

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

**PLAN DE RELANCE ET DE RESILIENCE
DU SYSTEME DE SANTE
2015 -2017**

Avril 2015

Table des matières

AVANT-PROPOS	5
TABLEAUX	6
FIGURES	6
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	7
RESUME	9
INTRODUCTION	10
I. CONTEXTE GENERAL	12
1.1. Situation géographique	12
1.2. Situation démographique.....	12
1.3. Situation politique et administrative	12
1.4. Situation socioéconomique	12
II. ANALYSE DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, ET DE L'EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	15
2.1. Secteur de la Santé.....	15
2.1.1. Organisation du système de santé.....	15
2.1.2. Etat de santé de la population.....	16
2.1.3. Prestations de services.....	18
2.1.4. Système de santé.....	22
2.1.5. Déterminants de la santé.....	27
2.2. Secteur de la Nutrition	28
2.3. Secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement.....	29
III. FACTEURS AYANT FAVORISE LA SURVENUE ET LA PROPAGATION DE LA MVE	29
3.1. Vétusté des infrastructures et insuffisances des mesures de prévention et de contrôle des infections	30
3.2. Barrières socio culturelles	30
3.3. Sécurité trans frontalière	30
3.4. Insuffisance des mesures en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement en milieu hospitalier.....	30
3.5. Faiblesse de l'engagement communautaire	31
3.6. Insuffisance des ressources humaines qualifiées	31
3.7. Capacités limitées du système de surveillance épidémiologique	31
IV. IMPACT DE L'EPIDEMIE DE LA MVE SUR LE SYSTEME/SECTEUR SANTE, NUTRITION ET EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	31
4.1. Situation de l'épidémie de la MVE	31

4.2.	Impact de l'épidémie de la MVE dans le domaine de la Santé.....	32
4.2.1.	Impact sur les prestations de services, la Sécurité des patients et du personnel et les services essentiels de santé.....	32
4.2.2.	Impact sur les infrastructures et les équipements.....	33
4.2.3.	Impact sur les produits pharmaceutiques, système de gestion des approvisionnements et stocks, assurance qualité.....	33
4.2.4.	Impact sur les ressources humaines pour la santé	34
4.2.5.	Impact sur le financement de la santé et protection financière.....	34
4.2.6.	Impact sur la gouvernance (y compris les fonctions de gestion des risques de catastrophes).....	34
4.2.7.	Impact sur le système d'information sanitaire (SNIS).....	35
4.2.8.	Impact sur la gestion du district de santé, décentralisation, engagement communautaire et redevabilité	35
4.3.	Impact de l'épidémie de la MVE dans le domaine de la Nutrition	35
4.4.	Impact de l'épidémie de la MVE dans le domaine de l'Eau, Hygiène et Assainissement	36
V. DE L'ELIMINATION DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA A LA RELANCE DU SYSTEME DE SANTE : PROBLEMES PRIORITAIRES ET OPPORTUNITES		37
VI. OBJECTIFS DU PLAN DE RELANCE DU SYSTEME DE SANTE.....		38
6.1.	Objectif Général.....	38
6.2.	Objectifs spécifiques.....	38
6.3.	Cibles de couverture d'interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation ...	38
6.4.	Liens avec le PNDS 2015 – 2024.....	39
6.5.	Résultats du Plan de Relance du Système de santé 2015-2017.....	40
VII. STRATEGIES D'INTERVENTION / ACTIONS PRIORITAIRES DU PLAN DE RELANCE 2015 – 2017		43
<i>Prestations</i>		46
VIII. CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI – EVALUATION DU PNDS		54
8.1.	Mise en œuvre	54
8.1.1.	Cadre institutionnel	54
8.1.2.	Organes et instances de coordination par niveau et rôle dans la mise en oeuvre	54
8.1.3.	Roles et responsabilités des parties prenantes	56
8.1.4.	Conditions et procédures de mise en oeuvre	56
8.1.5.	Outils de mise en œuvre du Plan de Relance	58
8.2.	Suivi et Evaluation.....	59
8.2.1.	Monitorage	59
8.2.2.	Revue sectorielle.....	59

8.2.3.	Evaluation	59
8.3.	Cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017	60
IX.	FINANCEMENT DU PLAN DE RELANCE DU SYSTEME DE SANTE 2015 – 2017	63
9.1.	Cadrage financier	63
9.2.	Hypothèses de calcul des coûts	63
9.3.	Résumé du coût du plan de relance 2015 – 2017	63
9.3.1.	Coût prévisionnel total	63
9.3.2.	Coût du Plan de Relance 2015 – 2017 par Orientation stratégique du PNDS	64
8.3.1	Coût par niveau de prestation de service et par pilier du système de sante	65
9.4.	Analyse des gaps de financement du Plan de Relance	66
9.5.	ANALYSE DE L'ESPACE FISCAL	67
9.5.1.	Situation du financement du secteur de la santé	67
9.5.2.	Stratégies de mobilisation des ressources financières en faveur du Plan de relance du système de santé	68
9.5.3.	Ressources de l'Etat et des partenaires au développement	69
9.5.4.	Utilisation efficiente des ressources	71
9.6.	Modalités de gestion des ressources financières mobilisées	72
9.7.	Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières	72
X.	FACTEURS DE SUCCES, RISQUES ET MENACES	72
11.1.	Facteurs favorisants	72
11.2.	Risques	73
11.2.1.	Risques à long terme sur la santé	73
11.2.2.	Risques pour la nutrition	73
11.2.3.	Risques pour l'EHA	73
11.3.	Contraintes possibles	74
	CONCLUSION	75
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	76
	ANNEXES	77
	Annexe 1. Cadre de cohérence entre la riposte Ebola et la relance du système de santé.	77
	Annexe 2 : Schéma de financement du Plan de Relance du système de santé 2015-2017	78
	Annexe 3. Liste des Indicateurs de rapport mensuel du SITREP des prestations de soins, RSS Post-Ebola	79
	Annexe 4 Budget par niveau du système de santé et par priorité du plan de relance	80
	Annexe 5 Répartition du budget par niveaux d'affectation budgétaire en milliers USD	82

AVANT-PROPOS

La République de Guinée, consciente de l'importance de la santé comme facteur et produit du développement, l'a consacrée au rang de priorité fondamentale dans la Constitution en l'érigeant en droit. Faire de la jouissance de ce droit par tous les guinéens une réalité a toujours été une ambition des différents gouvernements qui se sont succédé depuis l'accession de notre pays à la souveraineté nationale.

La recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé actuel a conduit le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, à l'organisation des Etats Généraux de la Santé en mai 2015. Les constats de ce forum populaire sont sans appel : le système de santé est caractérisé par (i) une morbidité et mortalité encore élevée en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant), (ii) une couverture insuffisante en service essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes.

Ces insuffisances observées ont servi de lit à la survenue et facilité la propagation de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) déclarée en mars 2014, avec son important impact socioéconomique et sanitaire. En effet, la fragilité du système nationale de santé a constitué un terrain favorable à la propagation rapide de l'épidémie dans un contexte socio-culturelle et politique qui a favorisé, de son côté, le développement de la réticence de certaines populations à l'organisation de la réponse.

Par ailleurs, la crise entraînée par la maladie a fragilisé d'avantage le système de santé et l'économie nationale favorisant ainsi plus d'exclusions des franges vulnérables de la population vis-à-vis de l'emploi et des services de santé.

Pour briser ce cercle vicieux, il est urgent d'entamer la relance du système de santé en vue de garantir l'accès durable des populations vulnérables aux soins essentiels de santé et contribuer au développement d'un capital humain en bonne santé, économiquement productive. Dans ce cadre, le gouvernement de la république de Guinée, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, a entrepris l'élaboration et la mise en œuvre du présent plan de relance 2015-2017 du système de santé qui constitue le premier plan triennal de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024. Les priorités arrêtées dans le cadre de ce plan ont pour but non seulement d'offrir les services de santé essentiels pour tous les guinéens y compris au niveau communautaire, mais également d'assurer qu'il a les capacités pour la détection et le contrôle rapide et effectif de toute épidémie future.

TABLEAUX

Tableau 1: Données démographiques, socio-sanitaires et économiques.....	17
Tableau 2: Matrice des actions prioritaires du Plan de Relance 2015 - 2017 par axes et par objectifs spécifiques selon les orientations stratégiques de la PNS	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3: Coût estimatif du Plan de Relance du Système de Santé par orientation stratégique de la PNS (en milliers USD).....	65
Tableau 4: Coût estimatif du Plan de Relance du Système de Santé par niveau de prestations de services et de soins et par piliers du système de santé (en milliers USD).....	66
Tableau 5: Besoins de financement, estimation des disponibilités financière et Gap de financement du Plan de Relance 2015 - 2017 (en USD).....	66
Tableau 6: Estimation des Gap de financement et scénarri de financement du Plan de Relance du Système de Santé 2015 - 2017	71

FIGURES

Figure 1: Carte administrative de la Guinée.....	14
Figure 2: Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée	18
Figure 3: Evolution des cas de la Maladie à Virus Ebola en Guinée	32
Figure 4: Répartition des ressources financières du Plan de Relance par orientations stratégiques de la PNS.....	64
Figure 5: Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	67
Figure 6: Evolution du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé de 2006 à 2015	68
Figure 7: Coût du Plan de Relance du Système de Santé versus disponibilités financières.....	69

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACT	Combinaison Thérapeutique à base Artémisinine
ARV	Anti Rétro Viral
ASC	Agent de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CARMMA Afrique	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CCSS	Comité de Coordination du Secteur Santé
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	Centre de Transit
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CHPP	Country Health Policy Portal
CMC	Centre Médico-Communal
COSAH	Comité de Santé, d'Assainissement et d'Hygiène
CPC	Consultation Primaire Curative
CPN	Consultation Périnatale
CSA	Centre de Santé Amélioré
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTCS	Comité Technique Communal de Santé
CTE	Centre de Traitement Ebola
CTPS	Comité Technique Préfectoral de Santé
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
DHIS	District Health Information Software
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires
DOTS	Traitement Directement Observé
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGS	Etats Généraux de la Santé
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
ELEP	Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital Régional
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Durable
JNV	Journée Nationale de Vaccination
LNCQM	Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments
MILDA	Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MS	Ministère de la Santé
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ebola
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCI	Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladie du Nouveau-Né et de l'Enfant
PDS	Plan de Développement Sanitaire de District
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPDS	Plan Préfectoral de Développement Sanitaire
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PRG	Présidence de la République de Guinée
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
RSI	Règlement Sanitaire International
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux Complets
TB	Tuberculose
TB/VIH	Tuberculose/ Virus de l'Immunodéficience Humaine (co-infection)
TIDC	Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	Dollars des Etats Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

RESUME

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

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

Pour éviter à l'avenir une telle crise, il est indispensable de procéder à l'élimination rapide de l'épidémie, à la réhabilitation des personnes affectées par la MVE, de renforcer la promotion, la prévention et la prise en charge des maladies; d'améliorer la santé à toutes les étapes de la vie notamment celle du couple mère-enfant et d'améliorer la gouvernance globale du système.

Le Plan de relance du système de santé est le plan triennal 2015-2017 du PNDS 2015-2024 avec les priorités suivantes : **Elimination d'Ebola et autres maladies** (Prévention et Contrôle des Infections, Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte et Règlement Sanitaire International), **Renforcement du système de santé de District** (Amélioration des prestations des services : PMA, PCA, interventions à haut impact (mère et enfant) et Renforcement du système de gestion) et **Gouvernance** (Soutien à la gestion, Coordination, Redevabilité, Engagement des communautés et Régulation).

Le coût de la mise en œuvre de ce plan de relance du système de santé est estimé à **14 680 641 297 639 GNF soit environ 2 013 805 391 USD**. Sur la base des engagements de l'Etat et des financements attendus des partenaires traditionnels, il se dégage un besoin de financement non encore couvert de **429 691 429 USD**.

INTRODUCTION

La Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basée sur les soins de santé primaires avec comme unités opérationnelles le district sanitaire depuis trente ans. Toutefois, ce système de santé s'est progressivement détérioré depuis une quinzaine d'années sous l'effet de facteurs liés à l'instabilité socio-politique récurrente dans la sous-région (conflits armés dans les pays voisins, afflux de réfugiés, etc.), à la multiplicité et la non convergence des initiatives globales ayant entraîné la fragmentation du système de santé dans un contexte d'affaiblissement de la gouvernance et d'altération du tissu socioéconomique.

Au cours des quinze (15) derniers mois, ce système de santé déjà affaibli a été confronté à une crise sanitaire majeure, à savoir l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) ayant eu comme conséquence une aggravation des difficultés auxquelles il a été jusque-là confronté. En effet, au début de l'année 2014, la Guinée a enregistré la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE), qui a profondément altéré l'état de santé de la population guinéenne tout en exacerbant le ralentissement du développement socioéconomique du pays.

Afin d'assurer l'efficacité de la riposte nationale à cette épidémie, le pays a mis en place une Cellule de Coordination nationale rattachée à la Présidence de la République. Cette cellule a pour rôle principale de piloter la réponse nationale tout en assurant la coordination de l'ensemble des contributions y compris celle des donateurs, et des partenaires latéraux et bilatéraux. Depuis lors d'énormes progrès ont été accomplis avec une diminution notable du nombre de cas incidents ainsi que la réduction du nombre de préfectures et sous-préfectures touchées par l'épidémie. Toutefois, les constats faits sur le terrain ont nécessité un ajustement et un renforcement de la réponse afin d'aboutir à l'élimination effective de l'épidémie dans le plus bref des délais.

Vu l'impact socio-économique et sanitaire de l'épidémie de MVE, le Ministère de la Santé (MS), avec l'appui de l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) s'est engagé dans un processus de relance du système de santé. Ce processus comprend l'accélération de la révision de la Politique Nationale de Santé (PNS), le développement d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) et d'un plan de relance du système de santé. Il a été convenu avec l'ensemble des partenaires que le plan triennal du PNDS constitue le plan de relance du système de santé pour la période 2015-2017.

Ce nouveau PNDS est bâti autour de trois orientations stratégiques à savoir : (i) Le renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence ; (ii) La promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées et (iii) Le renforcement du système national de santé.

Le processus en cours a été conduit sur 3 principales étapes :

- La première étape a été la mise en place du cadre institutionnel par la création d'un Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS), de son Secrétariat Technique et de groupes thématiques.

-
- La deuxième a essentiellement consisté en l'analyse de la situation, notamment l'analyse de situation des ressources humaines, l'évaluation de la fonctionnalité des programmes de santé, l'élaboration des comptes nationaux de la santé pour l'exercice 2010, l'Etat des lieux du Financement de la Santé, l'élaboration du document de stratégie de financement de la santé pour aller à la couverture sanitaire universelle, l'évaluation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2012, l'évaluation des besoins de la planification familiale, etc...Au cours de cette étape, des Etats Généraux de la Santé (EGS) tenus en juin 2014 en exécution des directives du Chef de l'Etat, ont permis à l'ensemble des parties prenantes de mener des réflexions approfondies sur les problèmes majeurs de santé et du système de santé en vue de dégager de manière consensuelle une vision, des orientations stratégiques et des priorités d'action. Le processus a débuté par l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012.
 - La troisième étape a porté sur la participation du pays aux rencontres de haut niveau sur le système de santé à savoir : la réunion de Genève sur la résilience du système de santé des trois pays affectée par Ebola (Guinée, Liberia et Sierra Leone) en décembre 2014 ; la réunion de Bruxelles du 3 mars 2015 pour la présentation du plan de relance du système de santé des trois pays.

Le présent document est élaboré pour définir et rationaliser les besoins identifiés, les priorités, les stratégies et actions, et les ressources nécessaires pour une relance accélérée du système de santé de la Guinée les trois premières années (2015-2017) dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024.

Va

I. CONTEXTE GENERAL

1.1. Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

1.2. Situation démographique

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 a déterminé la population guinéenne à 10.628.972 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (51,62%). En 2012, le taux brut de mortalité est de 10,19‰ et le taux brut de natalité de 34‰, soit un taux d'accroissement naturel de 2,38% avec un indice synthétique de fécondité de 5,1¹. L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans².

1.3. Situation politique et administrative

Au plan politique, la Guinée s'est engagé dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé. La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1 615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.

1.4. Situation socioéconomique

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays³ à l'indice de développement humain durable (IDH).

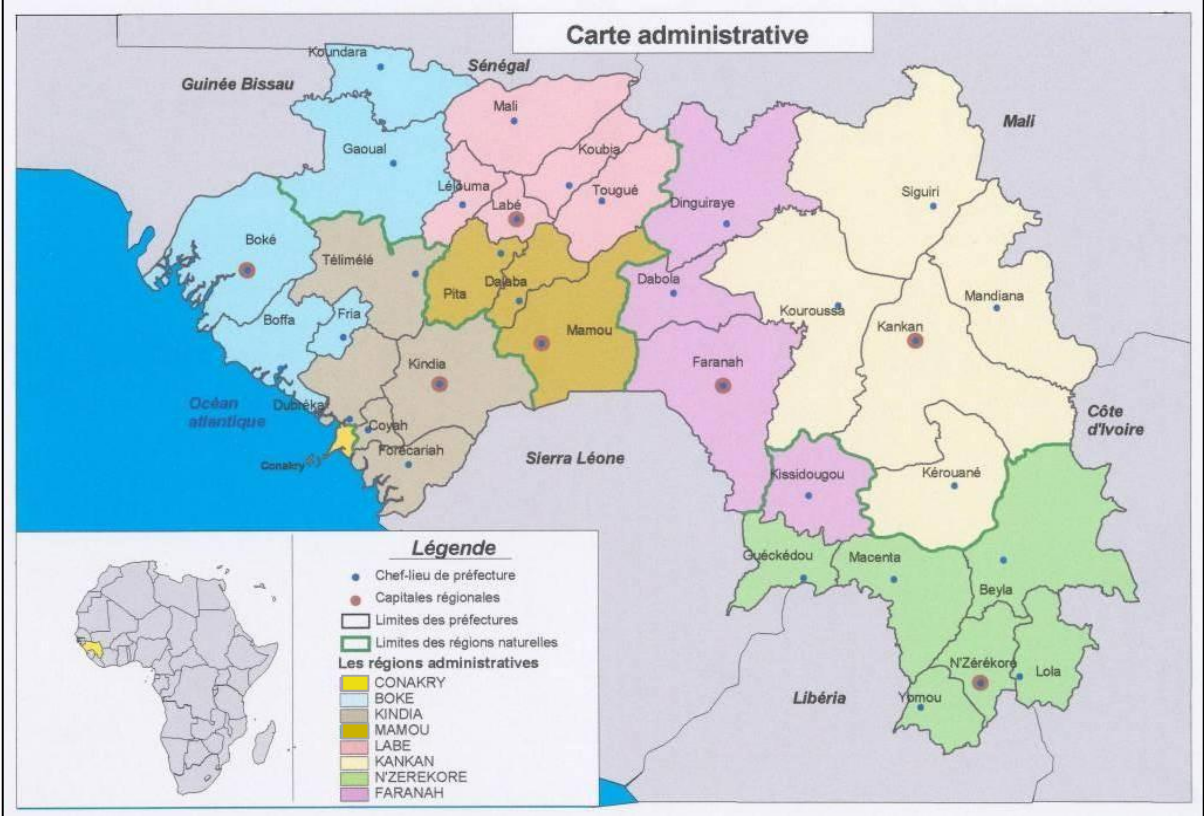
La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

La croissance économique, estimée à 3,9% en 2011, impulsée principalement par l'augmentation de la production agricole et de la bonne tenue du secteur secondaire a perdu 2 points en 2015, suite à la survenue de la MVE. Les recettes fiscales exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 16,8% à 19,8%, grâce à l'accroissement des recettes sur les produits pétroliers et des recettes sur le commerce international.

