des plans d’action de l’année N+1 | Oui / non | BSD |
| G4 | Nombre de sessions des organes de concertation (2 CNS/PNDS, 2x6 commissions thématiques, 2 rencontres semestrielles Ministre-PTF) tenues conformément au calendrier au cours de l’année écoulée | Nombre | BSD |
| G5 | Inclusion des PTF dans la préparation des revues sectorielles et transmission des documents de référence au moins une semaine avant la tenue des revues | Oui / non | BSD |
| G6 | Pourcentage des 20 indicateurs (SITREP) de suivi des résultats du cadre conjoint (hors indicateurs d’impact) renseignés avant la tenue de la revue annuelle N-1 | % | BSD |
| G7 | Pourcentage des PTF signataires du Compact consultés pour l’élaboration du budget N+1 | % | SG/MS |
| G8a | Présentation d’un rapport d’exécution financière exhaustif (y compris les financements extérieurs) lors de la revue annuelle N-1 | Oui / non | DAF |
| G8b | Sa diffusion sur le site web du MS | Oui / non | BSD/SNIS |
| G9 | Application effective de la clé de répartition par le MS visant à réduire les disparités régionales | Oui / non | DAF |
| G10 | Validation du rapport de performance de la SRFP/POSEF N-1 | Oui / non | CCSS/GTS |
| G11 | Disponibilité du rapport analytique de progrès annuel avant la tenue de la revue annuelle | Oui / non | BSD |
| G12 | Nombre de réunions de concertation et de coordination tenues avec le secteur privé et la société civile au cours de l’année écoulée | Nombre | BSD |
| ***Indicateurs de suivi des engagements des PTF*** | | | |
| P1 | Nombre de PTF ayant signé le Compact | Nombre | SG |
| P2 | Nombre de nouveaux PTF signataires depuis l’année précédente | Nombre | SG |
| P3a | Pourcentage des PTF signataires ayant participé à la revue annuelle N-1 | % | SG |
| P3b | Pourcentage des PTF signataires participant à la revue mi-parcours en cours | % | SG |
| P4a | Pourcentage des PTF signataires qui ont participé aux sessions de financement des plans d’action de l’année N+1 | % | SG/DAF |
| P4b | Pourcentage de l’aide des PTF signataires qui ont participé aux sessions de financement des plans d’action de l’année N+1 dans le total de l’aide des PTF signataires | % | DAF |
| P5a | Pourcentage des PTF signataires qui utilise l’ABS et/ou le fonds commun (fonds non ciblés) | % | DAF |
| P5b | Pourcentage de l’ABS et du fonds commun (fonds non ciblés) dans l’aide totale des PTF signataires | % | DAF |
| P6 | Pourcentage des PTF signataires qui font leurs annonces de financement 3 / 5 ans à l’avance | % / % | DAF |
| P7 | Pourcentage des besoins de la tranche annuelle du PNDS effectivement financés (comparaison plans annuels/tranche annuelle du scénario du CDMT basé sur les besoins pour atteindre les objectifs du PNDS) | % | DAF/BSD |
| P8 | Taux d’exécution des ressources extérieures issues des PTF signataires pour l’année N-1 (comparaison prévisions / exécution des plans annuels) | % | DAF |
| P9 | Pourcentage des PTF signataires qui ont partagé, à travers le BSD et le chef de file des PTF santé, les termes de référence et les rapports de progrès de leurs assistances techniques | % | DAF |
| P10a | Nombre d’unités parallèles de mise en œuvre de projets utilisées par les PTF signataires | Nombre | BSD |
| P10b | Nombre d’études individuelles réalisées par les PTF au cours de l’année écoulée | Nombre | BSD |
| P11 | Nombre d’évaluations de programmes individuelles réalisées par les PTF au cours de l’année écoulée | Nombre | BSD |
| 12 | Pourcentage des PTF signataires qui ont soumis à la DAF un rapport de l’exécution de leurs dépenses de santé sur l’année N-1 (y compris celles qui ne passent pas par les canaux gouvernementaux), au début de l’année N | % | DAF |

