



## FICHE D'IDENTIFICATION POUR UN PROJET INDEPENDANT

**A – DONNÉES CLÉS**

1. Référence CRIS <sup>1</sup>	DEC 2012 / 23-819
2. Intitulé	Projet d'Appui à la Santé en Guinée (PASA)
3. Pays (ou région)	République de Guinée
4. Marqueurs(s)	<i>Développement de la participation/bonne gouvernance (objectif significatif)</i>
5. Code & secteur CAD	<i>12220 – Santé de base; 13020 – Santé Reproductive</i>
6. Montant total CE (+ % du programme indicatif)	20 Mio EUR (11.5% du PIN)
7. Document de programmation	DSP/PIN – 10 <sup>ème</sup> FED, Enveloppe A
8. Modalité d'aide proposée	Approche de projet indépendant

**B – CALENDRIER PRÉVISIONNEL**

1. Présentation de la fiche d'identification au groupe d'appui à la qualité (oQSG)	avril 2012
2. Présentation de la fiche d'action et des dispositions techniques et administratives à l'oQSG	septembre 2012
3. Lancement de la consultation interservices	Selon consultations Art.96
4. Présentation au comité des États membres	Selon consultations Art.96
5. Date de début du projet	Selon consultations Art.96

**Signature: Philippe VAN DAMME****Date:****Gestionnaire (délégation UE): Sergio OLIVETE JOSA****Contributeurs principaux: Ivan MURILLO RONVEAUX****Chef de section pour les finances et les contrats: Michèle BEAUJEAN****Chargé de coopération AIDCO: Aurélie KONEN E3****Aide thématique de la direction E: Christian COLLARD E3**

<sup>1</sup> Les données suivantes doivent être encodées dans CRIS: numéro de projet CRIS, lien avec le secteur de concentration du PIN/DSP, introduction des codes CAD correspondants, chargement de la fiche d'identification dans CRIS. Merci de vous assurer également que la dernière version ait bien été chargée après avoir été approuvée.

## 1 Résumé

Une mission de pré-identification de DEVCO E3 a permis de dégager les éléments principaux du Projet d'Appui à la Santé en Guinée (PASA). La reprise de l'appui de l'UE dans le secteur se fait à deux niveaux: contribuer à la relance des services de soins de santé de qualité dans quelques préfectures, et renforcer la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dans ses fonctions stratégiques. Le projet permettra en même temps d'opérationnaliser les politiques d'appui à la décentralisation. La première composante se matérialisera par la relance de la fourniture des soins primaires de qualité: appui à l'organisation des soins au niveau préfectoral et régional, formation des agents de santé, restauration minimale des infrastructures et équipements pour réactiver les services, médicaments essentiels. La composante de renforcement du MSHP consistera dans un appui technique spécifique à ses instances stratégiques: gestion budgétaire, système d'information sanitaire, planification, suivi/évaluation. Pour assurer l'approvisionnement en médicaments, la possibilité d'appuyer la centrale d'achat (Pharmacie Centrale de Guinée) devra être étudiée au cours de la mission de formulation (2<sup>nd</sup> semestre 2012) au regard d'un audit financier et de systèmes. L'engagement de l'UE doit s'établir sur base d'un partenariat responsable, y compris celui du gouvernement (budget sectoriel), du MSHP en particulier (réformes institutionnelles) et des partenaires (dialogue sectoriel plus stratégique).

## 2 Logique

### 2.1 Contexte sectoriel: politiques et stratégies du gouvernement partenaire

#### Une volonté politique limitée

La Guinée sort d'une longue période d'instabilité sociale et politique. Le système de santé publique a été largement sous-financé pendant les 12 dernières années entraînant une détérioration de la qualité des soins de santé et l'installation de pratiques de corruption. Le nouveau président, démocratiquement élu en 2010, a montré sa volonté de réformes pour une meilleure gouvernance dans la gestion publique. De récentes initiatives sectorielles (gratuité des soins obstétricaux, engagement de personnel de santé et affectation dans la périphérie, ...) n'ont pas encore été accompagnées de moyens financiers et leur impact reste mitigé à ce jour. La part du budget national prévisionnel assignée au MSHP reste très faible : 2,4 et 2,1% respectivement en 2011 et 2012 (approximativement 25 millions EUR). Le gouvernement espère atteindre le point d'achèvement de l'initiative PPTE au 2<sup>nd</sup> semestre 2012, ce qui permettrait de dégager des fonds pour les secteurs sociaux<sup>2</sup>.

#### Des instruments de politiques et stratégies peu efficaces

D'une part, le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) II, couvrant en principe la période 2008-2010 mais non exécuté suite aux troubles politiques pendant la période couverte, actualisé et prorogé jusqu'en fin 2012, incorpore bien des indicateurs sur la santé, mais ceux-ci restent fort généraux (première consultation pré-natale) ou ne sont pas réalistes (porter le taux de médicaments traceur dans les formations sanitaires à 80% en 2011).

D'autre part, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2003-2012, instrument principal de planification opérationnelle du MSHP a été évalué récemment<sup>3</sup>. Il en est ressorti que l'instrument est pertinent, mais est resté trop souvent lettre morte. Ainsi, "il est apparu difficile de rattacher les réalisations dans le secteur de la santé à la planification contenue dans le PNDS pour plusieurs raisons dont: (i) au plan conceptuel, le contenu du PNDS comporte un certain nombre d'insuffisances (typologie des axes

<sup>2</sup> Les déclencheurs sectoriels de santé du DSRP II, actualisé début 2011 et prorogé jusqu'en fin 2012, sont considérés comme atteints pour l'année 2011 (taux de vaccination DTC3 de 82% et taux de 1<sup>ere</sup> consultation prénatale de 90%). Il s'agit d'estimations repris dans le *Rapport de mise en œuvre de la SRP pour 2011, 1<sup>er</sup> draft*, Ministère de l'Economie et des Finances, février 2012.

<sup>3</sup> IBF International Consulting, *Analyse de situation du secteur Santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée*. Février 2012. Contrat N° FED/2011/261099.

stratégiques, absence d'un plan de financement, etc.); (ii) l'absence d'un cadre institutionnel de mise en œuvre du PNDS conformément aux prévisions contenues dans le document; et (iii) l'absence d'un système fonctionnel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS".

Néanmoins, le secteur de la santé s'inscrit dans le cadre de l'initiative de Bamako et met l'accent sur les soins de santé primaires. En général, les outils essentiels au fonctionnement du système de santé, à la fourniture de soins et au suivi des activités sont existants, même s'ils nécessitent d'être mis à jour<sup>4</sup>. On peut noter: (i) le cadre institutionnel et organisationnel du MSHP et manuels de procédures, le contexte favorable à la décentralisation (gouvernance et leadership); (ii) le dispositif conceptuel d'offre de soins basé sur le district de santé, les normes de prestation de services définies dans de nombreux programmes; (iii) l'arsenal juridique et réglementaire complet et tenu à jour, à l'exception des arrêtés d'application (technologie et produits médicaux); (iv) les outils de gestion et de monitoring des activités (Système National d'Information Sanitaire); (v) le financement de la santé en partie au travers du recouvrement des coûts (Initiative de Bamako).