¹ EDS IV 2012
² PNUD, RMDH 2010.

³ PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012

Figure 1: Carte administrative de la Guinée



II. ANALYSE DES SECTEURS DE LA SANTE, DE LA NUTRITION, ET DE L'EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

2.1. Secteur de la Santé

2.1.1. Organisation du système de santé

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret N° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Le système de soins guinéen est divisé en sous-secteurs public et privé. Le système national de soins est organisé de manière pyramidale et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Au niveau du sous-secteur public, le pays compte au niveau primaire, 410 centres de santé et 925 postes de santé ; au niveau secondaire, 38 hôpitaux (HR, HP, CMC) et tertiaire 3 hôpitaux nationaux. Dans les centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV, à la PCIMNE, à la Nutrition, à la prise en charge du VIH, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroits.

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

Les hôpitaux régionaux offrent pratiquement le même paquet de prestations de soins que les hôpitaux préfectoraux. Les services spécialisés comme la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, la neurologie et l'urologie qui devraient être développés dans ces structures ne sont pas encore fonctionnels dans tous les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux nationaux offrent des prestations tertiaires réparties entre diverses spécialités⁴et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

Le sous-secteur parapublic est composé de trois dispensaires et de quatre hôpitaux d'entreprises minières et agricoles.

Le niveau communautaire est constitué de services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC) et les prestataires de la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur privé est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucrative est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenu pour la plupart, du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets

⁴ Section Équipement de la DNEHS 2011

Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, les tarifs appliqués sont très variables et non contrôlés, et surtout peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services.

2.1.2. Etat de santé de la population

En Guinée, l'espérance de vie à la naissance est de 56 ans avec plus de la moitié de la population (55%) qui vit en dessous du seuil de pauvreté (BM, 2012). Les taux de mortalité restent parmi les plus élevés de la sous-région (ratio de mortalité maternelle 724 pour 100.000 naissances vivantes, taux de mortalité infanto juvénile 123‰, taux de mortalité infantile 67‰⁵). Malgré les diminutions observées, la mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile restent encore très élevées. Entre 2005 et 2012⁶, la mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 163‰ à 123‰ et la mortalité infantile de 91‰ à 67‰.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une parasitémie de 44% chez les enfants⁷. Cette pathologie représente 40,82% des consultations et 45,30% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. Il constitue la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 2012⁸ dans la population générale. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations avec une épidémie de de type « généralisée ». La prévalence chez les femmes enceintes de 2,5%.

La prévalence de la Tuberculose de 178 TPM+ pour 100 000 habitants, reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection TB/VIH. De plus, la méningite, le choléra et la rougeole sévissent de manière endémo-épidémique. Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aiguë et 16% un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge⁹. Selon l'EDS de 2012, 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, dont près de la moitié sous une forme sévère.

Il est à noter que les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. Elles sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les

⁵ EDS 2012 Ministère du Plan, Guinée

⁶ EDS III 2005 & EDS IV 2012

⁷ EDS 2012

⁸ EDS 2012

⁹ EDS 2012

sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine¹⁰.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs sociodémographiques et économiques du pays.

Tableau 1: Données démographiques, socio-sanitaires et économiques

Superficie	245.857km
Population Totale en 2014 (RGPH, 2012)	10.628.972 habitants
Population Urbaine	28% (estimation 2008) **
Population de moins de 15 ans	43,23% (estimation de 2012) **
Densité	41,42hab/km ²
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	2,38 %**
Espérance de vie à la naissance (EDS IV, 2012)	58,9 ans
Taux d'alphabétisme global des adultes (ELEP, 2008)	34,5%
PIB par habitant	Inferieur a 556\$*[1]
Indicateur de développement Humain (IDH)	0,456*
Classement sur la base de l'IDH (2012)	178 ^{ème} /186 pays*
Taux de mortalité des enfants < 1 ans (EDSG IV2012)	67‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSG IV2012)	123‰
Taux de mortalité maternelle (EDSG IV2012)	724/100.000 NVs
Prévalence de la Tuberculose (2005)	178 TPM+ pour 100.000 habitants
Proportion d'accouchements assistés (EDS IV, 2012)	45% en 2012
Taux de césarienne (Annuaire 2008 de gestion des Hôpitaux)	1,54% ^[2]
Nombre de contacts/habitant/an (Annuaire 2008 stat sanitaires - MS-HP)	0.3
Enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	37%
Couverture CPN 1 (EDS IV, 2012)	85%
Couverture en CPN 4 (EDS IV, 2012)	57%
ISF (EDS IV, 2012)	5.1
Dépenses sanitaires (% PIB), 2006 (DSRP 2007)	0,40%
% de Ménages vivants au-dessous du seuil de Pauvreté	49,2% (DRSP1-2002) ; 53,4% (EICB 2006) ; 58% (DSRP3 -2010) ****

Sources : * PNUD Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009, ** Ministère du Plan et de la Coopération-Guinée : INS, Septembre 2009, 2012 (www.statguinee.org/index.htm), *** Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

¹⁰ Enquête STEPS 2010

[1] En 2009, la croissance économique a été négative se situant à -0,3%, alors qu'elle était de 1,9% alors que l'accroissement de la population est de 3,1% par an. En 2010, le déficit du budget de l'Etat s'est situé à -14,4% du PIB et a été essentiellement financé par la planche à billets, entraînant une inflation monétaire qui est passée de 7,9% en Décembre 2009 à 20,9% en Décembre 2010, avec des réserves de change inférieur à 2 mois d'importations.

[2]Selon l'EDS3, la moyenne nationale était de 1,7 (2% à Conakry et dans certains centres urbains mais a peine 1% dans certains Préfectures).

2.1.3. Prestations de services

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

Pour analyser la continuité des couvertures en interventions essentielles en Guinée, six étapes cruciales de la vie ont été distinguées, dont trois concernent la santé maternelle et néonatale, et trois la santé infanto-juvénile et des adolescents. Au premier constat, on note des Occasions Manquées par rapport à la continuité des soins comme l'illustre la figure 2 ci-dessous.

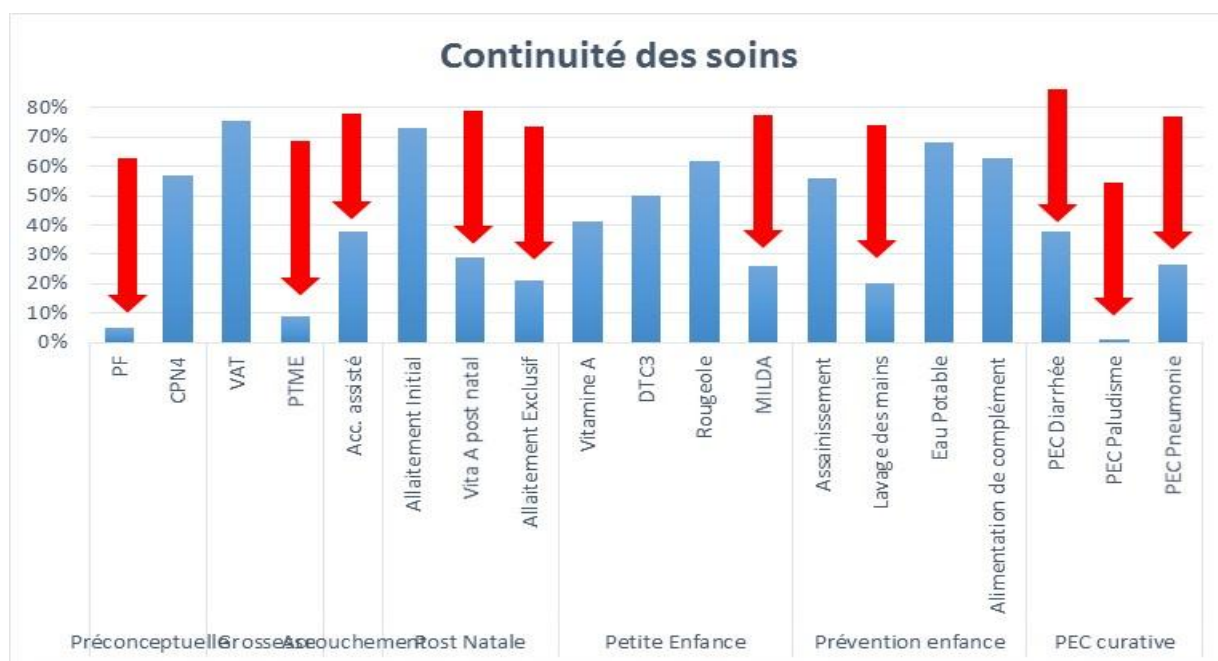


Figure 2: Continuité des soins au cours du cycle de vie en Guinée

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

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

-
- dans le cadre d'une PCIME appliquée tant au niveau communautaire (avec CCC) qu'au niveau clinique, les prises en charge des trois principales causes directes de mortalité infanto-juvénile auraient dû être assez proches.

2.1.3.2. Couverture des interventions au niveau communautaire

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

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

- **Au niveau de la disponibilité des intrants:** la faible disponibilité des intrants au niveau des SBC est due à une insuffisance de dotation de kits de communication et de sensibilisation aux ASC, la faible dotation des ASC en kits de prise en charge des maladies comme le paludisme simple, les IRA, la diarrhée et la malnutrition modérée et en contraceptifs pour la distribution à base communautaire. En outre, avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola, les ASC doivent disposer de kits d'hygiène et d'assainissement pour développer des actions de prévention. Pour quelques ASC qui possèdent actuellement ces intrants se font dans le cadre de certains partenaires qui suivent leur propre agenda. Il s'agit souvent d'un ou plusieurs programmes qui développent leurs activités au niveau communautaire sans une vision d'intégration de tout le paquet communautaire.
- **Au niveau de la disponibilité en ressources humaines :** Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé) est insuffisant au regard du paquet d'activité actuellement développé dans la communauté. En Guinée, les ASC ne sont pas présents dans tous les villages, et là où ils existent, leur nombre est limité pour faire la couverture adéquate des villages. Le document national de politique de santé communautaire ne définit pas une norme pour assurer un nombre minimum des ASC par village, mais une moyenne de 5 agents communautaires autour d'un centre de santé. En outre le bénévolat ne permet pas une fidélisation de ce type de ressources humaines en santé. en effet, l'insuffisance ou absence de motivation pour les ASC, est un facteur qui limite la qualité de leurs prestations. La motivation pour les ASC n'est pas définie d'une manière systématique par le MS ou les communautés. Les ASC doivent procurer leurs propres moyens de transport et dépenser leurs propres ressources suite à l'insuffisance d'appui institutionnel et communautaire.
- **Au niveau de l'accessibilité aux services à base communautaire:** Le nombre actuel d'ASC (5 autour d'un centre de santé), l'insuffisance de moyen logistique pour les ASC et l'utilisation insuffisante des canaux de communication ne permettent pas à l'ensemble de la population d'accéder aux messages véhiculés par les ASC mais également à la prise en charge des maladies pour les villages enclavés (soit situés au-delà de l'aire géographique de la formation sanitaire, soit lié à des obstacles naturels).
- **Au niveau de l'utilisation :** Le faible niveau d'utilisation des services au niveau communautaire est lié à la mise en œuvre insuffisante de la PCIME communautaire, aux

pesanteurs socioculturelles et religieuses, à l'insuffisance des messages pour le changement des comportements, à l'insuffisance de ressources financière pour la mise en œuvre d'activités d'IEC et à la faible implication des leaders d'opinions dans la mise en œuvre des activités de promotion. Le goulot d'étranglement se situe au niveau d'une faible adoption des comportements adéquats en santé et nutrition au niveau des ménages. Cette situation peut être due à plusieurs facteurs. D'une part les croyances culturelles, comme par exemple l'interdiction de la consommation des œufs par les femmes enceintes, et d'autre part les normes sociales, comme par exemple la femme qui ne peut pas accéder aux services de planification familiale sans la permission du mari, empêchent que les comportements promotionnés de santé et nutrition, soient correctement adoptés au niveau des ménages.

- **Au niveau de la qualité** : la faible couverture effective des interventions à haut impact au niveau des groupes cibles s'explique essentiellement par l'insuffisance de formation des ASC sur la promotion de la santé mais également sur la PCIME communautaire. Les ASC qui sont déjà en place, n'ont pas nécessairement reçu une formation suffisante pour pouvoir mettre en œuvre l'ensemble du paquet communautaire intégré. La fonction d'ASC est maintenant inadaptée par rapport au paquet minimum d'activités à développer au niveau de la communauté. Il n'existe pas un plan national de formation des ASC. Pour la plupart des ASC, les formations reçues se produisent sous le patronage d'un partenaire qui suit son propre agenda. Souvent, les ASC sont dédiées à un seul programme ou sont reliés à une activité spécifique appuyée par un partenaire.

2.1.3.3. Couverture des interventions programmables ou orientées vers les populations

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

Ce groupe représente l'ensemble du paquet des interventions préventives, programmables, développées dans les services périphériques de santé (PS et CS) et bénéficiant de l'appui des Programmes spécifiques verticaux à coûts de financements non négligeables.

Les principales entraves à ce niveau sont :

- **Au niveau de la disponibilité des intrants**: une insuffisance de la disponibilité des intrants par rapport aux populations cibles. Cet état de fait ne devrait pas constituer le goulot d'étranglement prioritaire tant que l'on ne dispose pas des garanties d'utilisation effective de ce qui est déjà disponible. Cependant, bien que la disponibilité soit à 78%, il faut signaler les ruptures fréquentes en intrants dus à la mauvaise estimation des besoins en fonction de la population cible (Insuffisance dans la maîtrise des commandes), à l'approvisionnement irrégulier des services (Vétusté de la logistique roulante de la PCG et de la coordination du PEV), à la mauvaise gestion des intrants et à l'insuffisance de la décentralisation de la distribution. Ces causes sont liées à l'insuffisance des capacités du personnel en matière de gestion des stocks, au mauvais fonctionnement de la chaîne de froid aux niveaux régional et district et la non fonctionnalité d'un système d'information logistique dans la plupart des districts.
- **Au niveau de la disponibilité des RHS** : une insuffisance en ressources humaines, même si ce problème n'est pas aussi prioritaire que celui de la faible disponibilité des intrants,

ceci démontre que la Guinée fait partie des pays touchés par la crise mondiale en ressources humaines de la santé. En effet, l'analyse de la situation a ressorti une disponibilité de 52%. Cette insuffisance en ressources humaines est occasionnée par la mauvaise répartition du personnel, la faible motivation du personnel (administrative et financière) qui ne les incitent pas à rester dans les zones défavorisées.

- **Au niveau de l'accessibilité aux services orientés vers la population** : une insuffisance d'accès géographique aux stratégies fixes et avancées de prestations des services et soins de santé malgré une légère amélioration de la disponibilité en ressources humaines ; l'utilisation initiale plus importante exprimerait un effort additionnel des populations venant d'au-delà du cercle d'accès. Cette situation est due à une mauvaise répartition des formations sanitaires, à la faible intégration des structures privées dans ces types d'activités mais surtout l'insuffisance de mise en œuvre de la stratégie avancée par manque de moyens logistiques ou de carburant.
- **Au niveau de l'utilisation continue** : un goulot d'étranglement au niveau de l'utilisation continue par rapport à l'utilisation initiale mettant en exergue les questions d'organisation des services, d'accueil des femmes ainsi que des coûts de transport et d'opportunité.
- **Au niveau de la qualité des prestations** : un autre goulot d'étranglement au niveau de la couverture effective par rapport à l'utilisation continue ; la faiblesse de l'assurance qualité des produits utilisés et l'insuffisance de la formation continue ainsi que de la supervision formative en seraient les principales causes.

2.1.3.4. Couverture des interventions au niveau clinique

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

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

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

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

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

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

Au niveau clinique de référence, l'analyse de la couverture des populations montre la faiblesse globale de tout le système de référence, et dénote un système qui n'est pas capable actuellement de participer efficacement à l'amélioration de la santé des populations. En effet, avec une disponibilité en ressources humaines et matérielles

essentielles (en particulier le petit équipement et les médicaments) à 20% des besoins et une accessibilité inférieure à 10%, il n'est pas possible de s'attendre à un passage à échelle de ces interventions dans le court ou le moyen terme en l'absence de mesures et réformes efficaces.

2.1.4. Système de santé

2.1.4.1. *Gouvernance et leadership*

En matière de gouvernance, un certain nombre d'atouts sont relevés. Il s'agit entre autres de l'existence d'un cadre juridique, institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé avec un manuel de procédures, des organes et mécanismes de redevabilité du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS). Au-delà de ces éléments, le processus de décentralisation et de déconcentration en cours offre des opportunités pour l'amélioration de la redevabilité et un renforcement effectif de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle.

Les principales insuffisances

De manière générale, bien que reconnue comme secteur prioritaire dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté, la santé ne bénéficie que d'une faible attention, entraînant les conséquences mentionnées plus haut.

- **Gouvernance politique :**
 - Insuffisance du cadre législatif et règlementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité ;
 - Absence d'encadrement du prix des médicaments ;
 - Faible culture de redevabilité et de transparence ;
 - Faible participation/implication effective des communautés à la base ;
 - Manque de régulation et de contrôle des structures de prestations de soins du secteur privé, des institutions de formation et des pharmacies.
- **Gouvernance organisationnelle :**
 - Organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé
 - Capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants ;
 - Absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé;
 - Faibles capacités institutionnelles ;
 - Partenariat public-privé presque inexistant ;
 - Insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation et du contrôle du secteur ;
 - Absence de mécanismes de redevabilité et de mécanismes de motivation
 - Faiblesse de la gestion des crises sanitaires et de l'échange d'information particulièrement en situation de crise.

2.1.4.2. *Ressources humaines*

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011, de 11.529 travailleurs, dont 84% de professionnels et 16% de non-professionnels¹¹. Les infirmiers brevetés représentent 47% du total, les infirmiers diplômés d'Etat 16%, les sages-femmes 6%, les techniciens de laboratoire 2% et les médecins 14%.

La densité des professionnels de santé dont la formation initiale et continue est par ailleurs souvent inadéquate est inférieure à la norme régionale de l'OMS et la répartition de ces ressources est très inégale (17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays). Cette situation a aggravé la méfiance des populations vis-à-vis des services de santé conduisant à une utilisation préférentielle des tradithérapeutes et des cabinets médicaux non intégrés au système.

Les principales insuffisances

- Insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif ;
- Insuffisance qualitative du personnel ;
- Inadéquation entre la formation et les besoins du système de santé ;
- Insuffisance de la régulation des institutions de formation ;
- Mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, Forte inégalité dans la répartition du personnel ;
- Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ;
- Formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins ;
- Absence de démarche qualité ;
- Absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité et de promotion de l'éthique professionnelle.

Le contexte de la MVE a conduit le Ministère de la Santé et ses partenaires financiers a procédé à une analyse prospective visant à combler les déficits des ressources humaines en tenant compte des capacités de financement de l'Etat.

De cette analyse, il apparait que le renforcement des ressources humaines pour la santé nécessite la mise en place d'un système de recrutement et de motivation des personnels de santé au niveau des régions éloignées, la capacitation des institutions de formation des paramédicaux, l'augmentation de 40% chaque année de salaires des agents du Ministère de la Santé en poste et le recrutement de 2000 personnels de santé chaque année. Aussi, la révision du Plan stratégique de Développement des Ressources Humaines, le développement du plan de formation continue et le renforcement du système d'information des ressources humaines en santé représenterait seulement 0,7 % du PIB et 0,6% des dépenses de l'Etat en 2015, 0,9 % et 0,8% en 2016 et 1,3 % et 1,0 % en 2017, soit en moyenne 1,1 % du PIB et 0,9% des recettes totales de l'Etat sur la période 2015-2017 (calcul des auteurs, cf. figure 1).