|  | **INDICATEURS DE SUIVI DES RESULTATS (revus conjointement lors de la revue annuelle)** |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Indicateurs** | **Sources de vérification** | **Niveau de référence (2014)** | **Cible 2015** | **Cible 2016** | **Cible 2017** |  |
| ***Indicateurs de moyens et d’activités*** | | | | | | | | |
| R1 | Pourcentage du budget de l’Etat alloué au MS\*\* | Loi de finances, | 3,5 | ND | ND | 15 |  |
| R2 | Taux d’exécution du budget de l’Etat alloué au MS |  | 26 | ND | ND | 45 |  |
| R3 | Taux d’absorption des ressources financières allouées | Bilan des plans d’action | 8 | ND | ND | 15 |  |
| R4 | Pourcentage de formations sanitaires (CS/PS) remplissant les normes minimales en personnel | Annuaire statistique MS | ND | ND | ND | ND |  |
| R5 | Pourcentage de Dépôts régionaux PCG n’ayant pas connu de rupture des 20 médicaments traceurs | Annuaire statistique MS | ND | ND | ND | ND |  |
| ***Indicateurs d’effet*** | | | | | | | | |
| R6 | Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans | Annuaire statistique MS | 0.2 | ND | ND | 0.3 |  |
| R7 | Taux d’occupation des lits dans les hôpitaux publics (CHU/HR, , HP, CMC) | Annuaire statistique MS | ND | ND | ND | ND |  |
| R8 | Nombre de structures contrôlées par an | Rapport ITSS | ND | ND | ND | ND |  |
| R9 | Taux de césarienne (CMC + hôpitaux) parmi les naissances attendues\*\* | Annuaire statistique MS | 2 | ND | ND | 3 |  |
| R10 | Taux de couverture en CPN4 | Annuaire statistique MS | 47 | 50 | 55 | 60 |  |
| R11 | Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI2 | Annuaire statistique MS | 47 | 50 | 55 | 60 |  |
| R12 | Pourcentage de femmes enceintes détectées infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet PTME\*\*\* | Annuaire statistique MS | ND | 40 | ND | 90 |  |
| R13 | Taux d’accouchements assistés par du personnel qualifié\* \*\* | Annuaire statistique MS | 47 | 50 | 55 | 60 |  |
| R14 | Proportion couples années de protection\* \*\* | Annuaire statistique MS | ND | ND | ND | ND |  |
| R15 | Taux de couverture au VAR | Annuaire statistique MS | 37 | 62 | ND | 80 |  |
| R16 | Taux de détection de la tuberculose[[5]](#footnote-5) | PNLT | 50% | 60 | ND | 69 |  |
| R17 | Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans au niveau district\*\* | Annuaire statistique MS | 1,5% | ND | ND | 1% |  |
| R18 | Prévalence de l’insuffisance pondérale (poids/âge) chez les enfants de moins de cinq ans\* | Enquête nutritionnelle nationale DNSFN/MS | 22,2% | ND | ND | 21,4% |  |
| R19 | Prévalence de la malnutrition aigüe sévère | Enquête nutritionnelle nationale DNSFN/MS | 8,7% | ND | ND | 8,1% |  |
| R20 | Proportion des personnes séropositives justifiables du traitement ARV et qui sont sous ARV\* | Rapport annuel SE/CNLS, PNPCSP | 87% | ND | ND | 90% |  |
| ***Indicateurs d’impact*** | | | | | | | | |
| R21 | Ratio de mortalité maternelle | EDS | 176,70 pour 100 000 NV | ND | ND | 176,70 / 100 000 NV |  |
| R22 | Taux de mortalité néonatale | EDS | 14,0‰ | ND | ND | 14,0‰ |  |
| R23 | Taux de mortalité infantile | EDS | 34,43% | ND | ND | 34,43% |  |
| R24 | Taux de mortalité infanto juvénile | EDS | 64,5‰ | ND | ND | 64,5‰ |  |
| R25 | Taux de prévalence contraceptive | EDS | 19% | ND | 25 | 18% |  |