## **Politique de déconcentration/décentralisation**

### ***- La Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL)***

La lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL) et son plan d'action, ont été adoptés par Décret présidentiel le 28 mars 2012.

La politique de décentralisation est transversale à toutes les politiques sectorielles, ce qui implique que les politiques sectorielles doivent l'intégrer comme un élément déterminant de leurs stratégies. Une Commission interministérielle coprésidée par le Ministre des Finances et le Ministre de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, associant les représentants des élus, assure un suivi trimestriel et rend compte au Premier Ministre de l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action.

Les prérogatives des collectivités devront être respectées et le transfert de compétences et de ressources opérées. Un des axes du plan d'action de la LPNDDL consiste précisément à opérationnaliser par secteur les transferts de compétences au travers des actions suivantes :

- définition d'un plan de décentralisation et de déconcentration par secteur,
- mise en œuvre de nouveaux modes opératoires dans la gestion des services publics locaux,
- rattachement des agents impliqués dans la gestion des services publics locaux à la fonction publique locale,
- repositionnement des services déconcentrés locaux au niveau des communes rurales et des communes urbaines,
- fixation d'objectifs partagés entre les services techniques déconcentrés et les collectivités locales.

Le MSHP a été retenu comme Ministère prioritaire pilote dans la mesure où il est déjà en partie dans cette logique de décentralisation et de déconcentration.

### ***- Les compétences des collectivités locales dans le domaine de la santé***

- Dans l'application du Code des Collectivités, le MSHP a mis en place des Comités de Gestion COGES dans les centres de santé. Pour la mise en œuvre de la LPNDDL, il est proposé de renforcer ce système de cogestion entre les Collectivités locales (CL) et les services déconcentrés du MSHP : Définition d'un volet de santé dans les Plans de Développement Local de CL.
- Création d'une commission santé de la CL (suivi de l'exécution du volet santé, mise en œuvre du plan de santé en coordination avec Centres de Santé C/S, Postes de Santé P/S et autres acteurs impliqués).
- Gestion des services par le COGES (plan d'action défini en concertation avec les administrateurs et services déconcentrés de santé). Le président du COGES est un élu, le responsable technique du centre de santé (médecin ou ICP) est détaché de l'Etat. Le COGES reste autonome dans sa gestion dans le respect des procédures de gestion des centres de santé.
- Le contrôle de la qualité des prestations médicales des agents relève des services préfectoraux de santé, la CL veille à la présence et l'assiduité des agents, le respect des procédures de gestion.

## 2.2 Analyse des problèmes

Le PASA s'inscrit dans le contexte de sortie de crise. Le 10<sup>ème</sup> FED (projet de DSP-PIN transmis au siège fin avril 2012) a retenu comme secteur de concentration la provision de services de base dans les secteurs de la santé et de l'eau). Les actions visent l'obtention de progrès rapides dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD); elles seront réalisées en accord avec les stratégies sectorielles et en tenant compte de la politique de décentralisation.

Le secteur Santé présente aujourd'hui de sérieux problèmes:

**Sous-financement:** D'une part, l'engagement du gouvernement dans le secteur est resté limité les 10 dernières années (moins de 3% du budget de l'Etat). D'autre part, la quasi-totalité des programmes prioritaires de santé publique, encore actifs à ce jour, tels que la lutte contre le VIH/SIDA, le Programme Elargi de Vaccination, la lutte contre le paludisme et l'onchocercose sont dépendants des bailleurs de fonds.

Outre le financement de l'Etat (principalement les salaires et les subventions aux formations hospitalières, ces dernières n'étant quasiment pas honorées ces dernières années) et des bailleurs (programmes verticaux), le système de santé dépend du "recouvrement des coûts" auprès des malades ("Initiative de Bamako"). Face au sous-financement de l'Etat, le recouvrement des coûts auprès des populations est devenu la source principale de financement du système de santé. Etant donné la faiblesse des rémunérations du personnel soignant, ces coûts officiels sont souvent majorés de frais informels, ce qui a pour effet de réduire plus encore l'accessibilité des plus pauvres aux soins de santé. La promulgation par le Président Alpha Condé de la politique de "soins prénataux, accouchements et césariennes gratuits" (2011), sans l'accompagner d'un financement spécifique, a encore aggravé la situation financière des formations sanitaires.

**Répartition inéquitable du personnel de santé:** Plus de 50% des agents de santé sont concentrés à Conakry (+/- 20 à 25% de la population), au détriment des zones rurales. Le personnel de santé est sous-utilisé, soit parce qu'il est trop nombreux par rapport aux activités réalisées (Conakry et capitales régionales), soit parce qu'il n'est plus utilisé par la population (accès aux soins trop coûteux, manque de confiance dans les soins prodigués).

**Manque de médicaments:** La disponibilité en médicaments dans les structures sanitaires publiques n'est plus assurée et entraîne une baisse dans la qualité des soins et une diminution de la fréquentation des structures de santé. Les agents de santé sont obligés de prescrire les traitements que les patients vont acheter à coût élevé dans les pharmacies privées, ou sur le marché parallèle. Il est estimé que seul 1/3 des médicaments consommés en Guinée passe par les circuits d'approvisionnement autorisés. L'absence de contrôles fait qu'une grande partie de ces médicaments est frauduleuse.

Ceci s'explique par la "quasi faillite" de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), une situation due en partie à la mauvaise gestion de l'entreprise. La PCG, souvent en rupture de stock, n'est d'ailleurs plus en mesure de livrer plus de 50% des médicaments commandés.

**Manque de transparence, gestion administrative déficiente:** La faiblesse des salaires<sup>4</sup> et de l'encadrement explique les pratiques de gestion administrative et financière peu performantes et peu transparentes. De plus, par manque de moyens financiers et logistiques, les activités (en particulier les visites de terrain et la "stratégie avancée") sont réduites, sauf dans le cas où elles sont financées par les bailleurs.

**Dégradation de la qualité des soins fournis par les formations sanitaires:** Les problèmes signalés ne permettent plus de dispenser les traitements de façon satisfaisante, ce qui réduit l'utilisation des formations sanitaires par la population, et donc le système de recouvrement. Ce sous-financement public et privé contribue à l'effondrement du système de santé (voir annexe I : information statistique de base).

---

<sup>4</sup> Un assistant AST au niveau du C/S reçoit un salaire de moins de 100 EUR et un volontaire au niveau du P/S ne gagne qu'une prime sur médicaments vendus. Les consultations et les médicaments sont sujets à une tarification peu respectée.