11 Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

Figure 3 : Evolution du coût du renforcement des ressources humaines en santé, de 2015 à 2017, en % du PIB et en % des dépenses totales de l'Etat

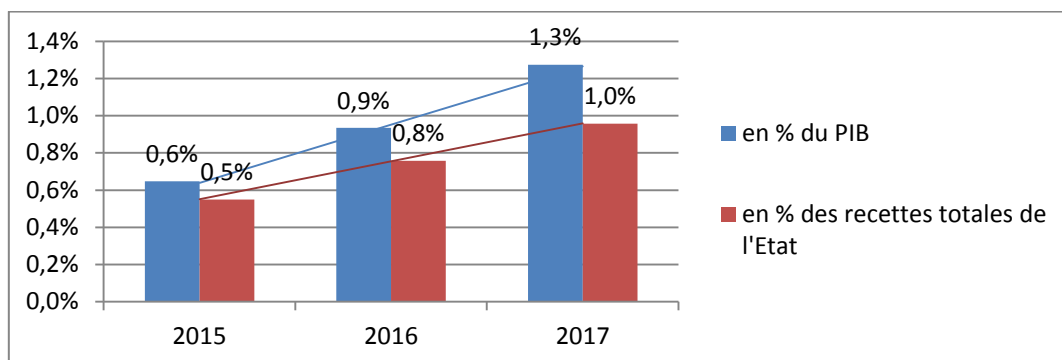
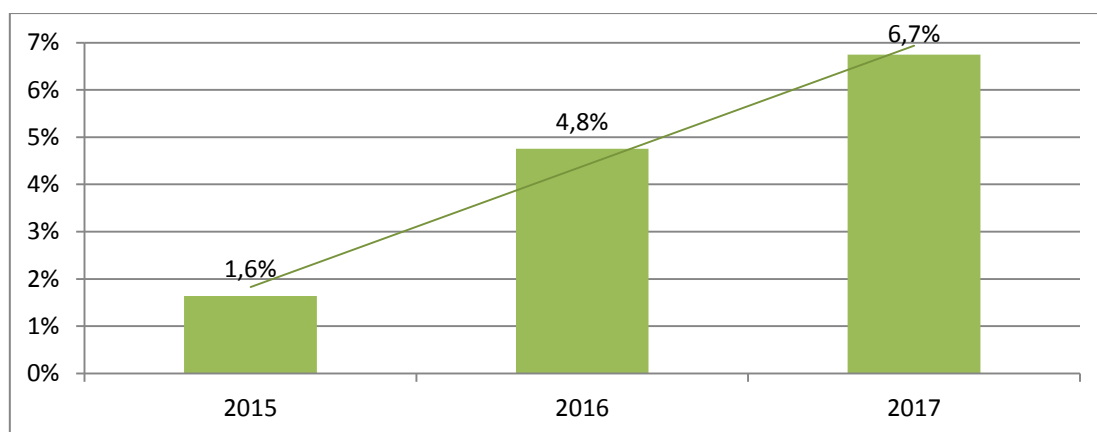


Figure 4 : Evolution du coût du renforcement des ressources humaines en santé, de 2015 à 2017, en % du budget



2.1.4.3. Infrastructures et équipements

Le pays ne compte que 410 centres de santé et 33 hôpitaux de districts. Cette faible densité en infrastructures sanitaires entraîne que 50% de la population doit parcourir plus de 5 km pour atteindre un centre de santé, où très souvent les équipements de base, les médicaments essentiels et les autres produits de santé manquent cruellement. Cette situation contribue à la faible attractivité des services de santé telle qu'observée lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola.

De même, la très faible densité en laboratoires d'analyse biomédicale a joué un rôle dans le retard d'établissement des premiers diagnostics. Cette faiblesse du secteur public n'est compensée ni par un secteur privé performant, ni par des services à base communautaire efficaces.

Les principales insuffisances

- Insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité ;
- Inégale répartition entre zones urbaines et zones rurales ;
- Vétusté des infrastructures et des équipements,
- Faible accessibilité géographique aux soins pour la majorité de la population.

2.1.4.4. *Système national d'information sanitaire et recherche*

La collecte des données de routine est effectuée à travers un système de rapport en cascade : enregistrement quotidien de données, puis synthèse mensuelle pour les centres de santé (CS) et les Hôpitaux Préfectoraux et Régionaux, aboutissant à l'élaboration d'un rapport mensuel pour les DPS ou les DCS et les Directions des hôpitaux selon le cas. Les hôpitaux nationaux transmettent des rapports trimestriels. La participation des structures de santé privées reste encore faible dans le système d'information. Il en est de même des données liées à la médecine traditionnelle, à la médecine du travail, et à la santé mentale et scolaire.

La schématisation du circuit de l'information indique un dispositif très centralisé et unidirectionnel peu compatible avec la notion prônée de transfert des compétences dans le cadre de la décentralisation. En dehors du système de routine, il existe d'autres sources importantes qui permettent au secteur de la santé de disposer de l'information. Il s'agit des EDS, des enquêtes MICS, du recensement général de la population, et des enquêtes de suivi de la mise en œuvre des interventions.

Le niveau opérationnel collecte et renseigne les activités liées essentiellement à la mise en œuvre du PMA et du PCA. La complétude est généralement bonne. La promptitude reste faible en raison des difficultés dans la communication entre les structures périphériques et les structures centrales. Au niveau central, la production des annuaires statistiques reste faible (le dernier annuaire date de 2007).

Les principales insuffisances

- Faible promptitude dans la transmission des données ;
- Faible production des synthèses à tous les niveaux en dehors de la direction des établissements de soins pour les données hospitalières;
- Insuffisance de rétro information ;
- Informatisation insuffisante, peu d'utilisation des NTIC, insuffisance de contrôle de qualité des données ;
- Insuffisance et inadéquation des outils de suivi et évaluation
- Faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision;
- Développement de sous-systèmes d'information y compris la surveillance épidémiologique et d'alerte précoce.

2.1.4.5. Financement de la santé

En Guinée les dépenses de santé par habitant et par an sont de 26 USD. Le financement du secteur de la santé par le budget national de développement est très faible et a diminué ces dernières années pour atteindre 1,75% en 2013 et est largement en dessous de l'objectif d'Abuja de 15%. Le financement des secteurs sociaux prioritaires par le budget national, a continué de baisser depuis plusieurs années. Les dépenses exécutées en faveur des secteurs de la santé et de l'éducation sont passées de 18,9% du budget total en 2010 à 13,5% en 2011 et 10,2% en 2012. La part de la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012 ce qui a fortement affecté la qualité et l'offre de soins de santé.

Cette situation entraîne un sous-financement généralisé des structures de santé du secteur public, en particulier au niveau des districts sanitaires qui ne reçoivent pas régulièrement de budget de fonctionnement et dépendent donc essentiellement des mécanismes de recouvrement de coûts.

En conséquence, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 63% des dépenses de santé. Les partenaires techniques et financiers contribuent à hauteur de 28% des dépenses de santé et l'Etat couvre les 9% restant. Cette structure de financement de la santé met l'accent sur le fait qu'en cas de crise, la population ne dispose plus de ressources financières pour couvrir les nouveaux besoins apparus suite à cette crise.

2.1.4.6. Produits et technologies de santé

Les produits médicaux sont gérés dans un cadre de référence dénommé Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) révisée en 2007. Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires qui joue le rôle d'autorité de régulation, avec pour organes et institutions d'appui le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments, l'Ordre National des Pharmaciens et la Commission Nationale du Médicament.

Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. Le sous-secteur privé pharmaceutique est constitué par une unité de production de ME génériques, deux unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante sociétés grossistes répartiteurs (toutes basées à Conakry), 408 officines agréées (dont 348 dans la capitale), 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

Les principales insuffisances

- Mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l'intérieur du pays) ;
- Faible capacité de la PCG y compris ses dépôts sur le plan technique, logistique, et financier ;
- Prolifération de la vente illicite de produits pharmaceutiques ;
- Absence de transparence dans la passation des marchés,
- Absence de pharmacovigilance et d'hémovigilance, système de logistique intégrée déficient.

2.1.5. Déterminants de la santé

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

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

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

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

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

d'alphabétisation faible et une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.) ; vi) le Partenariat Public/Privé presque inexistant ;vii) l'accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population; viii) le déséquilibre dans la répartition des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ; ix) la mauvaise gestion de l'environnement et de la biodiversité ; x) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; xi) les faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements, etc.) des structures de régulation, de conception et d'appui technique ; xii) la faible application des textes juridiques et réglementaires.¹³

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire. Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à: l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.

2.2. Secteur de la Nutrition

En Guinée, la malnutrition constitue encore un problème de santé publique et un facteur de fragilité des enfants et d'exposition aux maladies et à la mortalité. Même si la malnutrition n'a pas été directement à la base de l'épidémie, et s'il n'est pas démontré actuellement que le statut nutritionnel avant la maladie influence l'issue de celle-ci, il est reconnu par les acteurs de terrain que l'état nutritionnel joue un rôle important sur les chances de survie et les capacités de guérison.

L'enquête démographique de 2012, combinée avec l'enquête à indicateurs multiples Santé, a révélé qu'en Guinée, 31% des enfants guinéens âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (modérée et sévère) : 18% sous sa forme modérée et 14% sous sa forme sévère. Ces proportions sont beaucoup plus élevées que celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3% pour la malnutrition chronique (modérée ou sévère) et 0,1% pour sa forme sévère. On remarque que la situation nutritionnelle des enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage est préoccupante puisqu'un tiers de ces enfants accusent un retard de croissance (33%). La grosseur de l'enfant à la naissance influence également le niveau de la prévalence de la malnutrition chronique, 40% des enfants petits à la naissance accusant un retard de croissance contre 30% de ceux qui étaient moyens ou gros.

Selon la même enquête, 10% des enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë: 4% le sont sous la forme sévère et 6% sous la forme modérée. La prévalence de la malnutrition aiguë est quatre fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une

¹³ (Analyse de situation du secteur de la santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée suivant lettre de marché 2011/261099. RAPPORT FINAL, Rédigé par: Abel BICABA, Amadou KOITA, Matamba Mujika MUABA, Abdoulaye FOFANA, Michel BLANCHOT. Novembre 2011, page 12).

population en bonne santé et bien nourrie et trente-six fois plus élevée pour la forme sévère (0,1%). Les enfants qui souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS) sont 5 à 20 fois plus à risque de décès que les enfants bien nourris, la malnutrition aiguë sévère est une cause directe de mortalité infantile et augmente la morbidité chez les enfants souffrant de maladies courantes telles que la diarrhée et la pneumonie, et même ceux qui ont contracté des maladies infectieuses telles que le virus Ebola.

Selon les données de 2012, plus de sept enfants sur dix (77%) sont atteints d'anémie ; et dans l'ensemble du pays, seulement 41% des enfants de moins de cinq ans ont reçu des suppléments de vitamine A. Les carences en micronutriments et vitamine A, même modérées, altèrent le système immunitaire et réduit la résistance aux infections.

Avant l'épidémie, des facteurs aggravant le risque de malnutrition étaient déjà très présents. Le taux de l'insécurité alimentaire était déjà élevé dans le pays, et particulièrement en milieu rural. De même, la situation sociale était déjà préoccupante avant l'apparition de l'épidémie. Plus d'un guinéen sur deux (55,2%) vivait en dessous du seuil de pauvreté, et seulement 66,5% de la population active exerçait en 2012 une activité économique, contre 74,3% en 2007.

2.3. Secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement

75% de la population guinéenne ont accès à une eau de boisson de source améliorée (92% en milieu urbain et 65% en milieu rural). 21% de la population totale (35% en milieu urbain et 11% en milieu rural) utilisent des latrines améliorées non partagées. 25% de la population nationale utilisent la nature pour la défécation¹⁴.

Les écoles et les formations sanitaires sont dans une situation précaire en termes d'accès aux sources d'eau potable, dispositifs de lavage de mains et aux toilettes améliorées.

III. FACTEURS AYANT FAVORISE LA SURVENUE ET LA PROPAGATION DE LA MVE

Il est établi que la propagation rapide de la maladie à virus Ebola est à rechercher dans la faiblesse du système de santé guinéen qui n'était pas préparé à faire face au défi de l'épidémie. En effet, de l'ensemble des insuffisances observées au niveau du système de santé, six facteurs ont contribues de manière significative à la survenue et à la propagation de la MVE. Il s'agit notamment de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, de la vétusté des infrastructures sanitaires, des barrières socio culturelles a l'utilisation des services, de la sécurité transfrontalière, des capacités limitées en matière de prévention et contrôle des infections et de surveillance épidémiologique, et de la faiblesse de l'engagement communautaire.

Tous ces facteurs sont influencés à des degrés par l'instabilité politique et les troubles sociaux que le pays a enregistrés ces dernières années.

¹⁴ JMP 2014

3.1. Vétusté des infrastructures et insuffisances des mesures de prévention et de contrôle des infections

Au moment de la déclaration officielle de l'épidémie à virus Ebola, la grande majorité des infrastructures sanitaires ne disposaient pas d'eau, d'électricité ou de latrines, rendant impossible une prévention efficace de la transmission. Par ailleurs, la plupart des structures sanitaires, et ce à tous les niveaux, n'avaient pas la capacité, en termes de compétences, d'équipements et de mesures pour l'application effective des mesures de précautions universelles en général, et de prévention et de contrôle des infections en particuliers.

Cette carence explique en partie le tribut très lourd payé par le personnel de santé. Les installations des ministères en charge de l'Education étaient en général dans un état peu reluisant. La plupart des établissements ne disposaient pas d'infirmeries, de clôture, de points d'eau et de latrines fonctionnelles. Tous ces facteurs ne favorisent pas le maintien d'une hygiène rigoureuse pour prévenir une quelconque crise sanitaire. Par ailleurs, il y avait également une insuffisance de dispositif de communication. Si dans les centres urbains et les sous-préfectures, il existait un réseau téléphonique opérationnel, cela n'était pas évident pour les localités situées à de grandes distances des chefs-lieux de sous-préfectures, où la couverture par les réseaux téléphoniques est déficiente. Or, la communication facile et rapide est essentielle dans la gestion des questions d'urgence telle que la lutte contre la maladie à virus Ebola.

3.2. Barrières socio culturelles

Il faut également signaler que la plus grande couche de la population est analphabète. Les programmes scolaires et les programmes d'éducation des formations politiques ne s'appesantissent pas, dans leurs pratiques quotidiennes, sur les questions d'éducation à la citoyenneté. Cette situation a eu comme corollaire l'obstination de la population dans la pratique des rites, coutumes et mœurs ayant favorisé, non seulement la violence à l'égard des services de santé et des prestataires de santé (humanitaires, centres de traitement Ebola, logistique, etc.), mais aussi la propagation de la maladie.

3.3. Sécurité trans frontalière

Un autre aspect non moins négligeable est la porosité des frontières, avec un flux de voyageurs non contrôlé pour la plupart. Ce qui est à la base de la multiplication des contacts et des difficultés dans leur identification, suite à des cas suspects ou avérés d'Ebola.

3.4. Insuffisance des mesures en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement en milieu hospitalier

Le faible accès des populations à une eau salubre et les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement ont favorisé la propagation de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE). Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les installations de santé recevant les patients suspects ou infectés par la MVE.

En effet, les besoins en eau, hygiène et assainissement (EHA) dans les structures de santé sont énormes. Celles-ci sont fréquemment mal équipées en service de base EHA, ceci concerne notamment les zones de triage et des salles d'isolement qui requièrent leurs propres infrastructures EHA. Une conséquence fatale de l'insuffisance, voire de l'absence des infrastructures EHA de base a été l'incapacité d'assurer des conditions d'hygiène de base pour le personnel médical et le faible niveau de formation en hygiène médicale ce qui a contribué au nombre d'infectés.

3.5. Faiblesse de l'engagement communautaire

D'autres facteurs ayant favorisé la propagation de l'épidémie Ebola restent le retard de l'implication des services EHA dans la lutte contre Ebola, l'insuffisance du savon pour le lavage des mains, une communication inadaptée et la réticence des populations à adopter les mesures d'hygiène conseillées, l'absence de préparation du secteur EHA à la riposte, et au mode opératoire des acteurs ayant intégré trop tardivement les schémas de représentation des communautés.

3.6. Insuffisance des ressources humaines qualifiées

L'insuffisance des ressources humaines qualifiées particulièrement en milieu rural a contribué de manière significative aux difficultés rencontrées dans l'identification des cas et le suivi des contacts. Il va sans dire que cette situation est en grande partie le fait de la mauvaise répartition du personnel de santé essentiellement concerné dans la capitale.

3.7. Capacités limitées du système de surveillance épidémiologique

L'épidémie de la maladie à virus Ebola a été le révélateur de l'incapacité du système de surveillance épidémiologique en place à détecter les cas d'épidémie et à y répondre avec promptitude. Cette situation a, par ailleurs, révélé les difficultés à assurer un suivi effectif des sujets contacts.

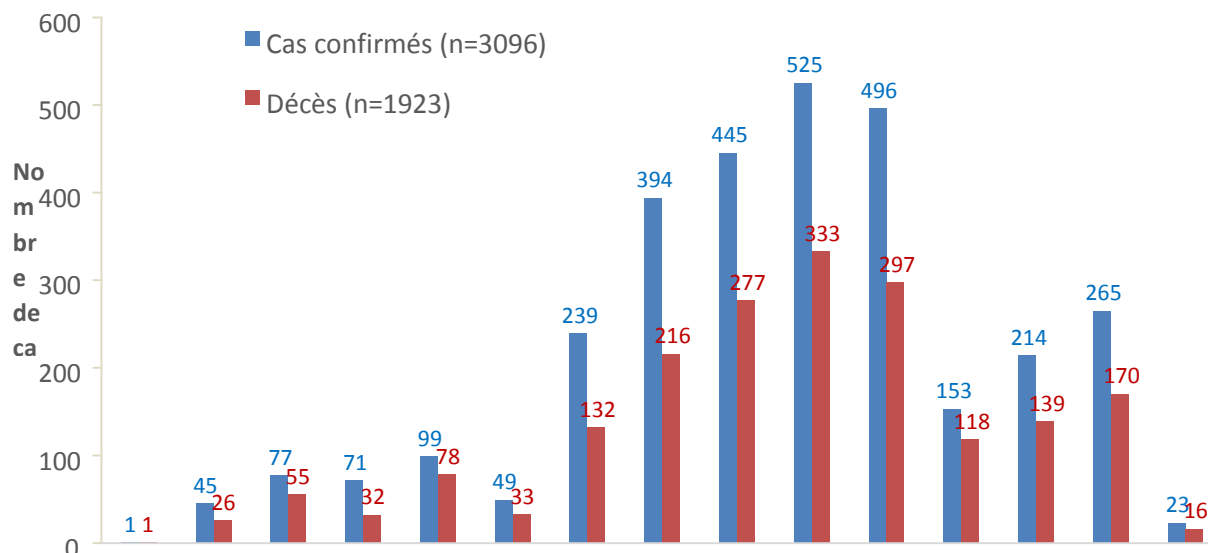
IV. IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE LA MVE SUR LE SYSTÈME/SECTEUR SANTÉ, NUTRITION ET EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT

4.1. Situation de l'épidémie de la MVE

Au 8 avril 2015, 3524 cas de la maladie à virus Ebola (MVE) ont été notifiés avec 2337 décès soit 66,3%. Le pic de l'épidémie a été observé au mois de novembre 2014 avec 525 cas et 333 décès soit une létalité de 63,4%. Le personnel de santé, avec un effectif de 9 674 depuis 2012, a subi de lourdes pertes en vies humaines avec 202 cas et 109 décès (53,96%) au 8 avril 2015. Le personnel de santé a subi de lourdes pertes en vies humaines avec 182 cas MVE et 103 décès soit 56,6%. Parmi les 202 cas de personnels de santé, on dénombre 15 cas probables et 187 cas confirmés dont 57 médecins, 46 infirmiers, 37 Agents techniques de

santé (ATS), 1 à brancardiers, 8 laborantins, 8 hygiénistes, 5 sages-femmes, 2 pharmaciens, 1 technicien de laboratoire, 1 agent de la Croix-Rouge et 12 autres non spécifiés¹⁵.