**Annexe 2: SIGNATAIRES DU COMPACT NATIONAL**

Honorable Kory Kondiano

Président Assemblée Nationale

**GOUVERNEMENT**

|  |
| --- |
| Monsieur Mamady Youla  Premier Ministre, Chef du Gouvernement |

|  |  |
| --- | --- |
| Madame Malado Kaba  Ministre de l’Economie et des Finances | Docteur Abdourahmane Diallo  Ministre de la Santé |
| Madame Sanaba Kaba  Ministre de l’Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l’Enfance | Madame Kanny Diallo  Ministre du Plan et de la Coopération Internationale |
| Monsieur Mohamed Tall  Ministre de l’Elevage et des Productions Animales | Monsieur Sékou Kourouma  Ministre de la Fonction Publique, de la Réforme de l’Etat et de la Modernisation de l’Administration |
| Madame Christine Sagno  Ministre de l’Environnement, des Eaux et Forêts | Monsieur Abdoulaye Yéro Baldé  Ministre de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique |
| Monsieur André Loua  Ministre des Pêches, de l’Aquaculture et de l’Economie Maritime | Monsieur Cheick Taliby Sylla  Ministre de l’Energie et de l’Hydraulique |

**SYSTEME DES NATIONS UNIES**

|  |  |
| --- | --- |
| Docteur Abou Beckr Gaye  Représentant OMS ai  Organisation mondiale de la Santé | Madame Séraphine Wakana  Coordinatrice Système des Nations Unies |
| Docteur Félicité Nsabimana Ndimira  Coordonnateur Pays ONUSIDA  Programme Commun des Nations Unies  pour Ie VIH/Sida, | Monsieur Marc Rubin  Représentant UNICEF  Fonds des Nations Unies pour l’Enfance |
| Monsieur Cheikh Fall  Représentant UNFPA  Fonds des Nations Unies pour la  Population | Mr Eloi Kouadio  Directeur Pays PNUD  Programme des Nations Unies pour le  Développement |

**COOPERATION BILATERALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Ambassadeur de Russie | Ambassadeur des USA |
| Ambassadeur de France | Chef de Délégation Union Européenne |
| Ambassadeur du Japon | Ambassadeur d’Allemagne |
| Ambassadeur de Chine | Ambassadeur du Maroc |

**COOPERATION MULTILATERALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Monsieur Cheick Fantamady Kanté  Représentant Résident BM  Banque Mondiale | Monsieur Manlan Olivier  Economiste Résident BAD  Banque Africaine de Développement |
| Représentant BID  Banque Islamique de Développement | Directrice Pays de l’USAID |
| Délégué Fonds Mondial | Délégué Alliance GAVI |
| Délégué CICR  Croix-Rouge et Croissant-Rouge International | Délégué OOAS  Organisation Ouest-Africaine pour la Santé |
| Délégué MSF France  Médecins Sans Frontières | Délégué Mano River |
|  | Délégué CDC |

**SOCIETE CIVILE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dr Dansa Kourouma  Président du Conseil National des Organisations de la Société Civile |

**SECTEUR PRIVE**

|  |
| --- |
| Pr Hassane Bah  Président du Conseil de  l’Ordre National des Médecins |

|  |
| --- |
| Président du Conseil de  l’Ordre National des Pharmaciens |

|  |
| --- |
| Président du Conseil de  l’Ordre National des Chirurgiens-dentistes |

**INSTITUTS UNIVERSITAIRES ET DE RECHERCHE**

|  |
| --- |
| Pr Mamadou Bobo Diallo  Doyen de Faculté de Médecine,  Pharmacie et Odontostomatologie, UC |

1. Calendrier PAO MS [↑](#footnote-ref-1)
2. Taux de change : 1 USD = 7 290 GNF. [↑](#footnote-ref-2)
3. Cadre conjoint de suivi et de résultats, page 39. [↑](#footnote-ref-3)
4. Calendrier PAO MS [↑](#footnote-ref-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)