## 2.3 Enseignements tirés

L'Union européenne s'étant retirée du secteur depuis 2007 (art. 96), les enseignements des actions sur le 8<sup>ème</sup> FED sont en partie dépassés. La dernière mission ROM a eu lieu en 2005. Il est toutefois utile de rappeler que l'action était basée sur une double logique, encore valable aujourd'hui : i) amélioration de la couverture sanitaire à un niveau déconcentré / décentralisé des formations de santé<sup>5</sup> et ii) renforcement institutionnel<sup>6</sup>.

Certaines conclusions de l'évaluation finale *ex post* du PASSIP et du PACS (2008) s'appliquent cependant encore aujourd'hui: "La mission estime que le gouvernement doit jouer son rôle, en subventionnant le fonctionnement des structures de santé publique avec à la clé la répartition équitable du personnel, en veillant à réguler le marché du médicament et en conférant à la PCG une autonomie totale dans les domaines financier et administratif, conditions indispensables à sa survie". Par ailleurs les thèmes de l'augmentation nécessaire du budget de santé et de la disponibilité des médicaments dans les structures de santé (Hôpitaux et Centres de santé) sont systématiquement repris dans les rapports des différents bailleurs.

Dans ce contexte, l'APNDS<sup>7</sup> de la Banque Mondiale est novateur car il concentre l'appui aux structures décentralisées et déconcentrées de la santé en assurant l'implication des collectivités locales dans les comités de gestion des Centre de Santé, y compris le recrutement direct de personnel par la communauté.

## 2.4 Actions complémentaires

La formulation de l'action prendra particulièrement en compte les programmes et projets du 10<sup>ème</sup> FED suivants, en cours d'exécution ou d'instruction:

- Le projet d'Appui au Secteur Public de l'Eau (initiative OMD 8.4 M€) qui prévoit d'installer des infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans plusieurs préfectures des régions administratives de Kankan et N'Zérékoré. En particulier, une action couplée dans les deux secteurs d'intervention, Santé et Eau et Assainissement, dans les mêmes zones géographiques est à envisager, sachant que les maladies liées à l'eau forment la cause principale de morbidité infantile dans la région.
- Le Renforcement Institutionnel de la Décentralisation (10 M€) visant à accompagner le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD), ainsi que les ministères sectoriels et les collectivités locales à renforcer les mécanismes de décentralisation et son financement<sup>8</sup>.
- Le Programme d'appui au renforcement des capacités statistiques (Env. B 10ème FED - PARCS 5M€) (en cours) visant le renforcement des capacités statistiques nationales et de l'Institut National de Statistique. Le projet vise notamment l'amélioration de la couverture et qualité de la production statistique sectorielle. Ainsi, le projet prévoit de fournir une assistance technique basée au MSHP en appui aux statistiques sanitaires.
- La Réforme de la Gestion Finances Publiques (multi-bailleurs) en particulier pour les aspects de gestion financière et budgétaire du MSHP (montants, traçabilité et efficacité, transparence).

Pour les actions des autres bailleurs, il s'agit de relever la possibilité de renforcer le présent projet (enveloppe indicative de 20 M€ 10<sup>ème</sup> FED) avec l'Initiative Muskoka de la Coopération française. En effet, un fonds spécial du gouvernement français en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (avec un accent particulier sur la planification familiale), est prévu pour la Guinée sur les 3-5 prochaines années. Un volet bilatéral (approximativement 6 M€ en 2013-2015), géré par l'AFD est en cours de pré-

<sup>5</sup> Le projet PASSIP couvrant trois régions (Boké, Kankan et N'Zérékoré) comprenant un volet infrastructure /équipement et un appui à la décentralisation du système de santé (7,2 M€).

<sup>6</sup> En particulier la gestion hospitalière (PAGH 1.3 M€), la sécurité transfusionnelle (PAST 1.05 M€) et, les médicaments essentiels, la PCG, la coordination sectorielle et un appui au système de santé de Conakry (PACS 5 M€).

<sup>7</sup> Le Programme d'Appui au PNDS se termine en 2013 (solde de 12 M€) et la BM compte se retirer du secteur. Il visait un appui à 18 districts de santé parmi les plus défavorisés du pays, avec deux composantes : renforcement des services de santé et renforcement des capacités institutionnelles des services déconcentrés (planification, gestion et supervision).

<sup>8</sup> Le PACV (Programme d'appui au Communautés Villageoises – FIDA, BM, AFD 2000-2012) renforce 204 collectivités locales dans la maîtrise d'ouvrage, y compris en santé.

identification et pourrait faire l'objet d'une convention de transfert au profit du PASA, afin de soutenir les services de santé maternelle et infantile dans la zone du projet. Un autre multilatéral sur ces thématiques (approximativement 10 M€ sur 5 ans) sera développé avec l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et ONU Femmes.

Des coordinations avec des actions en cours, tant au niveau déconcentré / décentralisé (régions administratives de Kankan et N'Zérékoré) qu'au niveau de l'appui institutionnel au MSHP sont à prévoir, en particulier avec UNICEF (Programme de survie de l'enfant, vaccination, eau et assainissement), aussi chef de file des PTF dans le secteur santé, avec l'OMS (appui institutionnel) et USAID (récemment engagé dans la lutte contre le paludisme et l'appui au secteur pharmaceutique). Voir annexe II.

## 2.5 Analyse des parties prenantes

Les bénéficiaires finaux seront les **utilisateurs du système de santé** dans les préfectures retenues dans l'action. Le niveau qui produit le paquet minimal de soins essentiels est le district de santé (équivalent à la préfecture). Il comprend à la base des centres de santé (C/S) et des postes de santé (P/S), avec comme 1<sup>ère</sup> référence, l'hôpital préfectoral. Un des acteurs est le **comité de santé** (au niveau du centre de santé) qui rassemble des représentants du personnel de santé, des élus locaux et de la société civile.

Les **Directions Régionales et Préfectorales** de la Santé sont en charge de la programmation et de la budgétisation, du suivi et de l'évaluation des activités, de l'encadrement / supervision et de la formation des agents de santé.

Les instances stratégiques et de coordination du niveau central du **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique** (MSHP) sont le Secrétariat Général, le Bureau de Stratégie et Développement, les Statistiques et le Département Administratif et financier. Le bon fonctionnement de ces structures centrales est essentiel pour la viabilité des actions périphériques en matière de santé.

La possibilité de s'approvisionner en médicaments essentiels de qualité est un élément central pour le bon fonctionnement du système de santé. Il faudra voir le rôle que la **Pharmacie centrale de Guinée** pourra jouer dans ce dispositif.