Figure 5: Evolution des cas de la Maladie à Virus Ebola en Guinée



4.2. Impact de l'épidémie de la MVE dans le domaine de la Santé

La maladie à virus Ebola a touché 31 districts sanitaires sur 38 soit 9 millions d'habitants; elle a affecté toutes les régions du pays. Cette épidémie s'est fait ressentir sur l'ensemble des composantes du système de santé.

4.2.1. Impact sur les prestations de services, la Sécurité des patients et du personnel et les services essentiels de santé

Les services prestés doivent être de qualité, celle-ci comprend entre autres, la sécurité des patients et celle du personnel. De grands progrès ont été réalisés grâce à la mise à disposition de kits d'équipements essentiels de prise en charge et de protection de la MVE dans 60% des établissements de soins ; et à la sensibilisation du personnel pour la prévention et contrôle des maladies infectieuses. C'est un acquis mais des efforts doivent être poursuivis pour couvrir l'ensemble des établissements sanitaires du pays afin de garantir la pérennité des changements de comportement dans ce domaine.

L'épidémie de MVE a permis de comprendre le rôle des communautés et implique donc que ces mesures soient étendues vers les agents de santé communautaire.

Il n'y a pas encore de disponibilité de kits de prise en charge au niveau communautaire. 84,2% des districts sanitaires ont le nombre de consultants par an et par habitant inférieur à 0,30 (Dixinn, Téliélé, Dalaba, Kaloum, Dubréka, Boké, Macenta, Lola, Mamou, Fria, Ratoma, Pita, Matoto, Gaoual, Lélouma, Koundara, Forécariah, Matam, Boffa, Labé, Kindia, Tougué, Dabola, Mali, Yomou, Siguirri, Beyla, Kouroussa, Coyah, Koubia, Kankan, N'Zérékoré).

¹⁵Sitrep 358 du 08 avril 2015 sur l'Epidémie Ebola en Guinée

En outre, on constate une baisse générale des activités dans les formations sanitaires particulièrement les soins curatifs, les consultations prénatales ; les accouchements. La couverture de services à base communautaire a été renforcée dans le cadre de la riposte de la MVE. Toutefois, la focalisation des activités des agents de santé communautaires sur les aspects épidémiologiques les a détournés des autres tâches qui leur sont habituellement attribuées.

4.2.2. Impact sur les infrastructures et les équipements

94 centres de santé (soit 23%) ont été fermés en novembre 2014 à cause de la désertion et/ou décès du personnel de santé. Un hôpital de district a également été fermé en décembre 2014. Ce bilan s'ajoute au pourcentage déjà élevé des infrastructures en mauvais état (57%) et dégrade les conditions d'accessibilité difficile mentionnées ci-dessus.

La couverture en équipements requis, la disponibilité en eau potable et en électricité n'est une réalité que dans moins de 10% des centres de santé.

L'épidémie de MVE a permis de doter temporairement le pays de lots de matériel Logistique et de transport, de 7 laboratoires de virologie avec capacité de PCR et de nombreux équipements pour la surveillance et la prise en charge des malades (11 CTE & CDT, 500 agents de santé formés en surveillance et prise en charge), ainsi que de moyens de transport considérables : 300 véhicules (ambulances et véhicules de supervision) et 650 motos. Ce capital humain et logistique ne sera cependant pleinement utile que s'il est intégré de manière permanente dans le système de santé actuel.

4.2.3. Impact sur les produits pharmaceutiques, système de gestion des approvisionnements et stocks, assurance qualité

L'impact de l'épidémie sur le système pharmaceutique a été double : d'une part une meilleure disponibilité d'un certain nombre de produits apportés dans le cadre de la riposte à Ebola et d'autre part une augmentation de la fragmentation du système d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres produits de santé.

Ces systèmes parallèles d'approvisionnement et de distribution ainsi que la réponse Ebola ont fragilisé la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) (non-respect de la mise en œuvre de la logistique intégrée, baisse du chiffre d'affaire de la PCG entre autre du fait d'une fréquentation plus basse des structures de santé et une baisse du recouvrement des coûts, impact du fonctionnement de l'unité logistique sur les ressources financières de la PCG).

La conséquence est que même si on observe dans les établissements sanitaires une plus grande disponibilité d'un certain nombre de produits liés aux programmes nationaux, d'autres manquent cruellement dans les structures de santé ; la sécurité et la qualité des produits, la gestion rationnelle des médicaments et produits de santé (achats, stockage, distribution) aux niveaux local, régional et national ne sont pas assurées.

Ces éléments alliés à la multiplicité des grossistes dans le secteur privé rendent la réglementation du secteur pharmaceutique par le ministère de la santé (DNPL) extrêmement difficile et fragilise encore plus la Pharmacie Centrale de Guinée.

La crise liée à la MVE a permis de mettre en évidence la faiblesse des capacités de production et de conservation des produits sanguins et dérivés ainsi que de la sécurité transfusionnelle.

Les essais thérapeutiques sur les nouveaux produits, dérivés sanguins et vaccins sont en cours dans un contexte de faiblesse de réglementation des essais cliniques et du système de pharmacovigilance.

4.2.4. Impact sur les ressources humaines pour la santé

L'impact de la crise de la MVE est une augmentation globale de la densité en personnel de santé principalement dans les districts affectés par l'épidémie (1,3 à 2,6 professionnels pour 10000 habitants). Cette augmentation est due au recrutement de personnels temporaires payés par l'aide extérieure mobilisée dans le cadre de la riposte. Cette amélioration transitoire de l'effectif du personnel cache la focalisation des personnels temporaires sur des activités de riposte non intégrées au système de santé de district.

La crise a permis de mettre en évidence la capacité de formation et de mobilisation de professionnels de santé nationaux. Il importe donc d'assurer que cette capacité soit maintenue y compris dans les zones rurales tant du point de vue quantitatif que qualitatif à travers l'allocation de ressources nécessaires et la garantie d'une formation prenant en compte les aspects de surveillance épidémiologique et de prévention et contrôle de l'infection.

4.2.5. Impact sur le financement de la santé et protection financière

Les dépenses découlant du plan de riposte de la MVE avaient été estimées en 2014 à 134 millions d'USD et ont été réévaluées pour 2015 à 295,7 millions d'USD. La grosse majorité de cette masse financière est destinée aux activités de lutte contre la MVE. On a observé en 2014, une réduction des flux financiers publics vers les districts sanitaires, situation aggravée par la réorientation de fonds de l'aide internationale sur la lutte contre la MVE. Il en a résulté une aggravation du financement des institutions de prestations de soins. Le recouvrement des coûts est donc, plus que jamais la principale source de financement des districts sanitaires induisant une iniquité dans l'accès aux soins contraire aux principes de la déclaration de Ouagadougou sur la revitalisation des soins de santé primaires et de la Couverture Sanitaire Universelle. En outre, la crise MVE a eu un impact significatif sur les taux d'utilisation et donc sur le montant du recouvrement des coûts. En effet, un système de santé résilient ne peut pas être dépendant du recouvrement de coûts pour sa viabilité financière.

4.2.6. Impact sur la gouvernance (y compris les fonctions de gestion des risques de catastrophes).

L'ampleur de la crise de la MVE a imposé la mise en place d'une structure assurant la coordination de la gestion de l'épidémie. L'impact a été positif quant à la riposte engagée.

Cependant, la question de l'intégration de cette structure dans l'organigramme du Ministère de la Santé doit être envisagée dans le cadre de la résilience du système de santé¹⁶.

La crise a permis de mettre en évidence la faiblesse du mécanisme de coordination au niveau national ainsi que la pertinence du dialogue politique en santé pour un meilleur alignement au processus de planification nationale y compris aux niveaux régional et district.

4.2.7. Impact sur le système d'information sanitaire (SNIS)

Dans le contexte difficile de l'information sanitaire en Guinée, la crise de MVE a entraîné une aggravation des retards dans la transmission et la complétude des rapports de statistiques sanitaires en 2014.

Le sous-système de surveillance épidémiologique et d'alerte précoce a montré des défaillances en début d'épidémie. Il a été renforcé dans sa capacité à gérer l'évolution de la crise. Des moyens importants (financiers et expertise internationale) ont été mobilisés à cette fin à tous les niveaux du système de santé. Il importera de veiller à ce que ces ressources additionnelles puissent bénéficier à l'intégration d'autres maladies à potentiel épidémique et à l'ensemble du SNIS.

La gestion de l'épidémie de MVE a permis la mise en œuvre des activités de Règlement Sanitaire International (RSI 2005) à travers les réunions transfrontalières et les échanges de bulletins épidémiologiques. La pérennisation de ces activités imposera de les intégrer dans les activités de relance du système de santé.

4.2.8. Impact sur la gestion du district de santé, décentralisation, engagement communautaire et redevabilité

L'impact de la gestion de l'épidémie de MVE se traduit par le renforcement de la capacité des districts à assumer leurs responsabilités dans le domaine de la lutte contre la maladie y compris l'engagement communautaire. C'est un acquis important qu'il appartiendra au Ministère de la Santé de capitaliser. Néanmoins, il sera également nécessaire d'assurer l'intégration de ces activités dans l'ensemble de celles menées par les districts.

4.3. Impact de l'épidémie de la MVE dans le domaine de la Nutrition

La Guinée a commandité une étude sur l'impact du Virus Ebola sur le système de santé en général incluant les services et les interventions de lutte contre la malnutrition dont les résultats seront disponibles en février 2015. Cependant, les missions de terrain et supervisions montrent un impact important de l'épidémie sur l'offre des services et la situation nutritionnelle déjà très fragile avant la crise. Notamment :

- Outre le personnel de santé qui, au pic de l'épidémie et dans les communautés les plus affectées, déserte les centres de santé, les ressources humaines sont de plus en plus dédiées à la réponse à l'urgence. Ceci a des répercussions sur l'offre des services d'identification, de prévention et de prise en charge de la malnutrition parmi les autres maladies de l'enfant.

¹⁶ On entend par résilience dans le cadre de ce document, la capacité du secteur santé de détecter de manière précoce et de répondre rapidement et efficacement à des nouvelles crises sanitaires dues à Ebola ou d'autres germes pathogènes

-
- Les campagnes biennuelles de supplémentation en Vitamine A et déparasitage ont été suspendues. L'intensification de la vaccination et de la supplémentation en Vitamine A de routine n'a touché que 19 districts sanitaires et à peine 25% des enfants de moins de 5 ans. Avec une conséquence importante non seulement sur le statut nutritionnel des enfants mais aussi leur résistance aux infections.
 - Les activités de promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant au niveau des centres de santé et au niveau communautaire sont également au ralenti dans la plupart des régions. L'impact de l'épidémie sur les pratiques mère-enfant, et notamment l'allaitement maternel ne sont pas exactement évalués mais les impacts semblent importants compte tenu du stress des mamans vis-à-vis de l'allaitement et du risque de contagion.
 - L'impact de l'épidémie sur la situation socio-économique et l'insécurité alimentaire. Le PAM estime qu'entre 890.000 et 950.000 personnes seront affectées par l'insécurité alimentaire en Guinée en 2015 et de ce nombre, 150.000 à 210.000 le seront à cause de l'épidémie Ebola. L'insécurité alimentaire est une cause majeure de malnutrition dans le contexte guinéen ; il faut donc s'attendre à une augmentation de la prévalence et de l'incidence de la malnutrition aigüe et chronique.

4.4. Impact de l'épidémie de la MVE dans le domaine de l'Eau, Hygiène et Assainissement

La réponse à l'épidémie a aggravé la pression sur un secteur EHA déjà faible, en réorientant les équipements et matériels comme le chlore vers la réponse à Ebola plutôt que vers des services généraux aux populations, et notamment pour la maintenance des points d'eau. Les restrictions de voyage et la fermeture des frontières ont affecté le mouvement de l'expertise et l'approvisionnement en produits importés comme les produits chimiques pour le traitement de l'eau. Par ailleurs, la réponse à Ebola a détourné l'essentiel des ressources techniques et financières qui étaient destinées à l'eau, hygiène et assainissement, pour les réorienter vers la réponse à l'épidémie. De plus, dans certaines localités, les partenaires de terrain ont rencontré des difficultés dans la réalisation des activités EHA dû aux fortes réticences liées aux interventions sur les points d'eau qui sont considérées comme des actions de propagation de la MVE, engendrant parfois des agressions physiques, des destructions de matériels, etc. Enfin, l'intervention des forces de l'ordre n'a pas toujours eu un effet positif sur l'acceptation et l'application de ces mesures EHA par la population.

La baisse significative de fréquentation des structures de santé par crainte de la MEV a entraîné une diminution des recettes financières de ces structures avec comme conséquences des difficultés pour celles-ci de subvenir à leurs coûts d'opération et de maintenance EHA (produits de nettoyage, chlore, etc.). Par contre, certaines actions de riposte contre Ebola ont contribué à renforcer la promotion de quelques bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement, notamment, le lavage des mains au savon, le traitement de l'eau à domicile et l'utilisation hygiénique des latrines. Effectivement, avant l'apparition de l'épidémie, il n'existait que des mesures très limitées de lavage des mains et 85% des ménages enquêtés (UNICEF, septembre 2014) reconnaissent qu'il n'y avait pas de mesures d'hygiène appropriées. Mais les conditions d'hygiène se sont relativement améliorées avec les mesures de prévention de l'épidémie bien qu'il y ait encore des villages qui manifestent de la résistance vis-à-vis de ces mesures d'hygiène.

V. DE L'ELIMINATION DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA A LA RELANCE DU SYSTEME DE SANTE : PROBLEMES PRIORITAIRES ET OPPORTUNITES

L'analyse de la situation a permis de mettre en exergue aussi bien les insuffisances du système de santé y compris le niveau communautaire, que les opportunités pour la relance de celui-ci. En effet, l'épidémie de la maladie à Virus Ebola a été révélateur des faiblesses du système de santé notamment en ce qui concerne : i) le sous-financement du secteur santé ; ii) la mauvaise gouvernance à tous les niveaux avec l'inexistence de structures et mécanismes fiables de redevabilité; ii) la faible capacité des districts sanitaires à assurer leurs fonctions essentielles ; iii) la faible densité des ressources humaines de qualité particulièrement au niveau décentralisée, iv) une faible implication des communautés, par ailleurs inadéquate v) la faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle, vi) la faible disponibilité de médicaments, vaccins, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité ; vii) la mauvaise gestion de l'information sanitaire pour les prises de décisions et la gestion des services particulièrement au niveau décentralisé. Toutefois, la riposte nationale contre l'épidémie offre de nombreux acquis qui représentent des opportunités pour la relance du système de santé. Il s'agit entre autres :

- des ressources humaines engagées à tous les niveaux dans la gestion, la surveillance et la prise en charge ;
- de la capacitation des districts sanitaires à travers les coordinations préfectorales ;
- des acquis relatifs à la prévention et au contrôle des infections ;
- des structures d'isolement et de prise en charge qui peuvent être reconverties pour les soins de santé primaire ;
- du renforcement de la surveillance épidémiologique au niveau décentralisé ;
- des interventions et mécanismes de renforcement de la sécurité sanitaire transfrontalière ;
- des efforts et acquis notables dans le domaine de la nutrition et de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement ;
- de l'engagement des communautés à travers les comités de veille villageois.

Aussi, dans le cadre de la relance du système de santé, les efforts devraient s'articuler autour de trois domaines prioritaires prenant en compte :

- Des actions renforcées pour l'élimination de la Maladie à Virus Ebola ;
- Le renforcement de la fonctionnalité des districts sanitaires dans le cadre des efforts en cours pour une décentralisation et déconcentration effective. Il va sans dire que cela prend en compte: i) l'augmentation de la couverture des interventions à haut impact ; ii) le renforcement des capacités pour la gestion de l'information sanitaire ; iv) la surveillance épidémiologique et la prévention et le contrôle des infections ; v) le renforcement des activités au niveau des ménages et des communautés par le biais des plateformes communautaires existantes.
- L'amélioration de la gouvernance à tous les niveaux impliquant toutes les parties prenantes dont les communautés elles-mêmes comme acteurs centraux

VI. OBJECTIFS DU PLAN DE RELANCE DU SYSTEME DE SANTE

6.1. Objectif Général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne.

6.2. Objectifs spécifiques

- Eliminer la maladie à virus Ebola ;
- Améliorer la performance du système de santé de district ;
- Améliorer la gouvernance globale du secteur de la santé.

6.3. Cibles de couverture d'interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation

Niveaux et Principales Interventions à haut impact	Couverture de base de qualité 2015	2017
Services à base communautaire et familiale		
Utilisation des MILDA pour enfants de moins de 5 ans	26	38
Utilisation des MILDA pour les femmes enceintes	28	80
Utilisation d'une eau de qualité	74	75
Accès aux structures d'hygiène et assainissement de base	18	40
Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers	-	40
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	21	23
Prise en charge thérapeutique de la malnutrition (< de 5 ans)	60	90
Prise en charge communautaire de la diarrhée (< de 5 ans)	34	46
Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme	28	42
Prise en charge à domicile des cas de maladies respiratoires chez les enfants de moins de 5 ans	28	42
Pratique du lavage des mains par les ménages	17	40
Utilisation d'une latrine pour l'évacuation des excréta	18	40
Service orientés vers les populations		
Planification familiale	19	25
Consultation prénatale	57	85
Vaccination contre le tétanos maternel et néonatal	76	85
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	57	85
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant la grossesse	51	60
Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	24	85
PTME (test, conseil, prophylaxie ARV et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	40	90
Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères Séropositives	20	85
Vaccination anti-rougeoleuse	62	69
Vaccination BCG	82	85
Vaccin polio	49	85
Vaccin Pentavalent (DTC+Hb+ Hépatite)	47	58
Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune)	31	85
Vaccin anti pneumococcique	-	85
Vaccin anti rotavirus	-	40
Vaccin contre le VPH	-	85
Supplémentation en Vitamine A	41	85
Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)		
Soins obstétricaux et néonataux		
Accouchement normal assisté par un professionnel	45	53

SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	0,63	18
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	13,4	28
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	30	43
Antibiotiques pour Rupture Prématuroe des Membranes (RPM)	90	91
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	15	40
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau-né	10	40
Soins curatifs pour enfants et adultes		
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	38	50
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	55	63
Traitement de la rougeole par la vitamine A	97	98
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	30	43
Combinaison thérapeutique à base d'artésiminine pédiatrique	28	42
Combinaison thérapeutique à base d'artésiminine pour adulte	28	40
Détection et prise en charge des IST	57	85
Médicaments pour infections opportunistes	50	57
ARV pour enfant atteint du VIH/SIDA	12	90
ARV pour adulte atteint du VIH/SIDA	70	80
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere Intention	5	5
DOTS pour la TB	60	69
Retraitement des patients tuberculeux	50	61
Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes	50	61

6.4. Liens avec le PNDS 2015 – 2024

Le Plan de relance du système de santé est le plan triennal 2015-2017 du PNDS 2015-2024.