A noter, la signature par le Premier Ministre d'un arrêté portant sur la "création, composition et fonctionnement du comité de coordination du secteur de la santé" (décembre 2011) et par le Ministre de la Santé d'un arrêté portant sur la "création, composition et fonctionnement du Secrétariat Technique de ce comité de coordination" (janvier 2012). Cette volonté de renforcement et structuration du dialogue sectoriel doit également être accompagnée par les partenaires, principalement par l'OMS (initiative IHP+), l'UNICEF (chef de file) et l'UE (principal bailleurs).

## 2.6 Risques et hypothèses

**Article 96 et élections législatives:** Le risque principal est lié au processus de sortie de crise, dont les étapes sont fixées dans la feuille de route de l'article 96. La Décision du Conseil au titre de l'article 96<sup>9</sup> conditionne la signature du PIN et le financement des projets en appui aux populations (dont la santé) à la fourniture par les autorités d'un chronogramme détaillé des élections législatives.

**Volonté politique nationale et du MSHP:** La volonté du gouvernement d'augmenter substantiellement le budget santé et celle du MSHP de s'engager dans des changements institutionnels (particulièrement la bonne gouvernance et la transparence dans la gestion administrative et financière)<sup>10</sup>. La cohésion et bonne coordination des PTF autour de ces thématiques seront importantes pour assurer l'efficacité du dialogue sectoriel.

<sup>9</sup> Décision (2011/465/UE) du 18 juillet 2011. JO L 19 du 27.7.2011, p. 2.

<sup>10</sup> La réduction récente du service de la dette (351 M USD dont 151 M USD de dette annulée), pour la période 2012-2014, suite à l'accord sur l'allègement de la dette auprès du Club de Paris (intervenu le 11 avril 2012) devrait permettre au Gouvernement guinéen d'affecter ces nouvelles ressources libérées aux objectifs de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté. De même est-il prévu que la Guinée atteigne le point d'achèvement de l'initiative PPTE au courant du 2<sup>nd</sup> semestre 2011/2, ce qui pourrait libérer +/- 150 millions USD (plus de 3% du PIB) par an de charges de la dette.

**Gouvernance au niveau de la PCG:** Le système de santé des zones soutenues par le PASA devra pouvoir compter sur un approvisionnement fiable en médicaments essentiels. Or, des problèmes de transparence et bonne gouvernance sont signalés au niveau de la PCG. La mission de formulation devra se pencher sur la pertinence d'un appui à la PCG, sur la base d'un audit financier et de systèmes de la PCG qu'il est prévu de réaliser en parallèle à la phase de formulation.

### 3 Description

#### 3.1 Objectifs et résultats escomptés

L'**objectif général** du projet est d'appuyer le Gouvernement de la Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'amélioration des conditions de santé de la population.

L'**objectif spécifique** du projet est de contribuer à la relance de la production de services de santé essentiels de qualité par le système de santé public.

Les **résultats escomptés** du projet sont :

1. *La réactivation des services de soins de santé de qualité dans les régions de Kankan et N'Zérékoré, afin de contribuer à la diminution de la mortalité maternelle et infantile.* Exemples d'indicateurs d'atteinte des résultats: i) Indicateurs de santé maternelle et infantile sont améliorés (valeurs à estimer lors de la formulation); ii) Les soins de santé primaires sont assurés et sont de qualité (ce qui se traduit en terme d'indicateurs dans une augmentation de la fréquentation des centres de santé et du taux de recouvrement des soins); iii) les comités de santé sont fonctionnels dans 80% des C/S; iv) un système de maintenance des infrastructures est fonctionnel.
2. *La normalisation de l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les préfectures visées et les régions de Kankan et N'Zérékoré.* Exemples d'indicateurs d'atteinte des résultats: i) approvisionnement d'un stock de médicaments essentiels de 6-12 mois assuré pour chaque C/S visé et ses P/S; ii) contrôle de qualité et traçabilité des stocks est assurée au niveau régional, préfectoral; iii) autofinancement du renouvellement des stocks grâce au taux de recouvrement.
3. *La clarification et l'amélioration du fonctionnement de la Pharmacie Centrale de Guinée<sup>11</sup>.* Exemples d'indicateurs d'atteinte des résultats: i) Les mécanismes institutionnels de la PCG assurant le contrôle de qualité, la bonne gouvernance, la transparence et la traçabilité sont fonctionnels et améliorés; ii) la couverture de médicaments essentiels de qualité augmente significativement (valeur à estimer lors de la formulation).
4. *Le renforcement de la capacité institutionnelle des Directions Régionales de la Santé de Kankan et N'Zérékoré et de 4 ou 5 Directions Préfectorales.* Exemples d'indicateurs d'atteinte des résultats: i) Les capacités de planification et supervision de l'administration sanitaire au niveau des Directions régionales et préfectorales visées sont améliorées; (ii) les statistiques de performance du secteur de la santé sont collectées, traitées et exploitées.
5. *Le renforcement la capacité institutionnelle du MSHP dans la planification, coordination, organisation, gestion et financement des soins de santé du système public tout en renforçant le processus de décentralisation du secteur.* Exemples d'indicateurs d'atteinte des résultats: i) les capacités de planification stratégique et de supervision de l'administration sanitaire au niveau central sont renforcées; ii) le Système National d'Information Sanitaire SNIS est actif; iii) la Carte sanitaire est mise à jour; iv) la coordination sectorielle est fonctionnelle.

---

<sup>11</sup> L'appui à la PCG est conditionné à un audit financier et de systèmes positifs et la mise en place de mécanismes de traçabilité et contrôle de qualité suffisants pour assurer l'approvisionnement des formations sanitaires visées en Médicaments Essentiels.

### 3.2 Analyse stratégique

L'analyse des risques et la logique d'intervention entraînent la conception de l'action à travers deux composantes distinctes (appui aux districts de santé et appui stratégique au MSHP). Une troisième composante d'appui à la PCG pourrait être envisagée, en fonction des résultats des études et audits qui sont prévus.

#### 1. Composante "Appui aux districts de santé"

Pour être efficace, il est nécessaire de se concentrer géographiquement, au niveau de quelques districts de santé (équivalant à une préfecture). L'identification de 4 ou 5 préfectures semble le plus adéquat. Les critères de sélection restent à déterminer, mais quelques-uns sont indispensables (le résultat des indicateurs sanitaires, l'engagement des administrations sanitaires préfectorales, la présence du projet d'Appui au Secteur Public de l'Eau...). La présence d'autres partenaires, en particulier des acteurs privés, est à considérer (en particulier, l'entreprise minière Rio Tinto dans le nord de la Guinée Forestière et le sud de la Haute Guinée). Cette composante d'appui aux districts de santé prévoit plusieurs volets d'intervention: (i) *Organisation des Soins de Santé et appui administratif* (planification, budgétisation, exécution et suivi des activités, formation, etc.); (ii) *Renforcement des structures décentralisées et déconcentrées de gestion*; (iii) *Volet Santé maternelle et planification familiale*; (iv) *volet approvisionnement en médicaments essentiels au niveau préfectoral*; (v) *Infrastructures, équipements et maintenance* (équipement minimal; restauration d'infrastructures avec un objectif fonctionnel de prestation des services; mise en place d'un système de maintenance préventive et curative des structures; réhabilitation ciblée de certaines infrastructures des hôpitaux préfectoraux; amélioration dans la sécurité transfusionnelle dans 2 régions, etc.).