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 <ul style="list-style-type: none"> • Prévention et Contrôle des Infections, • Surveillance Intégrée de la Maladie et de la 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> • Soutien à la gestion • Coordination • Redevabilité • Engagement des communautés • Régulation

6.5. Résultats du Plan de Relance du Système de santé 2015-2017

Les résultats de la mise en œuvre du Plan de Relance sont consignés dans le cadre logique

Cadre logique du plan de relance du système de santé 2015-2017

Résumé narratif	Résultats escomptés	Indicateurs de rendement	Hypothèses/ Risques
	IMPACT		
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne	De 2015 à 2017 , la mortalité maternelle est réduite de 724 à 600 p. 100 000 NV, la mortalité infanto-juvénile est réduite de 123 à 100‰.	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV Taux de mortalité infanto-juvénile pour mille	Leadership du Ministère de la Santé Conditions sociopolitiques favorables Croissance économique possible Adhésion des communautés, de la société civile, des parlementaires et des PTF Poids des traditions et cultures
Réduire et maintenir l'incidence et la mortalité de la MVE à 0 cas	De 2015 à 2017 , l'incidence et la mortalité spécifique de la MVE sont réduites et maintenues à 0 cas et à 0 décès	Taux d'incidence d'Ebola (Ebola 0 Cas) Taux de mortalité spécifique d'Ebola (Ebola 0 décès)	Idem
Améliorer la performance du système de santé de district	De 2015 à 2017 , la satisfaction de la population par rapport aux prestations de services de santé passe de 39% à 50%	Taux de satisfaction des usagers (%)	Idem
Améliorer la Gouvernance globale du secteur	De 2015 à 2017 , les Dépenses directes, en % des dépenses totales en santé, passent de 62% à 40%	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	Idem
	EFFETS		
La couverture en paquets essentiels de services passe de 52 à 60%	Au moins 60% de la population ont accès à un paquet minimum de services essentiels de qualité (soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs)	Taux de couverture en PMA (ACT, MII, DOTS, ARV etc.) & en PCA Taux d'accessibilité dans un rayon de 5 km	Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles & du temps Application par les prestataires des mesures de gestion, qualité de soins Personnel motivé Satisfaction des bénéficiaires Engagement des parties prenantes
	Au moins 60% de la population sont protégés des infections nosocomiales et en Prévention des Infections et sécurité des patients autres infections liées aux épidémies et situations d'urgence	Taux de couverture en équipements de protection individuelle (EPI) dans les structures sanitaires non Ebola Taux de couverture en équipements de protection individuelle (EPI) dans les zones de triage des structures sanitaires non Ebola Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les	Idem

Résumé narratif	Résultats escomptés	Indicateurs de rendement	Hypothèses/ Risques
		interventions chirurgicales)	
La couverture en paquets de services de santé maternelle, néonatale et infanto juvénile est améliorée	La couverture en services de santé est passée de : CPN4+ : 47% à 60%, Accouchement assisté : 47% à 55%, PF : 7% à 12% et Césarienne : 2% à 3% SONUB, SONUC, PCIMNE	Taux de couverture en services essentiels de santé du couple mère-enfant (CPN4, PF, Accouchement assisté, Césarienne, SONUB, SONUC, PCIMNE)	Idem
La couverture vaccinale efficace des enfants de 0 à 11 mois est améliorée	La couverture vaccinale efficace est passée de 37% à 60%	Taux de couverture des enfants complètement vaccinés	Idem
La couverture en paquets de services de nutrition est améliorée	La couverture en services essentiels de nutrition est d'au moins 50%	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance Taux d'allaitement maternel exclusif	Idem
	RESULTATS INTERMEDIAIRES		Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles & du temps Application par les prestataires des mesures de gestion, qualité de soins Satisfaction des bénéficiaires Disponibilité de l'expertise nationale et internationale Dispositif de dialogue politique décentralisé fonctionnel Disponibilité d'un accompagnement effectif des niveaux décentralisés du système de santé
Amélioration des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire	La capacité opérationnelle en Prévention des Infections et sécurité des patients est d'au moins 50%	Proportion des services de santé mettant en œuvre la PCI et la démarche qualité	
	La capacité opérationnelle des services de santé est d'au moins 50%	Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé (%),	
	De 2015 à 2017 , la capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est d'au moins 50%	Préparation générale des services de santé à base communautaire	
Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé	Au moins 50% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposés à des dépenses catastrophiques de santé	Dépenses totales en santé par habitant Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques	

Résumé narratif	Résultats escomptés	Indicateurs de rendement	Hypothèses/ Risques
		% de financement public qui atteint le district % de patients ayant bénéficié de prestations prises en charge par le fonds d'achat % des recettes des formations sanitaires provenant du fonds d'achat % des paiements directs sur les dépenses totales de santé	
Développement des ressources humaines de qualité	La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de 0,85 à 2 pour 10.000 hbts	Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes ; milieu urbain - milieu rural) Proportion de centres de santé/hôpitaux avec du personnel selon les normes	
Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité	L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 80%	Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants Nombre de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants Nombre d'officines par 10 000 habitants Nombre d'établissements de laboratoires/ unités de radioimagerie /unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments-témoins Couverture d'au moins 80% des besoins en ME des structures de soins par la PCG	
Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé	De 2015 à 2017, la disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 60%	Pourcentage de décès maternels en milieu hospitalier enregistrés (de naissances enregistrées) Taux de complétude Taux de promptitude Disponibilité des annuaires statistiques et du rapport sur la performance du système	
Renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur santé	De 2015 à 2017, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 60%	Taux de fonctionnalité des districts sanitaires Pourcentage de supervisions intégrées réalisées par an Pourcentage de revues semestrielles tenues Pourcentage de revues annuelles tenues Pourcentage de visites de monitoring réalisées	
	De 2015 à 2017, la fonctionnalité des instances de coordination, régulation et redevabilité est de 60%	Pourcentage des instances de coordination fonctionnelles par an	

VII. STRATEGIES D'INTERVENTION / ACTIONS PRIORITAIRES DU PLAN DE RELANCE 2015 - 2017

Tableau 2: Matrice des actions prioritaires du Plan de Relance 2015 - 2017 par axes et par objectifs spécifiques selon les orientations stratégiques de la PNS

7.1. Elimination de la MVE		
Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence		
Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
D'ici fin 2015, ramener l'incidence et la létalité de la Maladie à Virus Ebola, à zéro (0)	<i>Engagement communautaire et Communication</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la communication de proximité à travers les agents de santé communautaire y compris 2 500 comités de veille intégrés aux comités de santé; ✓ Opérationnaliser le réseau des élus locaux pour la mobilisation sociale ; ✓ Mettre en place dans les écoles, un réseau de pairs éducateurs pour la promotion des comportements favorables à la santé ; ✓ Renforcer les moyens de communication pour la diffusion des messages de changement de comportement à travers les radios rurales et communautaires ainsi que les chaînes de télévisions publiques et privées.
	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en œuvre la lutte intégrée contre les maladies transmissibles, non transmissibles et les situations d'urgences ✓ Poursuivre les activités de suivi des contacts, ✓ Investiguer tous les cas suspect d'Ebola, ✓ Mettre en place un système de surveillance en milieu hospitalier, ✓ Gérer les données de la surveillance ✓ Mettre en place un système de surveillance transfrontalière ✓ Transporter les cas dans un système sécurisé ✓ Exécuter des examens de laboratoire pour tous les cas ✓ Renforcer la surveillance intégrée à base communautaire sur la base des expériences acquises; ✓ Développer un tissu d'agents communautaires capables d'identifier et de notifier les cas suspects ; ✓ Renforcer les capacités de collecte, d'investigation, d'analyse des données et de riposte dans les districts sanitaires; ✓ Consolider les acquis et renforcer les capacités des laboratoires en matière de diagnostic

		<p>biologique;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintenir les acquis en matière d'application du règlement Sanitaire International (RSI 2005) : contrôle sanitaire aux frontières, échanges d'informations épidémiologiques et réunions transfrontalières ; ✓ Renforcer les capacités en surveillance épidémiologique au niveau central
	<i>Prise en charge</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser le système de prise en charge des cas, moins de 2 jours entre l'apparition des symptômes et l'isolement des cas confirmés; ✓ Organiser la prévention, le contrôle des infections et la sécurité des patients hospitalisés dans les centres de traitement Ebola et les agents de santé; ✓ Mettre en place un Centre de Traitement Ebola (CTE) et des Centres de Transit de 20 à 30 lits et/ou des petits centres de transit communautaires basés sur les situations épidémiologiques dans les zones à forte transmission et dans les préfectures à haut risque ; ✓ Assurer l'intégration des CTE aux hôpitaux de district afin que chaque district ait un centre de prise en charge intégrée des maladies infectieuses et parasitaires ✓ Assurer le paiement des primes de risque au personnel travaillant dans les CTE.
	<i>Assainissement et gestion des corps</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Former/équiper les équipes de prise en charge des corps dans les zones affectées par l'épidémie pour un traitement systématique des corps dans les 3 heures suivant le décès ; ✓ Organiser un enterrement digne et sécurisé à 100% des décès dus à Ebola.
	<i>Soutien nutritionnel et social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fournir des rations alimentaires aux sujets contacts, aux sites de traitement d'Ebola, aux communautés touchées par Ebola ; ✓ Accorder des incitations financières aux sujets contacts assignés à domicile et acceptant de participer à un essai clinique de traitement prophylactique de l'exposition au virus Ebola ; ✓ Former en prévention de la stigmatisation les membres des comités de veille, les leaders communautaires et les membres des familles de malades guéris de la MVE et favoriser leur réinsertion sociale.
	<i>Soutien à la gestion (Gestion des données, sécurité, logistique et finances, recherche et coordination)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la gestion des données liées à la MVE ✓ Sécuriser les équipes d'intervention surtout dans les zones de résistance ✓ Assurer la gestion financière et de la logistique ✓ Assurer la maintenance 11 CTE & CTD, 300 véhicules (ambulances et véhicules de supervision) et 650 motos ; ✓ Développer des recherches actions ✓ Coordonner les activités de lutte contre la MVE

7.2. Amélioration de la performance du système de santé de district		
Orientation stratégique 2 du PNDS : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées		
Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
De 2017, la couverture en paquets de services essentiels de santé de qualité est de 80%.	<i>Renforcement des prestations de soins</i>	Mise à l'échelle des paquets de soins et services dans le cadre de la CSU
		❖ Niveau communautaire <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre à l'échelle le PANC dans 38 districts (ACT, DOTS, PCIME communautaire : palu, diarrhée, pneumonie, malnutrition) ✓ Assurer la promotion (Allaitement, Nutrition, Eau, Hygiène & Assainissement) ✓ Assurer la prévention (Vit A, JNV, TIDC, PF) ✓ Mettre en place un mécanisme de cogestion des services à base communautaire (actualiser les rôles des COSAH, redynamiser les COSAH) ✓ Former les collectivités locales en gestion sanitaire, ✓ Mettre en place un système d'enregistrement des naissances et décès des mères, nouveau-nés et enfants & notification des données de surveillance épidémiologique ✓ Former les ASC sur les paquets de santé communautaires ✓ Superviser les ASC sur la mise en œuvre des activités ✓ Réaliser périodiquement le monitoring communautaire ✓ Motiver annuellement 10 000 agents de santé communautaires ✓ Doter annuellement 10 000 agents communautaires en kits de médicaments ✓ Réaliser des forages et des latrines communautaires.
		❖ Poste de santé <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre à l'échelle le Paquet d'activités (PMA) du poste de santé dans 38 districts (Palu, DOTS, TIDC, CPN, CPC, Accouchement, PCI, etc.) ✓ Mettre en place un système de surveillance épidémiologique et de PCI ✓ Organiser les réunions de coordination mensuelles avec les ASC et les Collectivités locales, les ONG, les Associations de femmes et des jeunes, ✓ Doter annuellement 1000 postes de santé en kits de médicaments
		❖ Centre de santé <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre à l'échelle le Paquet d'activités (PMA) du centre de santé (ACT, TPI, MII, ARV, Dépistage, PTME, ... ; Dépistage de la TB, DOTS, ..., PEV, PCIMNE, CPN, accouchement, césarienne, PF, Nutrition, MNT/santé mentale et MTN, Eau, Hygiène, Assainissement) ✓ Mettre en place un système de surveillance épidémiologique et de Prévention et Contrôle des Infections ✓ Organiser la supervision des chefs de postes de santé ✓ Organiser les réunions de coordination mensuelles avec les chefs de postes, les ASC, les Collectivités

		<p>locales, les ONG, les Associations de femmes et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réhabiliter 94 centres de santé, 10 CSA ✓ Construire 60 centres de santé, 8 CSA ✓ Equiper 400 centres de santé et 18 CSA en matériels médicaux techniques, ✓ Doter les centres de santé en médicaments ✓ Doter 100 centres de santé en motos pour la stratégie avancée ✓ Doter annuellement 600 centres de santé en kits de médicaments <p>❖ Hôpital de district/Hôpital régional</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualiser le PCA (prise en charges des cas référés, des grossesses compliquées, des pathologies graves, appui diagnostique, de laboratoire, ...), ✓ Mettre en place un système de surveillance épidémiologique (système d'alerte précoce) et de PCI propres au niveau de référence, ✓ Renforcer le fonctionnement des Comités d'Hygiène pour la PCI, l'assurance qualité et la satisfaction des usagers ✓ Rendre fonctionnel le "Comité de gestion de l'hôpital" intégrant la Mairie, le Comité d'Usagers, le Comité Médical et l'Administration de l'hôpital, la commission d'assurance qualité, etc. ✓ Construire 3 hôpitaux préfectoraux ✓ Réhabiliter 5 CMC, 16 hôpitaux préfectoraux ✓ Equiper 19 hôpitaux préfectoraux et 7 hôpitaux régionaux en matériel médicotechnique ✓ Doter annuellement 40 hôpitaux préfectoraux et régionaux en kits de médicaments
<p>La fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 60%</p>	<p>Amélioration de la Gestion du District Sanitaire (Equipe Cadre de District)</p>	
	<p>Prestations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en œuvre la lutte intégrée contre les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les situations d'urgences, ✓ Mettre en œuvre de façon intégrée les programmes de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les maladies non transmissibles, les maladies tropicales négligées et les maladies mentales, ✓ Rendre disponibles les services requis (PMA, PCA), ✓ Mettre en œuvre les stratégies de santé maternelle, infantile et de la nutrition, ✓ Assurer la supervision des différentes entités du DS (CS, Hôpital, Autres, ...), ✓ Renforcer les capacités de détection, de diagnostic (clinique ou laboratoire) et de prise des réponses appropriées (isolement éventuel), ✓ Assurer la formation continue du personnel visant à rendre les prestations de meilleure qualité et une efficacité maximale,
	<p><i>Renforcement de la prévention et du contrôle des infections</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la formation initiale et continue en prévention et contrôle des infections ✓ Fournir les intrants nécessaires et les Equipements de Protection Individuelle (EPI) dans les structures de soins

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place les matériels et équipements pour la gestion des déchets biomédicaux (incinérateurs, etc.) ✓ Renforcer les capacités des comités d'hygiène de sécurité dans les structures sanitaires ✓ Mettre en place des dispositifs de tri des patients dans les établissements de soins ✓ Réaliser des activités de suivi-évaluation intégré des interventions à tous les niveaux.
	<i>Médicaments, sang et autres produits médicaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Approvisionner les formations sanitaires en médicaments et autres produits médicaux ✓ Contrôler la gestion, la prescription et la qualité des médicaments et autres produits médicaux.
	<i>Financement</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer une bonne gestion de ressources financières mises à disposition du District, ✓ Entreprendre les démarches nécessaires en vue de capter des ressources additionnelles (locales ou non), ✓ Assurer l'implication des cadres de District dans la gestion des mécanismes de financement sanitaires (par exemple fonds d'achat, paiement basé sur les performances, ...).
	<i>Ressources humaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la disponibilité et la fidélisation des Ressources humaines en vue d'une gestion optimale orientée vers les performances, ✓ Assurer la supervision formative des personnels de santé y compris les agents de santé communautaire, ✓ Former les agents de santé en différents domaines, ✓ Assurer la gestion administrative des ressources humaines en collaboration avec les collectivités locales.
	<i>Information sanitaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités de notification, d'investigation en cas de suspicion d'une maladie à potentiel épidémique, ✓ Former les agents de santé communautaire, les agents des centres de santé, les agents des hôpitaux, les agents des directions préfectorales et régionales et les agents du laboratoire de référence en surveillance épidémiologique, ✓ Assurer la disponibilité des outils de collecte, la complétude, la compilation des données, l'analyse et l'utilisation des données dans le processus décisionnel au niveau de District, ✓ Mettre en place un système d'information sanitaire de district (DHIS) y compris un système d'enregistrement des naissances et décès des mères, nouveau-nés et enfants & le système de surveillance intégrée des maladies et le règlement sanitaire international
	<i>Infrastructures et équipements</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Construire 3 Directions Préfectorales de la Santé (DPS) ✓ Doter 18 DPS en véhicules de supervisions ✓ Doter les structures de santé de forages, châteaux d'eau, de pompes solaires et d'incinérateurs
	<i>Leadership & Gouvernance du district sanitaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revitaliser les Comités Préfectoraux de santé ✓ Mettre en place le Comité de coordination du secteur santé de District ✓ Elaborer les plans de développement sanitaire des 38 districts de santé

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités des équipes-cadres de district ✓ Organiser les visites de Supervision intégrée 1fois par mois ✓ Organiser des Visites de monitoring et validation des données des CS et PS 1 fois par semestre ✓ Organiser la revue semestrielle ✓ Organiser des revues annuelles du PAO ✓ Organiser des sessions de Formation des Prestataires ✓ Organisation des sessions de Formation de renforcement des capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le domaine de la santé dans le cadre de la décentralisation ✓ Assurer la mise en place et le fonctionnement des instances de coordination à travers une représentation de toutes les parties prenantes à tous les niveaux (CS, HOPITAL et DS), ✓ Veiller à la représentation et l'implication effective des Autorités politico-administrative et des groupes d'influence (association des femmes, des jeunes, association des survivants et victimes d'Ebola) dans ces instances, ✓ Mettre en place des mécanismes garantissant l'information à temps utile des bénéficiaires sur l'information synthétique, les activités et les performances (les revues semestrielles, les comités de sante, les comités de gestion, les missions conjointes d'exploration des situations anormales, de suivi, ...), ✓ Organiser un forum annuel pour assurer l'implication et la participation effective des collectivités locales et des autres parties prenantes (secteur privé, société civile : associations de jeunes, associations de femmes, associations de victimes et survivants d'Ebola, ONG, ...) aux différentes instances de participation.
--	--	--

Amélioration de la gouvernance globale du secteur de la santé
Orientation stratégique 3 du PNDS : Renforcement du système national de santé

Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
La fonctionnalité des instances de coordination des régions sanitaires est d'au moins 60%	Amélioration de la gouvernance de la région sanitaire	
	Soutien à la gestion	<ul style="list-style-type: none"> ✓Elaborer les 8 plans régionaux de développement sanitaire. ✓Renforcer les capacités des 8 équipes-cadres de région ✓Organiser 4 visites de supervision intégrée par an ✓Assurer la mise en œuvre du plan de formation continue des personnels de santé ✓Assurer le déploiement effectif des personnels de santé ✓Assurer la promotion de l'assurance qualité y compris la PCI ✓Mettre en place un système d'information sanitaire régional y compris le système d'enregistrement des naissances et décès des mères, nouveau-nés et enfants & le système de surveillance intégrée des maladies et le règlement sanitaire international
	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓Mettre en place les Comités Régionaux de santé ✓Mettre en place le Comité de coordination du secteur santé de la région
	Redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> ✓Organiser des visites de contre-monitorage et de validation des données des districts 1 fois par semestre ✓Organiser des revues annuelles des PAO de la région ✓Organiser un forum multisectoriel dans le cadre du renforcement du Partenariat et la collaboration intersectorielle (communautés, sociétés minières, ONG nationales et internationales)
	Engagement des communautés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la mise en œuvre du Plan DD ✓ Organiser un forum semestriel au niveau région
	Régulation	<ul style="list-style-type: none"> ✓Mettre en place des procédures d'agrément entre les établissements de formation en santé et les structures de soins ✓Créer des comités de sélection et de recrutement des personnels de santé en fonction des besoins ✓Mettre en place des procédures et des instances nécessaires à la disponibilité et à l'utilisation rationnelle des ressources (humaines, matérielles, financières, etc.) ✓Assurer l'application de la loi portant réglementation de la pratique privée
	Amélioration de la gouvernance du niveau central	
	Sous-orientation stratégique 3.1 du PNDS : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire	

De 2015 à 2017, la couverture en paquets de services essentiels de santé de qualité est de 80%.	Prestations de soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer l'organisation du système des soins par l'élaboration des normes, des directives et procédures et l'assurance qualité des prestations aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
Sous-orientation stratégique 3.4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité		
L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 80%	Médicaments, sang et autres produits médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revitaliser le système national d'approvisionnement en produits de santé conformément au manuel national de logistique intégrée, du niveau central à la périphérie à travers la PCG, ✓ Assurer un approvisionnement suffisant et continu en médicaments essentiels, vaccins et équipements médicaux, biomédicaux et autres produits de santé de qualité grâce à un financement adéquat pour chaque niveau du système sanitaire, ✓ Améliorer les capacités de gestion, de stockage et de dispensation des produits de santé selon les normes nationales dans les structures de santé ✓ Améliorer la formation initiale et continue des personnels des structures de santé, du système de transfusion, des laboratoires de biologie médicale sur l'utilisation rationnelle des produits de santé; ✓ Renforcer le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) ; ✓ Renforcer les capacités de l'autorité de réglementation y compris le contrôle de qualité des produits de santé, la pharmacovigilance et la biologie médicale ✓ Appuyer la mise en œuvre du plan de renforcement du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM)
Sous-orientation stratégique 3.2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé		
Assurer une accessibilité financière aux soins à au moins 60% de la population sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé	Financement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser la mobilisation des ressources en faveur de la santé ✓ Mettre en place des mécanismes de mise en commun des fonds pour une disponibilité des services de qualité, l'accès financier des usagers aux soins et la gestion efficace et rationnelle des ressources dans le cadre de la CSU ✓ Renforcer les capacités en gestion financière ✓ Faire l'évaluation de la gestion financière (FMA) ✓ Organiser des études sur l'état actuel des mécanismes de recouvrement des coûts, la faisabilité de la mise en œuvre du fonds d'achat, l'exploitation des mécanismes de financements innovants, la professionnalisation de la gestion financière des centres de santé, hôpitaux et équipes cadres de district ✓ Elaborer le CDMT 2016-2018 et les Comptes nationaux de santé
Sous-orientation stratégique 3.3 : Développement des ressources humaines de qualité		

<p>D'ici 2017 augmenter la densité en ressources humaines de qualité, motivées et mieux réparties dans le pays</p>	<p>Ressources humaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recruter dans la fonction publique 2 000 agents de santé actuellement en contrat de la lutte contre Ebola, ✓ Assurer le salaire du personnel en poste y compris les nouvelles recrues, ✓ Redéployer et fidéliser à leurs postes les agents de santé formés en surveillance et prise en charge de la MVE, ✓ Actualiser le plan de développement des RHS en fonction des objectifs du PNDS ✓ Mettre en place un sous-système d'information sur les Ressources humaines ✓ Elaborer un plan national harmonisé des formations initiale et continue des RHS ✓ Prendre en charge le traitement et salaires des fonctionnaires et contractuels permanents ✓ Elaborer un plan de formation continue du personnel de la santé ✓ Réaliser une étude du marché du travail et de la productivité du personnel de santé ✓ Mettre en place un système efficace d'affectation et d'incitation des personnels de santé dans les zones mal desservies ✓ Assurer le renforcement des capacités de planification et de gestion des ressources humaines (matériels, équipements et formation). ✓ Mettre en place un système de recrutement et de motivation des personnels de santé au niveau des régions éloignées
<p>Sous-orientation stratégique 3.5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé</p>		
<p>Assurer une disponibilité d'au moins 60% en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé</p>	<p>Information sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer le cadre normatif et les outils pour le renforcement des capacités opérationnelles à la surveillance, la détection précoce et la réponse des maladies à potentiel épidémique. ✓ Elaborer le Plan Stratégique du SNIS, ✓ Assurer le leadership dans l'organisation des enquêtes nationales (SARA, évaluation de l'opérationnalité des districts sanitaires...), ✓ Créer un environnement propice à la compilation des données (SNIS, surveillance épidémiologique, systèmes d'information des programmes spécifiques, revues annuelles conjointes, les enquêtes nationales ponctuelles, les données importantes en provenance des secteurs connexes
	<p>Infrastructures et Equipements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Construire 1 dépôt régional PCG ✓ Construire 1 laboratoire de référence P4 ✓ Réhabiliter 1 Hôpital national et 3 dépôts régionaux ✓ Equiper 2 laboratoires spécialisés et 1 laboratoire national de référence

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doter les structures de santé en équipements informatiques et bureautiques (600 ordinateurs de bureaux, 150 ordinateurs portables, 150 photocopieurs, 150 vidéoprojecteurs et 750 protections anti-virus) ✓ Doter annuellement le laboratoire national en kits de réactifs ✓ Doter annuellement 3 hôpitaux nationaux en kits de médicaments ✓ Doter la Coordination du PEV/SSP d'un camion frigorifique et de 2 camions de transport ✓ Actualiser la carte sanitaire ✓ Redéfinir les normes d'infrastructures et d'équipements en fonction des PMA ✓ Elaborer un plan d'investissement pour les infrastructures et les équipements ✓ Elaborer un plan de maintenance ✓ Elaborer un plan directeur en vue d'assurer une couverture en infrastructures/équipements à travers la réhabilitation, la construction et la transformation des PS en Centres de santé
Sous-orientation stratégique 3.6 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire		
De 2015 à 2017, la fonctionnalité des instances de coordination est d'au moins 60% à tous les niveaux du système de santé	Leadership & Gouvernance	
	Planification et Gestion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités en gestion axée sur les résultats, communication et mobilisation sociale ✓ Audit organisationnel et révision de l'organigramme ✓ Mettre en place un système fonctionnel de planification, de programmation et de budgétisation y compris la révision des plans stratégiques des programmes nationaux
	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place au niveau national, régional et préfectoral un mécanisme de dialogue politique en santé (Comité de Coordination du secteur santé (CCSS), Comité Régional de Coordination du secteur santé (CRCSS), Comité Préfectoral de Coordination du secteur santé (CPCSS) ✓ Actualiser/renforcer les mécanismes/instances de coordination du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS) ✓ Mettre en place un comité de coordination de la gestion des ressources humaines ✓ Organiser au moins deux réunions annuelles du CCSS et du CTC
	Suivi-Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer un plan national de suivi évaluation du PNDS, des PRDS et des PPDS ✓ Elaborer le cadre national de suivi-évaluation du PNDS ✓ Renforcer le système intégré d'audit, contrôle de gestion, inspection, supervision et monitoring ✓ Organiser des réunions semestrielles et une revue annuelle du PPDS

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place l'Observatoire national de santé (base de données, CHPP, DHIS, systèmes de rapportage harmonisés) ✓ Mettre en place un système national d'enregistrement des naissances et des décès (mères, enfants, etc.) ✓ Elaborer le plan national de communication du PNDS ✓ Faire l'évaluation conjointe du PNDS (JANS) ✓ Evaluer les plans triennaux de développement sanitaire ✓ Faire l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du PNDS
	Partenariat et multisectorialité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer /signer le Compact national ✓ Mettre en place une plateforme multisectorielle pour la prise en charge des déterminants de la santé et de l'offre de santé ✓ Promouvoir la contractualisation entre le Ministère de la santé et les autres acteurs y compris le secteur privé, la société civile et les PTF
	Législation sanitaire, Régulation et Contrôle	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser les textes législatifs réglementaires, les normes et standards, les procédures, les directives, les PMA ✓ Renforcer les mécanismes d'audit, contrôle de gestion, inspection, supervision et monitoring ✓ Elaborer le manuel de procédures harmonisées de gestion fiduciaire et des autres ressources
	Décentralisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le domaine de la santé dans le cadre de la décentralisation.

VIII. CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI – EVALUATION DU PNDS

8.1. Mise en œuvre

8.1.1. Cadre institutionnel

La mise en œuvre du Plan de Relance 2015-2017 relève du Gouvernement avec une délégation effective aux structures administratives décentralisées (régions et préfectures). Les instances de coordination aux différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) de la pyramide sanitaire seront chargées d'un suivi formalisé de la mise en œuvre du Plan de Relance et permettront les réajustements éventuels axés sur l'atteinte des résultats.

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

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

Après la validation du Plan de Relance au niveau national, il y aura la production de documents de diffusion du Plan de Relance (aide-mémoire, prospectus). 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 medias, le secteur privé, les diplomates, les responsables de coopérations bi et multi latérales, les parties prenantes dans l'application du RSI 2005, les leaders religieux, les leaders féminins, le parlement des jeunes, ...

Au niveau des collectivités territoriales, il sera organisé des séances d'information et de 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 Plan de Relance 2015-2017.

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

Pour la mise en œuvre efficace du Plan de Relance, il sera nécessaire d'utiliser les mêmes organes et instances de coordination du PNDS ci-après :

- **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 Plan de Relance comme pour le PNDS. Le comité national de suivi évaluation du PNDS assurera les même fonctions que dans le cadre du PNDS. 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.

L'Observatoire National de la Santé du PNDS créera sous forme d'une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique, de documents de référence nationaux, des rapports périodiques, des résultats de la recherche et de publications en matière de santé. Il sera alimenté par la base de données du SNIS, le système d'information sanitaire de district (DHIS) et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé (CHPP).

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

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

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

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

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

- **Un Secrétariat permanent**

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

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

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

L'évaluation du Plan de Relance se fera en 2017.

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

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

8.1.3. Rôles et responsabilités des parties prenantes

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

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

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

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

A part les données sur les performances du système issues du système d'information de routine, la RAC sera renseignée par les missions conjointes réalisées par le Ministère de la santé et les autres parties prenantes en couvrant toutes les régions sanitaires.

8.1.4. Conditions et procédures de mise en œuvre

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

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

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

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

- l'adoption d'une stratégie communautaire claire dans un contexte où plus de la moitié des populations n'auraient pas accès aux structures publiques ou privées de santé,
- la formation d'agents de santé communautaires, ayant entre autres rôles, la sensibilisation des populations, la prise en charge des pathologies mineures et la distribution des intrants qui seraient retenus dans cette stratégie.
- l'amélioration de l'accès aux services préventifs, grâce :
 - à une amélioration de leur programmation,
 - à l'intégration d'interventions synergiques, et
 - au développement des stratégies avancées et mobiles visant les zones prioritaires et bénéficiant d'une programmation conjointe et intégrée. Par ailleurs, l'accès aux structures fixes fonctionnelles nécessitera la disponibilité au niveau des structures opérationnelles des personnels de santé qualifiés et motivés; la question de la répartition et de l'équité dans la gestion des ressources humaines devrait être adressée de manière efficace et durable notamment la fidélisation aux postes dans les zones enclavées.
- la minimisation des occasions manquées en optimisant l'exploitation de tout contact avec le système de santé, afin de garantir ou d'assurer un service complet (exemple : 3 vaccinations au Penta, 4 CPN, contraception régulière, PTME,...). Pour ce faire, il serait utile de travailler sur :
 - l'organisation des services afin d'améliorer la qualité de l'accueil et la rapidité du service, ce qui peut encourager par exemple les mères à revenir régulièrement pour compléter les différents passages nécessaires à la vaccination complète de leurs enfants ;
 - le coût du transport et les coûts d'opportunité à travers la subvention de la demande;
 - la communication interpersonnelle afin d'expliquer et d'accompagner les couples et les femmes pour les amener à compléter ces passages ;
 - l'assurance-qualité de tous les services complets grâce essentiellement au contrôle de la qualité du produit, à la formation continue à travers une supervision formative régulière du personnel sur le terrain. Cette dernière stratégie devrait prendre de plus en plus d'importance dans les actions afin de limiter le nombre de séminaires organisés par les différents programmes verticaux et n'ayant comme véritable résultat que l'aggravation de l'absentéisme de ce personnel déjà insuffisant.

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

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

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

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

8.1.5. Outils de mise en œuvre du Plan de Relance

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

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

Ces outils sont au nombre quatre à savoir : le « cadrage budgétaire sectoriel, les plans de Relance 2015–2017 des Directions Préfectorales de la Santé et Directions Régionales de la Santé, les Plans d’Action Opérationnels (PAO) budgétisés et le budget annuel :

- le « cadrage budgétaire sectoriel » est une estimation des coûts de la mise en œuvre du Plan de Relance. Ce cadrage donne une idée globale sur les besoins financiers nécessaires pour l’atteinte des résultats visés et servira, entre autres, lors du plaidoyer en vue de la mobilisation des fonds pour financer les gaps ;
- le plan de Relance 2015 – 2017 par les deux niveaux : Direction Préfectorale de la Santé et Direction Régionale de la Santé pour non seulement les arrimer au Plan de Relance 2015 – 2017 du Ministère de la Santé qui sera assorti d’un cadrage budgétaire ;
- les Plans d’Action Opérationnels (PAO) budgétisés par niveau, troisième outil de la mise en œuvre du Plan de Relance, découle de chacun du Plan de Relance
- Le budget annuel, dernier outil, permet chaque année la mise en œuvre effective du Plan de Relance. Le budget sera confectionné en tenant compte des besoins exprimés dans les PAO et des dispositions du CDMT sectoriel.

8.2. Suivi et Evaluation

8.2.1. Monitoring

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

8.2.2. Revue sectorielle

La revue sectorielle est une activité de suivi périodique de la mise en œuvre du Plan de Relance et sera menée par l'ensemble des structures du secteur santé, le ST/CCSS jouant le rôle de facilitateur principal. Le but de la revue sectorielle est de pouvoir rendre compte périodiquement des performances du système de santé à travers des indicateurs précis pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. De manière opérationnelle, des sessions de revue se feront semestriellement et annuellement respectivement par le district de santé, la région et le niveau central. Un canevas de la revue sera développé et validé sur la base des informations à renseigner par chaque niveau en vue du calcul des indicateurs du Plan de Relance. 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...).

8.2.3. Evaluation

L'évaluation du Plan triennal 2015 – 2017 permettra d'apprécier l'atteinte des objectifs de reconstruction du système de santé post-Ebola ;

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

- la production des données statistiques de qualité, consignées dans les registres des activités des formations et structures sanitaires et transmises par chaque acteur de celles-ci à travers les rapports mensuels d'activités (RMA) ;
- le renforcement de l'organisation, du fonctionnement, du financement et des capacités du Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur Santé (ST/CCSS) et de suivi de la mise en œuvre du Plan de Relance;
- l'intégration effective du système national de suivi-évaluation dans le fonctionnement de l'ensemble du secteur santé ;
- l'implication effective du BSD dans l'organisation des évaluations, le monitoring de la qualité des services et soins de santé prodigués par les structures publiques et privées de santé,
- l'exploitation du Réseau de Métrologie Sanitaire etc.

8.3. Cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017

Chaîne de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Énoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
De 2015 à 2017 : l'incidence et la mortalité spécifique de la MVE sont réduites et maintenues à 0 cas et à 0 décès	Nombre de cas		0	SNIS	Routine	an	MS
	Nombre de décès		0				
De 2015 à 2017 , au moins 50% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Taux Satisfaction des usagers (%)	39	50	MS	Enquête	an	MS
De 2015 à 2017 , les Dépenses directes, en % des dépenses totales en santé, passent de 62% à 40%	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	40	MS	Enquête	an	MS
Effet 1.1.1 : 60% 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 60% des PVVIH l'Utilisation de MILDA par les ménages passe à 60% la couverture DOTS passe de 82% à 90%. la couverture en MILDA passe de 47% à 60%	52	60	SNIS	Routine	an	MS
Produit 1.1.1.1 : La capacité opérationnelle en Prévention, prise en charge des Infections et sécurité des patients et du personnel est de 60%	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 60% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) 60% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l'infection et de sécurité des patients 90% de la population ont accès à l'eau potable	ND	60	MS	Enquête	an	MS
Produit 1.1.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Indice composite de capacité des services de santé à base communautaire (soins et services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs)	NB	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Effet 1.2.1 : La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 60%, PF : 7% à 15% et Césarienne : 2% à 3%	CPN4+ : (%)	47	60	SNIS	Routine	an	MS
	Accouchement assisté (%)	47	60	SNIS	Routine	an	MS
	Césarienne (%)	2	3	SNIS	Routine	an	MS
	PF (%)	7	15	SNIS	Routine	an	MS

Chaîne de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
	Enfants complètement vaccinés (%)	37	80	MS	Enquête CV	an	MS
	Taux d'allaitement maternel exclusif (%)	21	40	MS	Enquête	an	MS
	Taux de couverture (%)			MS	SNIS	an	MS
	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%)	31	28	MS	SNIS	an	MS
Produit 1.2.1.1 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 60% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, adolescents, personnes âgées, etc.)	Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) indice de capacité opérationnelle des services de santé			SNIS	Enquête SARA	an	MS
	SONUB (%)	0,67	60	SNIS	Enquête	an	MS
	SONUC (%)	13,4	60				
Produit 1.2.1.2 : De 2015 à 2017, la capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours)	ND	60%	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Impact 2 : De 2015 à 2017 : Au moins 50% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	40				
	Satisfaction des usagers (%)	39	50				
Effet 2.1 : 60% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité	PM	50%	SNIS	Enquête	an	MS
	Nombre de contact par an et par habitant	0,20	0,30				
Produit 2.1.1 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 60%	Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %)	PM	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
	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 60%	Préparation générale des services de santé à base communautaire	PM	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Produit 2.1.4 : La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de 1,29 à 2,6 pour 10.000hbt	Nombre de médecins pour 10 000 habitants milieu urbain – milieu rural)	(1,7) 0,27	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
	Nombre d'infirmiers/infirmières pour 10000 habitants	1,29	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
	Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants	0,27		SNIS	Evaluation Opérationnalité DS	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
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 80%	<p>Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants</p> <p>Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants</p> <p>Nombre d'officines par 10 000 habitants</p> <p>Nombre d'établissements de laboratoires/unités de radio imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants</p> <p>Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments,</p> <p>Prix médian des médicaments témoins)</p>	1,82 0,02 0,05		SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
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 60%	<p>Pourcentage des décès et des naissances enregistrés</p> <p>Taux de complétude</p> <p>Taux de promptitude</p>			SNIS	Routine	an	MS
Produit 2.1.7 : De 2015 à 2017, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 60%	Taux de fonctionnalité des districts sanitaires	52	60	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
Produit 2.1.8 : De 2015 à 2017, la fonctionnalité des instances de coordination est d'au moins 60%	Taux de fonctionnalité des instances de coordination	ND	60	SNIS	Routine	an	MS
Effet 1.3.1 L'accès financier de la population au paquet minimum de services santé de qualité est de 60%	Taux d'accessibilité financière	ND	60	SNIS	Enquête	an	MS
Produit 1.3.1 : 60% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé	Part du budget de l'Etat alloué au secteur santé (%)	3,5	15	SNIS	Routine	an	MS
	Dépenses totales en santé /habitant (USD)	26	45	SNIS	Routine	an	MS
	Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques (%)	8	15	SNIS	Routine	an	MS
	Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé			SNIS	Routine	an	MS

IX. FINANCEMENT DU PLAN DE RELANCE DU SYSTEME DE SANTE 2015 – 2017

9.1. Cadrage financier

Le financement des interventions retenues dans le Plan de Relance 2015 - 2017 qui constitue le premier Plan triennal du PNDS 2015 – 2024 sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, des partenaires au développement, des ONG ainsi que du secteur privé.