Les aspects d'accès à l'eau pour les C/S et P/S doit être pris en compte. Une coordination étroite devra être assurée avec le projet d'Appui au Secteur Public de l'Eau pour les volets "santé, assainissement et prise en charge des maladies d'origine hydrique" du projet.

#### 2. Composante "Renforcement de la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique"

Il s'agit de renforcer les capacités du MSHP dans ses fonctions essentielles, en appuyant le Secrétariat Général (définition des politiques, stratégies et normes), le Bureau de Stratégie et Développement (BSD) (planification, carte sanitaire, plans d'opération, suivi et évaluation, collecte et analyse de l'information sanitaire) et la Direction des Affaires Financières (gestion des finances, préparation et exécution des budgets). Le processus de coordination des acteurs et le dialogue sectoriel, devrait être soutenu. D'autres appuis ponctuels pourraient, le cas échéant, être fournis sur des thématiques spécifiques (ressources humaines, Formations Sanitaires, Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires).

#### 3. Pertinence d'un d'appui institutionnel à la PCG et/ou au secteur pharmaceutique ?

Le rôle de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) comme centrale d'achat, celui du MSHP (marchés) et celui des fournisseurs n'est pas suffisamment réglementé et est perméable à des pratiques illicites. Les bailleurs et partenaires, s'ils sont conscients de l'importance de centraliser l'approvisionnement des médicaments destinés aux formations sanitaires publiques via la PCG, évitent d'y avoir recours (circuits parallèles) ou y ont recours pour des catégories de médicaments spécifiques (anti-rétro-viraux, antipaludéens, planification familiale).

Théoriquement, il pourrait être souhaitable de renforcer le rôle de la PCG en tant que centrale d'achat, plutôt que de mettre en place des systèmes parallèles d'approvisionnement de médicaments. Un effort de concertation sur ce sujet (table ronde sur le secteur pharmaceutique – avril 2012) et l'implication des bailleurs (BM, Unicef et OMS intégrés dans le conseil d'administration de la PCG) plaident également en faveur d'un appui à la PCG. La logistique intégrée (rationalisation des interventions autour de mécanismes unifiés) est proposée comme porte d'entrée de certains bailleurs (USAID) et par la PCG.



Un audit financier et de systèmes de la PCG est prévu dans les prochaines semaines (à financer sur la TCF), et devrait alimenter le travail de la mission de formulation. Celle-ci analysera à son tour le cadre de la réglementation nationale et du comportement du secteur pharmaceutique pour définir les éventuels appuis à apporter à la PCG et au secteur du médicament dans le cadre de ce projet. Une intervention ponctuelle au niveau de la réglementation (Direction Nationale de Pharmacie et Laboratoire) serait aussi envisageable, mais en coordination avec d'autres intervenants déjà actifs à ce niveau (UNFPA, USAID).

### 3.2.1 Questions transversales

**Bonne gouvernance** : Il est proposé de mettre l'accent sur la gestion administrative et financière, et la transparence aux niveaux national, régional et préfectoral. De plus, la traçabilité et sécurisation des lignes budgétaires pour le secteur devraient être au centre du dialogue politique sectoriel. En outre, il est bon de rappeler que l'action s'appuie sur une structuration déconcentrée et décentralisée du système de santé. La participation des collectivités locales, à travers les comités de santé est un objectif à renforcer (voir actions complémentaires et un volet spécifique pour aborder cet objectif).

**Droits des enfants**: La porte d'entrée des soins de santé primaire, la santé maternelle et infantile présuppose une attention particulière (activités, indicateurs harmonisés).

Pas de lien direct avec les autres questions transversales, si ce n'est la nécessité d'une cohérence de l'action avec les interventions liées au VIH-SIDA (GTZ – Fonds global, UNFPA, ONUSIDA) et la gestion environnementale (eau et assainissement comme vecteurs de santé préventive).

## 3.3 Durabilité

L'action s'appuie principalement sur la décentralisation territoriale (PNDS). La décentralisation reste un processus inachevé et l'implication des collectivités locales est encore faible. Elle doit être accompagnée durant l'action. Malgré cela, un des critères de sélection des préfectures bénéficiaires doit inclure le niveau d'appropriation de cette décentralisation (voir Enseignement tirés - PACV).

L'atteinte de résultats de la composante de renforcement de la capacité institutionnelle du MSHP dépendra du degré d'engagement du Ministère par rapport à la mise en œuvre de réformes institutionnelles et d'actions renforçant la bonne gouvernance. Le projet devra appuyer le processus d'élaboration d'une approche sectorielle et s'assurer que ses actions en renforcement des capacités institutionnelles s'inscrivent dans la *backbone strategy*.

En termes de viabilité économique et financière, l'UE doit entamer durant l'action des activités de plaidoyer visant à la recomposition progressive du budget sectoriel au niveau de la moyenne régionale. D'autre part, il faut faire mention de l'existence de budgets de fonctionnement dans les structures décentralisées et déconcentrées (Centres de Santé, Hôpitaux). Plusieurs facteurs sont à considérer dans la reconstitution et gestion de ces fonds: ils s'appuient sur le recouvrement auprès des patients à des tarifs parfois peu transparents; ils sont bousculés par des décisions politiques, comme la gratuité des soins obstétricaux; l'absence de financement décentralisés. Le projet doit dès lors incorporer dans la composante d'appui au district de santé, des considérations d'équilibre financier et durabilité des fonds de fonctionnement.

## 3.4 Méthode de mise en œuvre

Ce point sera approfondi durant la phase de formulation. Les propositions suivantes sont indicatives:

Le PASA pourrait être exécuté sur une période de trois à cinq ans. La maîtrise d'ouvrage sera assurée par la Ministre de l'Economie et des Finances, (ON du FED). La désignation de la maîtrise d'œuvre sera à préciser lors de la formulation. Le projet sera exécuté en gestion partiellement décentralisée. Les procédures contractuelles utilisées seront : a) procédures du 10<sup>ème</sup> FED de mise en concurrence pour les marchés de services, de fournitures et de travaux; b) le règlement des devis programmes.

Les modalités de mise en œuvre seront précisées lors de la phase de formulation mais les options suivantes peuvent être envisagées à ce stade:

Composante 1 "Appui aux districts de santé": Il est suggéré soit (i) de lancer un AP restreint (ON) afin de confier à une ONG spécialisée l'appui et l'accompagnement des structures décentralisées de la santé; soit (ii) une attribution directe à une ONG pour chacune des 2 régions ou pour les 2 régions ensemble; soit (iii) une convention de contribution pour une OI.

Composante 2 "Renforcement des capacités institutionnelles du MSHP": deux modalités complémentaires sont suggérées: (i) assistance technique (contrat de services suite à un AO restreint), et (ii) Devis-programme mis en œuvre en opération décentralisée directe par le MSHP, avec une implication de l'AT et l'ON dans le pilotage du DP.

Composante 3 "Appui à institutionnel à la PCG et/ou au secteur Pharmaceutique": (conditionné par audit et par analyse de la mission de formulation) (i) assistance technique (contrat de services suite à un AO restreint, intégré ou pas dans le marché de service envisagé pour la composante 2), et (ii) Devis-programme mis en œuvre en opération décentralisée directe la PCG, avec implication de l'AT et l'ON dans le pilotage du DP. iii) alternativement, si l'audit ne conseille pas la PCG comme maître d'œuvre, subvention aux ONG de la composante 1 pour l'approvisionnement de médicaments.

Plus clairement, en ce qui concerne l'AT, l'idée serait d'avoir :

- soit une seule AT qui couvre les 3 composantes (c'est-à-dire que l'AT superviserait aussi les subventions de la composante 1) ;
- soit une AT qui couvre les composantes 2 et 3 (renforcement capacités et médicaments, avec une expertise spécifique sur cette dernière composante) ;
- soit deux AT distinctes pour chaque composante (2 et 3).

Ces cas de figure (et leurs avantages respectifs) seront étudiés pendant la phase de formulation; d'autres propositions pourraient également être faites, en fonction de l'échelonnement prévu du projet dans le temps.

### **3.5 Budget**

Une enveloppe globale de 20 M€ est réservée pour le PASA sur l'enveloppe A du 10<sup>ème</sup> FED. Cet appui devrait être poursuivi sur le 11<sup>ème</sup> FED.

La possibilité d'un transfert des fonds Muskoka – AFD (approximativement 6 M€) est actuellement à l'étude. Centrée sur la santé maternelle et la planification familiale, l'initiative s'intégrerait sans difficulté au PASA dans son volet d'appui aux soins primaires, surtout focalisés sur la santé maternelle et infantile.

Il est conseillé d'assigner la part la plus élevée (plus de 75%) à la composante 1, d'appui aux districts de santé, qui contribue directement à la production de services de santé essentiels. La réhabilitation d'infrastructures ne devrait être qu'un moyen et pas un objectif en soi et la part du budget consacré aux infrastructures ne devrait pas dépasser 25% du montant disponible.

## **4 Étapes suivantes**

Les consultations sont en cours avec le MSHP (Bureau de Stratégie, Secrétaire Général, assesseur du Ministre) et les partenaires techniques principaux (Unicef, GTZ, OMS). Elles devraient s'achever à la mi-mai.

Il est prévu que la FIP passe au QSG en mai 2012. Les termes de référence de la mission de formulation pourraient dès lors être finalisés dès juin 2012 pour que la mission soit sur le terrain dès la rentrée en septembre. Cela permettra de capitaliser sur le travail fait dans le cadre de la formulation de l'initiative OMD dans le secteur de l'eau. L'audit de la centrale d'achat PCG et une mission d'assistance technique au MSHP (2 contrats-cadres) seront lancés en parallèle. La FA pourra ainsi être finalisée en novembre 2012.

L'approbation du Projet PASA est envisagée pour le premier trimestre 2013. La phase opérationnelle pourrait démarrer au cours du second semestre 2013.

	2012												2013				
	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mar	2e Tr	2e Sem
<b>Appui au secteur de la Santé</b>				FIP							FA			PAA			
- Identification - appui DEVCO-D/4 pour TdR																	
- Détachement d'une AT (TCF FED10-B)					t		d										
- Audit centrale d'achat médicaments / audit institutionnel (TCF FED10-B)					t		d										
- Étude de formulation (TCF FED10-Bbis)					t		d										
<b>Initiative OMD (eau)</b>							FA				PAA						
- Détachement d'une AT à la SNAPE (2011/276-364)																	
- Études d'identification - formulation (2011/284-506)																	

Une coordination régulière avec DEVCO E3 (consultation à distance) a été établie pour les phases postérieures de l'instruction.

Le système de suivi devra être précisé et les IOV devront être abordés lors de la phase de formulation. Il faudra par contre s'assurer de la complémentarité des actions et compatibilité des indicateurs de suivi avec des projets similaires (voir actions complémentaires) et surtout avec la matrice d'indicateurs sanitaires du MSHP, actuellement en révision.

## 5 Questions à poser à l'oQSG

L'iQSG a-t-il une position par rapport aux options quant aux modalités de mise en œuvre, et en particulier vis-à-vis de l'option d'un (ou deux) gré à gré avec une (deux) ONG (subvention) et/ou OI (contribution) pour la mise en œuvre de la composante 1.

De même, y a-t-il des recommandations quant à la pertinence de lier un volet médicaments à la composante 1 plutôt que de renforcer la centrale d'achat de médicaments essentiels (PCG) ?

Quelle position prendre par rapport à l'engagement des Districts de Santé (directions préfectorales du MSHP) dans la maîtrise d'œuvre de la composante 1 ?

## 6 Documents à présenter à l'oQSG1

### ANNEXE 1. INFORMATION STATISTIQUE DE BASE

### ANNEXE II: AUTRES INTERVENTION D'INTERET

### ANNEXE III

**Extraits de l'étude "Analyse de situation du secteur Santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée. Février 2012.**

### ANNEXE IV

**Extraits du Rapport sur l'analyse de la demande de soins de santé. Etude "Analyse de situation du secteur Santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée. Février 2012.**

### AUSSI DISPONIBLE

Etude "Analyse de situation du secteur Santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée. Février 2012. (version intégrale).