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

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

9.2. Hypothèses de calcul des coûts

Le cadrage financier ou l'estimation du coût du Plan de Relance 2015 - 2017 de la République de Guinée a été fait selon la même méthodologie utilisée pour le PNDS. Il s'est fait à l'aide de l'outil OneHealth et a consisté à estimer le coût sur la base des objectifs fixés dans les trois premières années du PNDS en mettant l'accent sur la relance post Ebola.

Pour les ressources humaines, face au gap actuel et projeté de personnels de santé estimé pour répondre aux besoins de santé des populations, le Gouvernement Guinéen a décidé de recruter dès cette année en 2015, 2000 personnels de santé, dont 200 médecins, 750 infirmiers d'Etat, 300 sages-femmes et 750 ATS. Pour l'année 2016 et 2017, le nombre d'agents de santé à recruter sera de

Pour les infrastructures et les équipements, le Ministère de la Santé a décidé dans le cadre de la relance,

9.3. Résumé du coût du plan de relance 2015 – 2017

9.3.1. Coût prévisionnel total

Le coût total du Plan de Relance (2015-2017) qui est le coût des 3 premières années de mise en œuvre du PNDS, est estimé à **14 680 641 293 100 GNF**, soit environ **2 013 805 305 USD**. Le coût par tête d'habitant est estimé à **48 USD** en 2015 puis à **54 USD** en 2016 et s'établira à **49 USD** en 2017. Cette variation est due au gros investissement à réaliser en 2018 dans le cadre de la mise à norme des infrastructures et des équipements.

Cette budgétisation a tenu compte des réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires, de réhabilitation et de normalisation des infrastructures existantes et les recrutements de personnel nouveau à envisager dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Relance 2015 - 2017.

9.3.2. Coût du Plan de Relance 2015 – 2017 par Orientation stratégique du PNDS

La figure 4 ci-dessous, montre qu'il est principalement alloué à l'orientation stratégique n°3, relative au «*Renforcement du système national de santé*» qui consomme **66%** des ressources totales du Plan de Relance. 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 lui **16%** des ressources totales.

Figure 3: Répartition des ressources financières du Plan de Relance par orientations stratégiques de la PNS

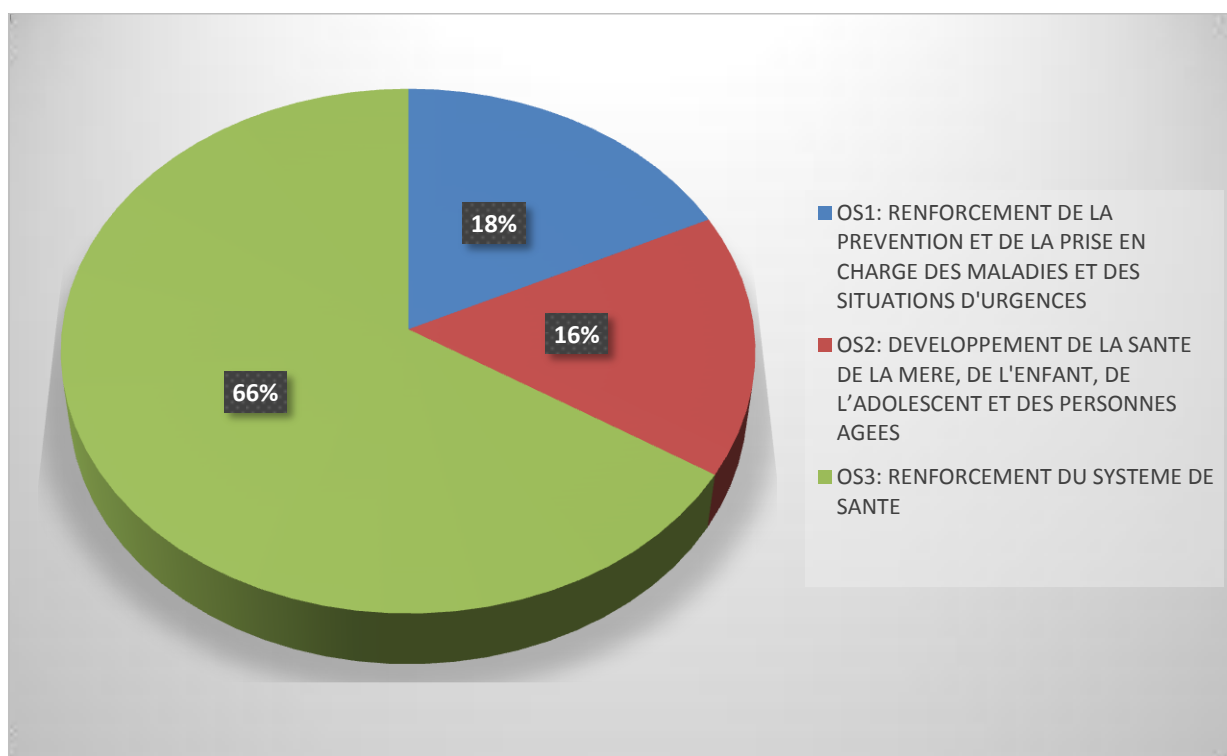


Tableau 3: Coût estimatif du Plan de Relance du Système de Santé par orientation stratégique de la PNS (en milliers USD)

ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS	2 015	2 016	2 017	TOTAL
OS1: RENFORCEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES ET DES SITUATIONS D'URGENCE	103 068	119 569	136 093	358 730
OS2: DEVELOPPEMENT DE LA SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DES PERSONNES AGEES	99 014	107 578	118 231	324 823
OS3: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	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 GENERAL	620 637	719 814	673 355	2 013 805

8.3.1 Coût par niveau de prestation de service et par pilier du système de sante

Le tableau ci-après donne le détail du budget du Plan de Relance par niveau de prestation de service et par pilier du système de santé. Les coûts par niveau de prestation de service regroupent l'ensemble coûts des interventions des programmes de santé. Ces coûts représentent **43%** du coût total tandis que ceux relatifs au système de santé représentent **67%**.

Cette différence s'explique par le fait des nouvelles constructions d'infrastructures sanitaires, des réhabilitations ainsi que du recrutement du nouveau personnel envisagé dans la mise en œuvre du Plan de Relance du Système de Santé.

Tableau 4: Plan de financement du Plan de Relance du Système de Santé par niveau de prestations de services et de soins et par piliers du système de santé (en milliers USD)

Niveaux et Système de santé	2 015	2 016	2 017	Total	% par rapport au Total
Communauté	32 599	40 482	48 853	121 934	
Stratégie avancée	22 347	27 986	34 744	85 078	
Clinique	155 962	193 478	233 227	582 667	
Coût des programmes	25 769	25 150	23 779	74 698	
PROGRAMME	236 677	287 096	340 604	864 377	43%
Infrastructures et équipements	68 329	239 282	138 805	446 417	
Ressources Humaines	70 029	16 298	8 493	94 820	
Médicaments, produits et fournitures	125 160	51 676	59 089	235 926	
Financement de la santé	116 685	116 650	116 697	350 032	
Systèmes d'information sanitaire	1 992	896	866	3 754	
Gouvernance	1 764	7 916	8 801	18 480	
SYSTÈME DE SANTE	383 960	432 718	332 751	1 149 429	67%
TOTAL GENERAL	620 637	719 814	673 355	2 013 805	

9.4. Analyse des gaps de financement du Plan de Relance

L'analyse du GAP de financement du Plan de Relance 2015 - 2017 permet de fournir des données sur les coûts nécessaires à la mise en œuvre des programmes, des stratégies ou des activités. Elle aide à examiner les coûts qui sont actuellement couverts ou sont prévus de l'être et donne une compréhension claire de la façon dont le montant du financement additionnel pourra être alloué, demandé ou obtenu à travers des actions de **plaidoyer**.

Ainsi, la différence entre les ressources disponibles et les coûts estimatifs du Plan de Relance a permis de dégager un besoin total de financement qui s'élève à **429 691 429 USD**.

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

Tableau 5: Besoins de financement, estimation des disponibilités financière et Gap de financement du Plan de Relance 2015 - 2017 (en USD)

ANNEES	2015	2016	2017	TOTAL
ESTIMATIONS FINANCIERES				
Estimation des besoins du Plan de Relance du Système de Santé	538 812 828	567 911 686	477 389 447	1 584 113 961
Estimation des disponibilités financières (Etat + Partenaires)	620 636 879	719 813 555	673 354 956	2 013 805 391
GAP DE FINANCEMENT	81 824 051	151 901 869	195 965 509	429 691 429

Ce gap devra être comblé par une mobilisation plus accrue des ressources propres de l'Etat et des partenaires au développement. Cependant, une gestion plus efficiente des ressources mobilisées garantirait la sécurité des sommes mobilisées.

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

9.5. ANALYSE DE L'ESPACE FISCAL

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

9.5.1. Situation du financement du secteur de la santé

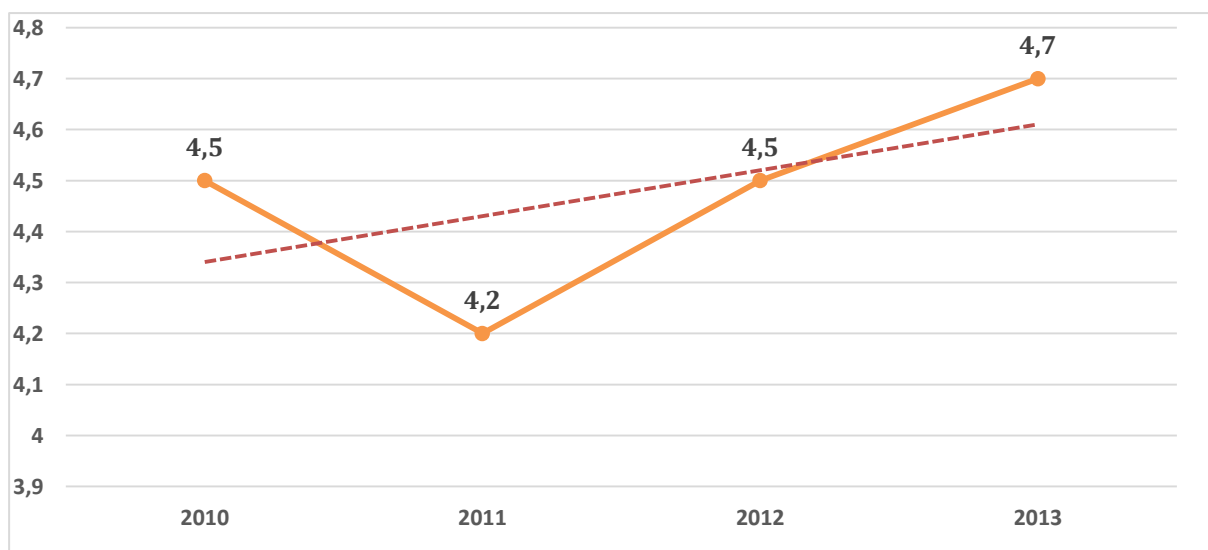
9.5.1.1. Dépenses globales de la santé

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

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

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

Figure 4: Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB



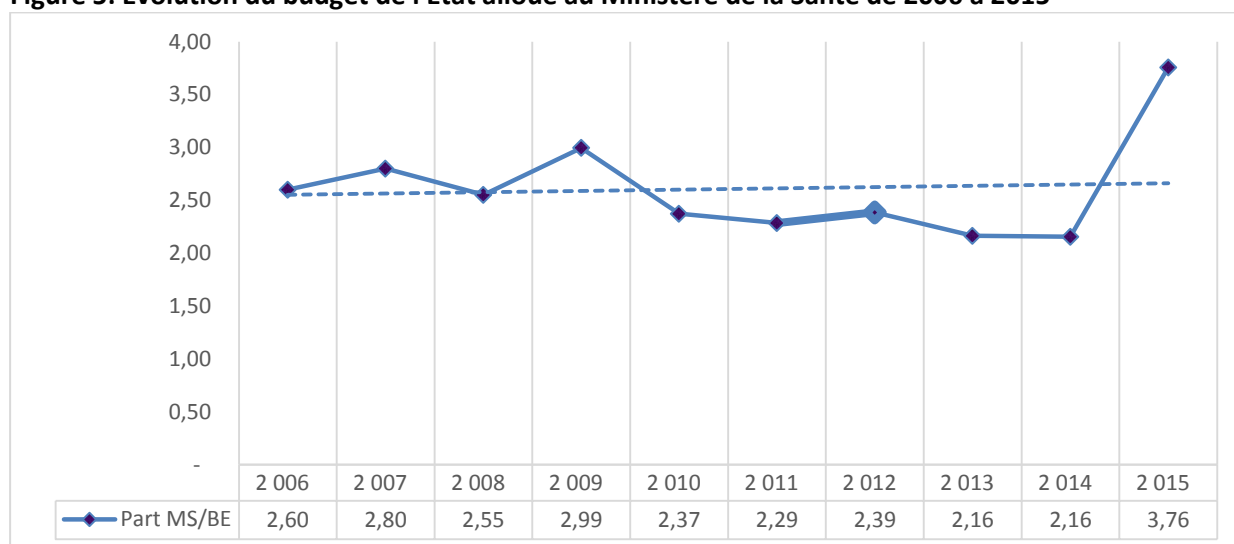
9.5.1.2. Financement de la santé par le budget de l'Etat

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

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

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

Figure 5: Evolution du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé de 2006 à 2015



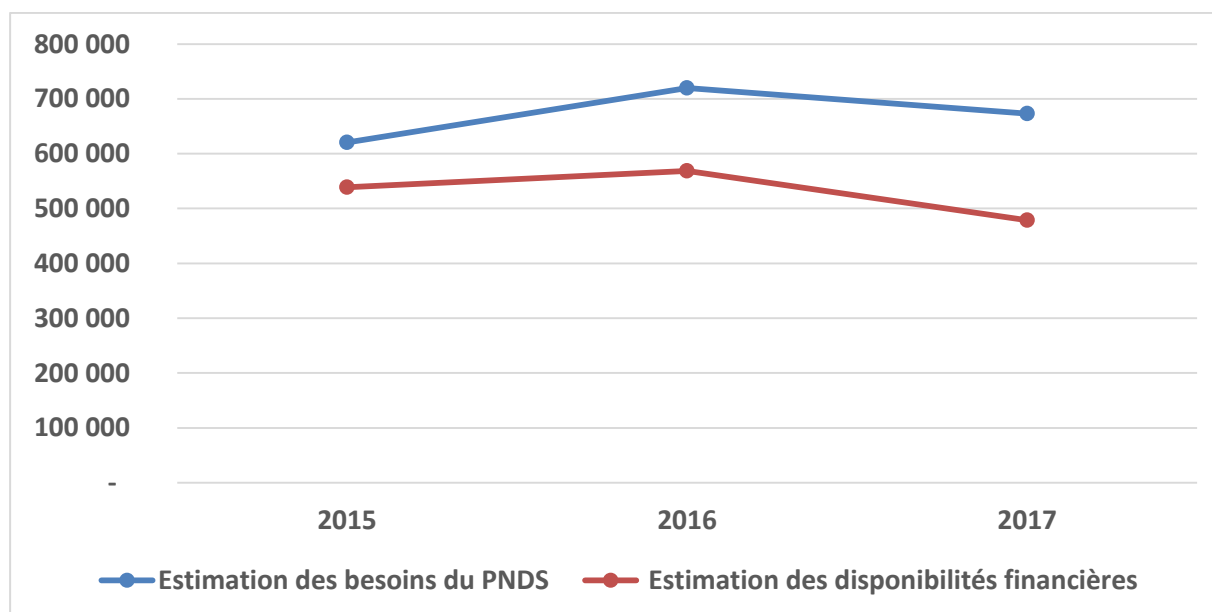
Source: Lois des finances (Ministère des Finances, 2005 à 2015)

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

9.5.2. Stratégies de mobilisation des ressources financières en faveur du Plan de relance du système de santé

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

Figure 6: Coût du Plan de Relance du Système de Santé versus disponibilités financières



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

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

Au regard de l'évolution du financement de la santé, trois scénarii de mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé peuvent être faits. Les trois scénarii s'intéressent au financement au financement global du PNDS.

Scénario 1 : Toute chose égale par ailleurs, si le financement de l'Etat en faveur de la santé reste dans sa position actuelle (3,76%) qui est le niveau maximum atteint depuis 10 ans et que les partenaires au développement respectent leurs engagements, le gap total du financement du Plan de Relance du Système de Santé pour les 3 ans à combler est d'environ **429 691 429 USD**. Pour combler ce gap, l'Etat doit soit augmenter la part du budget de l'Etat alloué à la santé ou faire un plaidoyer auprès de ses partenaires au développement afin de compenser le manque à gagner. A défaut, les ménages paieront le plus lourd tribut. Cette situation sera plus difficile à supporter par les ménages et les expose aux dépenses catastrophiques, au regard du revenu **mensuel** brut par tête d'habitant en Guinée, qui est **38 USD**, en deçà de la moyenne Afrique qui est de **141 USD** (Source : Banque mondiale, 2012).

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

Dans cette situation, le Gap à combler sera d'environ **304 712 058 USD** pour les 3 années de mise en œuvre du Plan.

Scénario 3 : Conformément aux accords d'Abuja, l'Etat décide dès l'année 2016 à allouer 15% de son budget au secteur de la santé (ministère de la santé et autres institutions). Si nous appliquons ce taux au budget actuel de l'Etat exploratoire (2016 à 2018), le ministère de la santé pourra bénéficier de **327 479 007 USD** en 2016 et de **372 052 012 USD** en 2017. Avec ces allocations de l'Etat et le respect des engagements des partenaires, le Gap de financement du Plan de Relance sera alors de **79 062 927 USD** et ne concernera que l'année 2015, tous les besoins de financement du Plan de Relance seront couverts en 2017.

Tableau 6: Estimation des Gap de financement et scénari de financement du Plan de Relance du Système de Santé 2015 – 2017 (en USD)

	2015	2016	2017	TOTAL
Budget de l'Etat	1 784 245 033	2 183 193 377	2 480 346 748	6 447 785 158
SCENARIO 1				
Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé	3,76%	3,76%	3,76%	
Montant de l'allocation à la santé	64 326 489	66 745 165	69 254 784	200 326 438
Financements disponibles des PTF	330 092 649	356 772 831	263 740 974	950 606 453
Contribution des Ménages	144 393 690	144 393 690	144 393 690	433 181 070
Total des financements disponibles	538 812 828	567 911 686	477 389 447	1 584 113 961
Estimation des besoins du PNDS	620 636 879	719 813 555	673 354 956	2 013 805 391
Gap à combler	81 824 051	151 901 869	195 965 509	429 691 429
SCENARIO 2				
Proportion du Budget de l'Etat alloué 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
Financements disponibles des PTF	330 092 649	356 772 831	263 740 974	950 606 453
Contribution des Ménages	144 393 690	144 393 690	144 393 690	433 181 070
Total des financements disponibles	541 573 952	608 579 635	558 939 746	1 709 093 333
Estimation des besoins du PNDS	620 636 879	719 813 555	673 354 956	2 013 805 391
Gap à combler	79 062 927	111 233 920	114 415 210	304 712 058
SCENARIO 3				
Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé	3,76%	15%	15%	15%
Montant de l'allocation à la santé	67 087 613	327 479 007	372 052 012	967 167 774
Financements disponibles des PTF	330 092 649	356 772 831	263 740 974	950 606 453
Contribution des Ménages	144 393 690	144 393 690	144 393 690	433 181 070
Total des financements disponibles	541 573 952	828 645 527	780 186 676	2 150 406 155
Estimation des besoins du PNDS	620 636 879	719 813 555	673 354 956	2 013 805 391
Gap à combler	79 062 927	0	0	79 062 927

9.5.4. Utilisation efficiente des ressources

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

En conclusion, la mobilisation des ressources pour la couverture des besoins de financement du Plan de Relance du Système de Santé 2015 - 2017 se fera à la fois en interne et en externe.