### AUTRES (selon disponibilité des documents au moment du QSG)

TDR Mission de formulation du PASA

TDR Assistance Technique au Secteur de la Santé et au MNSHP en Guinée

## ANNEXE I: INFORMATION STATISTIQUE DE BASE

### Indicateurs de base.

Superficie	245.857km
Population Totale en 2010	10.000.000 (estimation 2008)**
Population Urbaine	28%(estimation 2008) **
Population de – de 15ans	40,31% (estimation de 2008)**
Densité	41,42hab/km <sup>2</sup>
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	3,1%**
Espérance de vie à la naissance	57,3 ans*
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus	29,5%*
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 – 24ans	46,6%*
PIB par habitant	Inferieur á 556\$* <sup>12</sup>
Indicateur de développement Humain (IDH)	0,456*
Classement sur la base de l'IDH	170eme/182 pays*
Taux de mortalité infantile (EDSGIII 2005)	91‰
Taux de mortalité des enfants < 5 ans (EDSGIII 2005)	163‰
Taux de mortalité maternelle (EDSGIII 2005)	980/100.000 naissances vivantes
Ratio médecin/population (2000 - 2004)	11 médecins/100.000 habitants***
Prévalence de la Tuberculose (2005)	431/100.000 ***
la proportion d'accouchements assistés (DRSP 2011-2012)	38,0% en 2005
Taux de césarienne (Annuaire 2008 de gestion des Hôpitaux)	1,54% <sup>13</sup>
Nombre de contacts/habitant/an (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	0.3
Couverture CPN 1 (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	81,63% -
Couverture CPN 3 (Annuaire 2008 stat sanitaires – MS-HP)	71,01%
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 ([www.statguinee.org/index.htm](http://www.statguinee.org/index.htm))

\*\*\* Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

\*\*\*\* Loi des finances 2011

### Indicateurs de base - santé maternelle et infantile.

	EDS I (92)	EDS II (99)	(EDS III (05)	EDS IV
Taux de mortalité infantile (pour 1.000)	148	98	91	Prévue en
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1.000)	265	177	163	2012
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000)	582	528	980	
Enfants < 5ans avec retard de croissance (%)		26	35	

EDS : *Enquête Démographique et de Santé*

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Selon l'EDS3, la moyenne nationale était de 1,7 (2% à Conakry et dans certains centres urbains mais à peine 1% dans certains Préfectures).

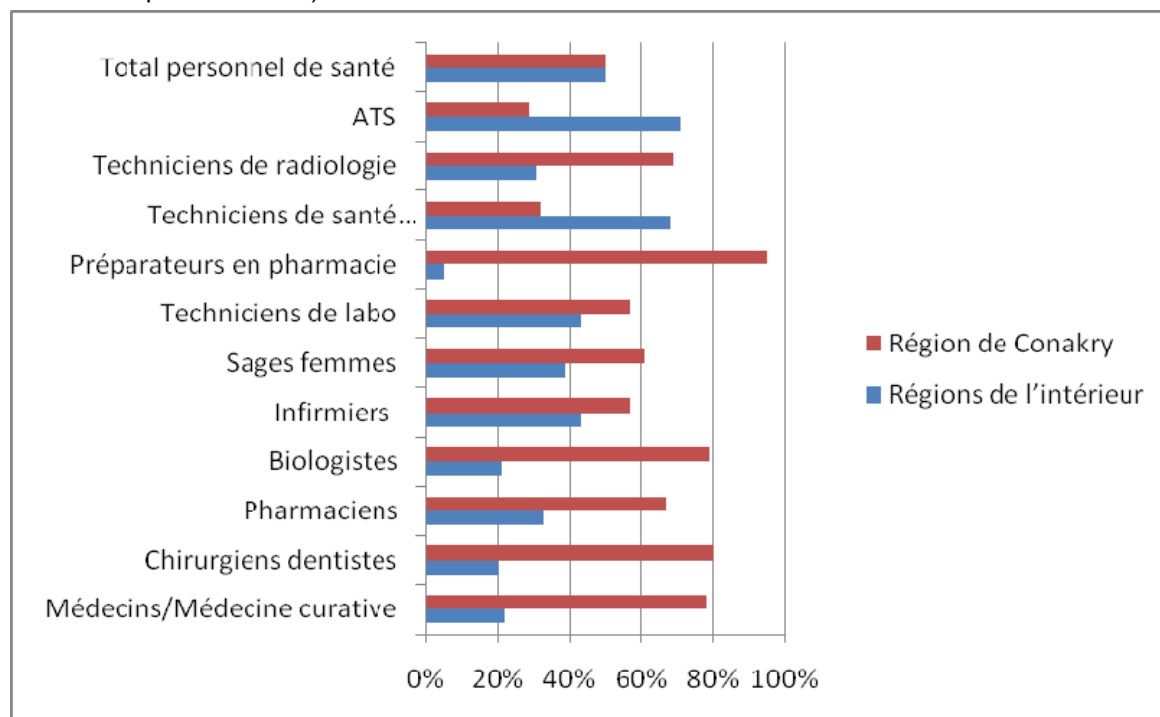
### Structures publiques de soins

Typologie	Nombre
Poste de santé fonctionnel	473
Centre de santé/Centre de santé amélioré	390
Centre médico-communal	9
Hôpital préfectoral	26
Hôpital régional	7
Hôpital national	2
Source: Annuaire 2008 statistiques sanitaires (PEV/DNEHS/MS-HP)	

### Structures privées (toutes catégories confondues)

Typologie	Nombre
Cliniques médico-chirurgicales	33
Polycliniques	11
Cabinets de consultation et de soins ambulatoires	228
Cabinet Dentaire	17
Cabinets de Sages femmes	16
Laboratoire d'analyses biomédicales	06
Imagerie Médicale (Radio - Echo)	3
Officines de Pharmacie privée	284
Point de vente des Médicaments	39
Agence de Promotion médicale	16
Société grossiste répartiteur de médicaments	25
Source: Annuaire 2008 statistiques sanitaires (PEV/DNEHS/MS-HP)	

Répartition du personnel entre Conakry et le reste du pays (Recensement du personnel de Santé ; DRH-MS&HP-Septembre 2009).



## **ANNEXE II: AUTRES INTERVENTIONS D'INTERET**

Les interventions des principaux partenaires peuvent se résumer ainsi, par ordre décroissant de coordination potentielle pour le PASA.

La Coopération Française - Initiative Muskoka: un fonds spécial du gouvernement français en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, appuyer l'amélioration des OMD de santé reproductive et infantile, avec un accent particulier sur la planification familiale, est prévu pour la Guinée sur les 3-5 prochaines années. Un volet de coopération bilatérale (approximativement 6 M€ en 2013-2015) de l'AFD est en cours de pré-identification. Cette enveloppe AFD pourrait faire l'objet d'une convention de transfert au profit du PASA, afin de soutenir les services de santé maternelle et infantile dans la zone du projet. Un autre volet de coopération multilatérale sur ces thématiques (approximativement 10 M€ sur 5 ans) sera développé avec l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et ONU Femmes

L'UNICEF : Développe dans le cadre de sa programmation stratégique 2007-2012 (montant approx de 22M\$) cinq programmes nationaux: (i) Survie et développement de l'enfant ; (ii) Education de base et équité ; (iii) Protection des enfants et des femmes ; (iv) Eau, hygiène et assainissement et (v) Politiques sociales, Communication pour le développement et consolidation et la Paix/réponses aux Urgences. Le programme 2013-2017, est en formulation, continuera les 5 programmes et renforcera la modalité décentralisée de mise en œuvre (bureaux de zone de N'Zérékoré, Kankan et Conakry). Les programmes i) et iii) sont matérialisés par un appui soutenu au Programme Elargi de Vaccination PEV, la maternité à moindre risque, le VIH-SIDA et la transmission Mère Enfant (Feuille de Route de la Santé Reproductive), et la prise en charge de la malnutrition aiguë. L'UNICEF travaille conjointement avec PAM, UNFPA, ONUSIDA, OMS et de nombreuses ONG sur des programmes thématiques. Unicef est donc un acteur clef pour la coordination locale de l'initiative Muskoka, la coordination des Partenaires Techniques et Financiers pour la Santé (lead en collaboration avec l'Union Européenne), ainsi que pour l'appui au MSHP pour la coordination des intervenants en nutrition. Elle est active également dans le domaine WASH. Le PASA et le projet d'eau et assainissement du 10<sup>ème</sup> FED devront donc permettre un renforcement de la coordination des activités de terrain et de dialogue sectoriel avec UNICEF.