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

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

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

- Renforcer le système de coordination des partenaires techniques et financiers ;
- Renforcer le plaidoyer pour améliorer la prévisibilité des ressources et la redevabilité.

9.6. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du Plan de Relance 2015 – 2017 se fera selon les modalités du PNDS 2015-2024 qui est l'approche sectorielle dont les principes de base sont; l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Tout en respectant ces procédures nationales de gestion, les modalités de financement du Plan de Relance 2015-2017, peuvent combiner plusieurs approches : l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés.

9.7. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

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

X. FACTEURS DE SUCCES, RISQUES ET MENACES

11.1. Facteurs favorisants

- Reprise de la confiance des bailleurs, vu la diminution sensible des cas de MVE,
- Augmentation progressive de la proportion des ressources allouée au secteur de la santé dans le budget total de l'Etat,
- Continuation de la croissance économique,
- Financement effectif du plan de relance par les bailleurs (Banque Mondiale et UE)

-
- Promotion d'une coordination intégrée (coordination de la réponse Ebola et le MS),
 - Renforcement du système national de santé grâce aux acquis de la gestion de l'épidémie en termes de patrimoine logistique et des mécanismes de partenariat impliquant les communautés à la base,
 - Définition et application effective des mécanismes de gestion basée sur les résultats,
 - Effectivité d'une mise en œuvre du PNDS avec un focus sur le niveau décentralisé (pouvoir d'autorité et allocation des ressources) avec la pleine participation de toutes les parties prenantes,
 - Mise en place d'un système de gestion des fonds facilitant l'octroi des budgets au niveau décentralisé (panier commun, des allocations périodiques,...),
 - Promotion de la culture de redevabilité

11.2. Risques

En premier lieu, la réussite des actions de relèvement envisagées suppose l'élimination de la MVE (Zéro cas). Ceci dépendra du maintien de l'effort consenti par le gouvernement et les partenaires ainsi que les conditions épidémiques et de terrain. Un facteur additionnel pour la relance est l'existence de conditions sociopolitiques favorables. Il y a un haut risque d'instabilité et de violences en Guinée si le processus électoral n'est pas conduit avec rigueur. Par ailleurs, la cohésion nationale est un gage de l'adhésion et l'implication des communautés dans le processus de relèvement. Des risques d'effritement de la cohésion nationale existent et qui pourraient compromettre la relance effective.

11.2.1. Risques à long terme sur la santé

Le plus grand risque pour la santé est que l'Etat n'investisse pas assez pour la relance et qu'il ait tendance, au nom de la participation communautaire, de se décharger sur les communautés. L'Etat doit pouvoir assumer certaines fonctions de gouvernance du secteur de la santé et mettre à disposition les ressources adéquates, surtout pour les fonctions qui ne peuvent pas être décentralisées comme le développement de politiques, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, les fonctions de régulation et les normes. Il y a aussi un risque que les demandes des communautés ne soient pas suffisamment prises en compte dans le plan de relance élaboré par le Gouvernement avec l'appui des partenaires au développement et orienté vers la reconstruction des infrastructures et les approvisionnements.

11.2.2. Risques pour la nutrition

Un risque potentiel à considérer pour la nutrition est l'apparition d'un déséquilibre entre le besoin d'investir tout de suite pour l'amélioration de la qualité du capital humain à travers le développement du jeune enfant et la nutrition, et le besoin pressant de mettre en place des infrastructures et des équipements.

11.2.3. Risques pour l'EHA

Il y a un risque de démarrer trop tôt le plan de relance sans au préalable s'être assuré du contrôle de l'épidémie ou de ne pas fournir des infrastructures EHA appropriées aux centres de santé, écoles, et marchés locaux ce qui pourrait conduire à l'échec des mesures de contrôle des infections et de la maladie à virus Ebola. De même, une résurgence de la MVE avant l'accomplissement du plan de relance, tout comme une autre type de crise sanitaire

ou environnementale, pourrait compromettre la mise en œuvre des activités du plan.

Il y a aussi un risque de se focaliser sur des projets d'infrastructures en ignorant le rôle fondamental de l'engagement communautaire ou de la communication pour le changement de comportement et en ignorant les aspects de gestion (ressources humaines, administration et gestion financières) de ces infrastructures.

Enfin, dans l'urgence, il y a un risque de contourner les structures gouvernementales dans la fourniture de services aux communautés ce qui contribue à affaiblir les capacités de ces structures.

11.3. Contraintes possibles

- Possibilité de l'interférence négative du processus électoral,
- Stagnation ou même réduction de la part du budget national consacrée à la santé,
- Faiblesse persistante du leadership/ Gouvernance du Ministère de la santé,
- Persistance de la fonctionnalité de 2 instances de coordination (Ebola et Ministère de la santé) pour un seul plan national de développement sanitaire,
- Faible alignement des Partenaires Techniques et Financiers malgré la signature du Compact national,
- Faible adhésion des communautés, de la société civile, des parlementaires, etc.

CONCLUSION

Le processus de planification de la relance doit être conduit par le Gouvernement pour les trois sous-secteurs Santé, Nutrition, EHA et les autres domaines thématiques de relèvement. Une adéquation du budget du Ministère de la Santé est essentielle.

La première recommandation est d'assurer que le plan de relance pour la santé, la nutrition et l'EHA soit intégré dans la stratégie nationale de développement du pays et en particulier dans le plan national de développement sanitaire 2015-2024 en cours d'élaboration. Dans ce plan, les trois premières années (2015-2017) correspondent au plan de relance du système de santé.

Pour le financement de la relance, les agences des Nations Unies et les autres partenaires au développement devront mobiliser plus de ressources pour accompagner la relance et monter plus de flexibilité dans la réorientation des ressources à la réponse à l'épidémie vers des priorités de relèvement. De même, il est recommandé que le gouvernement planifie sans tarder suffisamment de postes et de salaires pour retenir les personnels de santé recrutés dans le cadre de la riposte à l'épidémie.

Un lien devra être fait au sein de la Coordination EHA avec les Ministères impliqués dans EHA, les ONG et la société civile à travers l'organisation des tables rondes, états généraux, ateliers, séminaires et réunions de haut niveau.

Le processus de planification de la relance doit être conduit par le Gouvernement pour le secteur EHA et les autres domaines thématiques de relance. Dans la mise en œuvre du plan de relance la collaboration multisectorielle devra être privilégiée. Une adéquation des budgets ministériels est essentielle, surtout que le secteur EHA relève de plusieurs Ministères¹⁷. Tous ces Ministères devront faire partie des structures de gestion de la relance.

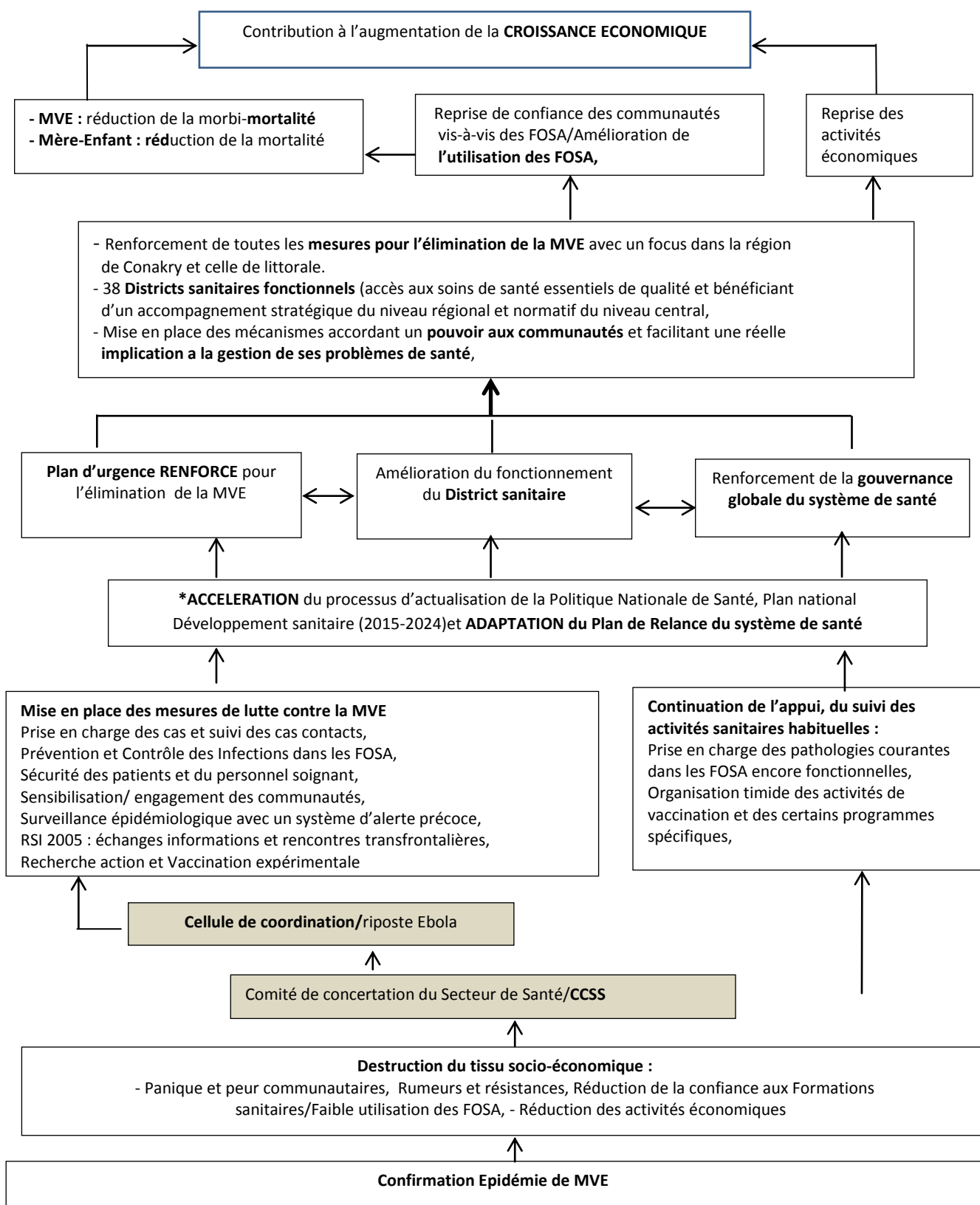
¹⁷ Ministère de la Santé; Ministère de l'Environnement, des Eaux et Forêts; Ministère de l'Energie et de l'Hydraulique; Ministère de la Ville et l'Aménagement du Territoire, Ministère de l'Enseignement Pré-Universitaire et de l'Alphabétisation; Ministère de la Coopération Internationale; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère du Plan; Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Analyse de la situation du secteur santé, Ministère de la santé, août 2014
2. Comptes nationaux de santé 2010, Ministère de la santé
3. Politique nationale de santé, Ministère de la santé, novembre 2014
4. Plan National de développement Sanitaire 2015-2024 (draft), Ministère de la santé, janvier 2015
5. Rapport sur les Etats Généraux de la santé, Ministère de la santé, juin 2014
6. Rapport Evaluation rapide de l'opérationnalité des districts, Ministère de la santé, décembre 2014
7. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté III (2013-2015)
8. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV)
9. Rapport d'évaluation du PNDS 2003 – 2012
10. Rapport de l'Analyse de la situation du secteur de la santé
11. Politique Nationale de Santé (finalisée le 05 Mars 2015)
12. Politique des Ressources Humaines en Santé
13. Inventaire des équipements et infrastructures
14. Recensement biométrique des RHS
15. Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU
16. Rapport général des Etat Généraux de la Santé
17. Prospective Guinée 2035
18. Politique Nationale Intégrée de Prévention et de contrôle des MNT
19. Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles
20. Politique Nationale de Lutte Contre le Paludisme
21. Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme 2013 – 2017
22. Cadre Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/Sida 2013-2017
23. Plan Stratégique de Lutte Antituberculeuse en Guinée 2015-2019
24. Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2014-2018
25. Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant 2008 - 2015
26. Audit du Système National d'Information Sanitaire en Guinée
27. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
28. Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté 2007-2008
29. Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en République de Guinée
30. Etude sur les fonds sécurisés d'acquisition des médicaments

ANNEXES

Annexe 1. Cadre de cohérence entre la riposte Ebola et la relance du système de santé.



 : Structures de coordination

*: L'épidémie à MVE a eu de l'influence sur le processus qui était déjà en cours

Annexe 2 : Schéma de financement du Plan de Relance du système de santé 2015-2017

Budget global de l'Etat	1 784 245 033	2 183 193 377	2 480 346 748
Budget du Plan de relance	2 015	2 016	2 017
Estimation des besoins du PNDS	620 636 879	719 813 555	673 354 956
Estimation des disponibilités financières	538 812 828	567 911 686	477 389 447
ETAT	64 326 489	66 745 165	69 254 784
PARTENAIRES	330 092 649	356 772 831	263 740 974
UNICEF	12 072 000	8 350 000	7 482 000
UNFPA	4 279 835	4 074 074	3 731 139
Fonds Français	751 241	751 241	751 241
Fonds Italiens	16 859	16 859	16 859
GPRHCS	3 250 000	3 250 000	3 250 000
MHTF	180 000	180 000	180 000
BM	50 000 000	25 755 000	2 265 000
USAID			
Union Européenne/AFD	3 700 515	19 356 540	4 317 268
OMS	30 417 368	24 459 582	12 334 531
GAVI	32 485 628	38 778 295	38 778 295
FM palu	30 986 808	83 357 417	32 586 599
FM tuberculose	1 404 975	99 891	
Action Damien	206 661	156 188	146 188
FM VIH-Sida	106 926 579	95 092 039	100 315 085
ONUSIDA	176 000	176 000	176 000
FM RSS	2 688 854	1 366 660	1 267 874
FONDS SAHOUDIEN	10 266 900	13 200 300	2 933 400
BID	7 872 381	5 942 700	20 799 450
PAM	3 956 323	3 956 323	3 956 323
JICA	144 000	144 000	144 000
COLLECTIVITES	460 792	460 792	460 792
ONG ET ASSOCIATIONS	14 650 206	14 650 206	14 650 206
AUTRES	13 198 724	13 198 724	13 198 724
MENAGES	144 393 690	144 393 690	144 393 690
GAP DE FINANCEMENT	81 824 051	151 901 869	195 965 509

Annexe 3. Liste des Indicateurs de rapport mensuel du SITREP des prestations de soins, RSS Post-Ebola

(PRICIPAUX) INDICATEURS ESSENTIELS		Sources de données proposées
Santé de la mère et de l'enfant	Nombre de décès maternels Ratio de mortalité maternelle pour 100000 naissances vivantes	SNIS
	Nombre de décès néonataux Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	SNIS
	Nombre et pourcentage des accouchements institutionnels déclarés (sur le nombre total de naissances vivantes)	SNIS
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme traités par la combinaison thérapeutique d'Artémisinine (ACT)	SNIS (programme PALU)
PEV	Nombre total de cas de rougeole confirmés (tout âge confondu)	Notification SIMR/SMIR IDSRI (PEV. Registre PEV)
	Couverture vaccinale des enfants d'un an (% MCV)	SNIS (PEV, Registre PEV)
	Couverture vaccinale des enfants d'un an en DPT3 ou Penta 3 (%)	SNIS (PEV, Registre PEV)
Système de santé	Pourcentage de formations sanitaires disposant des installations d'eau potable	Absence de source de données Proposition: Evaluation des établissements de soins: Prévention et contrôle de l'Infection (PCI/ IPC)
	Pourcentage d'établissements de soins (Centres de traitement Ebola ou non Ebola) disposant des standards minimums de PCI et de triage	Proposition: Evaluation des établissements de soins: Prévention et contrôle de l'Infection (PCI/ IPC)
	Pourcentage de personnels de santé disponibles au poste le jour de l'évaluation de l'établissement de soins ou du rapportage	SNIS Proposition: Evaluation des établissements de soins: Prévention et contrôle de l'Infection (PCI/ IPC)
INDICATEURS ADDITIONNELS OU SUPPLEMENTAIRES		
Santé de la mère et de l'enfant	Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de pneumonie et traités par antibiotiques	SNIS
TUB/VIH	Nombre de nouveaux et anciens cas de tuberculoses et (Pourcentage de tuberculoses à bactériologie pulmonaire positive (confirmées)	SNIS (Données TUB et système de rapport TUB)
	Nombre de personnes (PVVIH) sous ARV	SNIS (Rapport Programme VIH/SIDA, ONUSISA HIV/AIDS prog-GARPR/UA)
Santé mentale	Nombre et pourcentage de personnel de santé offrant au moins les soins et services élémentaires de santé mentale	Absence de source de données
Système de santé	Pourcentage d'établissements de soins (publiques) avec absence de rupture de stocks des médicaments traceurs (amoxicilline, clotrimazole, paracétamol, SRO/ORS, fer, acide folique, ACT, consommables/PF) le jour de l'évaluation de l'établissement de soins ou du rapport	SNIS Proposition: Evaluation des établissements de soins: Prévention et contrôle de l'Infection (PCI/ IPC)
	Nombre de consultations pour 10000 habitants	SNIS
	Pourcentage de formations sanitaires ayant soumis les rapports du SNIS dans les délais requis	SNIS

Annexe 4 Budget par niveau du système de santé et par priorité du plan de relance

Budget triennal par priorité du Plan de relance en millier USD				Total	%	Ebola	District	Gouvernance		Total
								Région	Niveau central	
Niveaux et Système de santé	2 015	2 016	2 017							
Communauté (prestations)	32 599	40 482	48 853	121 934		1667	120 267			121934
Stratégie avancée (prestations)	22 347	27 986	34 744	85 078			85 078			
*Clinique (prestations)	155 962	193 478	233 227	582 667		100000	482 667			582 667
Coût des programmes	25 769	25 150	23 779	74 698			48554	11205	14940	74698
PROGRAMME	236 677	287 096	340 604	864 377	43					
Infrastructures et équipements, Labo	68 329	239 282	138 805	446 417		114208			332 209	446 417
Ressources Humaines	70 029	16 298	8 493	94 820					94 820	94820
Médicaments, produits et fournitures	125 160	51 676	59 089	235 926			235 926			235926
Financement de la santé	116 685	116 650	116 697	350 032					350 032	350032
Systèmes d'information sanitaire	1 992	896	866	3 754					3 754	3754
Gouvernance	1 764	7 916	8 801	18 480				2772	15708	18480
SYSTÈME DE SANTE	383 960	432 718	332 751	1 149 429	57					
TOTAL GENERAL	620 637	719 814	673 355	2 013 805		215875	972 492	13977	811463	2 013 805
									825439	
%	31	36	33	100	100	11	48	41		100

**

**

**

*Surveillance	100000
*PCI	42855

** Les Infrastructures, les ressources humaines et le financement sont mis au niveau central pour une gestion harmonisée et efficace des ressources .
Cependant, les bénéficiaires se trouvent au niveau périphérique. La part du financement globale allouée par niveau du système de santé est : Niveau District: 70%; Niveau Région: 10%; Niveau Central: 20%

Annexe 5 Répartition du budget par niveaux d'affectation budgétaire en milliers USD

Niveaux	District	Région	Central	Total	%
Programmes	605 134	86 448	172 895	864 477	43
Systemes de santé	804 600	114 943	229 886	1 149 429	57
Total	1 409 734	201 391	402 781	2 013 805	100
%	70	10	20	100	