Le Fonds Mondial : 23 MUSD. Appui à la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose (programmes thématiques).

GTZ : Fin du programme de Santé et Lutte contre le Sida. La branche bureau d'études de GIZ, \*\*\*, sera chargée de la gestion du Fonds Mondial (récipiendaire principal) et renforcera cette fonction à travers la Chambre des Mines. Peu clair ...

L'OMS : actions centrées sur le plaidoyer, la promotion de la santé et le renforcement des capacités institutionnelles avec des assistances techniques court terme.

La coopération américaine (USAID) Outre son appui à des opérateurs tiers (PSI, MSH, FHI, Engenderhealth...) sur des thématiques de planification familiale, protection materno-infantile et lutte contre le VIH/SIDA, l'USAID s'engagera dans une coopération plus structurée dans la lutte contre le paludisme et le programme de planification familiale. Accessoirement, USAID contribuera au dialogue sur la réforme du Secteur Pharmaceutique ?. Nouveau pour moi !

## **ANNEXE III**

**Extraits de l'étude "Analyse de situation du secteur Santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée. Février 2012.**

### **Principaux constats de l'Analyse du Secteur**

#### *Contexte national*

Il existe une forte volonté politique d'engager des réformes dans le secteur de la santé. Cependant, de nombreux éléments du contexte apparaissent peu favorables à la sauvegarde et à la promotion d'un meilleur état de santé de nombreuses populations. Il s'agit entre autres :

- 1) du niveau de croissance de la population qui reste élevé (3.1%) et en décalage avec la croissance économique. Un tel rythme de croissance entrainera un doublement de la population dans les 25 prochaines années ;
- 2) de la faiblesse des revenus des populations avec une tendance à l'aggravation ;
- 3) du cadre de vie peu propice notamment en zones urbaines caractérisées par une grande promiscuité et un faible niveau d'assainissement et d'hygiène ;
- 4) du niveau d'alphabétisation encore faible et d'une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.).

#### *Gouvernance et leadership*

Un certain nombre d'atouts sont relevés. Il s'agit entre autres de l'existence (i) d'un cadre institutionnel et organisationnel du MSHP avec un manuel de procédures qui précise les attributions des différents acteurs ; (ii) du contexte de décentralisation qui offre des opportunités pour un renforcement effectif de la participation communautaire ; (iii) d'un arsenal juridique et réglementaire notamment dans le domaine du médicament et des initiatives de collaboration intersectorielle.

A côté de ces acquis, il y a des insuffisances dont les principales sont : 1) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; 2) les faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements, etc. des structures de régulation, de conception et d'appui technique ; 3) la faible application des textes juridiques et réglementaires et enfin 4) le partenariat public privé presque inexistant.

#### *Prestations de services*

Le dispositif conceptuel d'offre de soins basé sur le système de santé de district offre une opportunité pour un renforcement de l'accès à des soins de qualité à la majorité de la population (continuité, globalité et intégration des soins). Les normes de prestation sont définies dans de nombreux programmes destinés à la lutte contre la maladie et à la promotion de la santé. En attendant une évaluation plus exhaustive de la mise en œuvre des mesures de gratuité des SOUB et SOUC, les premiers résultats semblent indiquer un impact positif au niveau de certaines prestations dans les structures visitées. Les principales insuffisances dans les prestations sont (i) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité, (ii) l'inégale répartition entre zones urbaines et zones rurales, (iii) la faible accessibilité aux soins pour la majorité de la population en raison du contexte de pauvreté, du contexte physique, du faible niveau de développement des infrastructures routières et des moyens de communication.

#### *Ressources humaines en santé*

De manière générale les ressources humaines dans le secteur de la santé restent caractérisées par (i) une insuffisance globale du personnel par rapport aux normes d'effectif minimum défini par niveau dans le

document du PNDS et dans la carte sanitaire. Cette insuffisance est marquée surtout pour certaines catégories dont la présence contribuerait grandement à la qualification des soins ; (ii) mauvaise répartition du personnel (50% des effectifs globaux se trouvent à Conakry qui ne représente qu'environ 15% de la population) ; et (iii) l'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système de santé.

### *Technologie et produits médicaux*

Il existe dans le secteur des appuis institutionnels et un arsenal juridique et réglementaire complet et tenu à jour (à l'exception des arrêtés d'application). Il existe un potentiel en approvisionnement à travers quelques grossistes répartiteurs qui participent activement à une mission de santé publique en approvisionnant en médicaments essentiels le secteur privé et le secteur public. La structure centrale d'approvisionnement, la PCG, connaît une dynamique nouvelle et enfin, un réseau national de laboratoires a été mis en place dans le domaine des épidémies de paludisme, de choléra et de méningite (REGUILAB).

A ce niveau, les principales insuffisances observées sont (i) plusieurs décrets et arrêtés d'application ne sont pas signés ; (ii) l'Inspection Générale de la santé est démunie de moyens opérationnels ; (iii) un certain nombre de pratiques illicites sont récurrentes dans le domaine des approvisionnements ; (iv) certaines contraintes liées au statut de la PCG ne lui permettent pas d'être autonome et compétitive.

### *Système d'information sanitaire et la recherche*

Le potentiel du SIS réside dans l'existence des outils de gestion, particulièrement au niveau du monitoring des activités inscrites dans les PAO des préfectures de santé, la tenue régulière de Comité Technique Préfectoral de la Santé (CTPS) ainsi que des CTRS de même que les revues annuelles du PEV/SSP. Le SIS et la recherche restent confrontés : (i) à une faible promptitude dans la transmission des données ; (ii) à une faible production des synthèses à tous les niveaux en dehors de la direction des établissements de soins pour les données hospitalières (le dernier annuaire date de 2007) ; (iii) à une insuffisance de rétro information. Cette situation est liée essentiellement à la faible capacité opérationnelle des structures en charge du système d'information sanitaire et de la recherche. On note par ailleurs que le SIS est fragmenté en raison des nombreux sous-systèmes.

### *Financement de la santé*

Le contexte de financement de la santé est celui de la promotion du recouvrement des coûts avec l'implication des communautés et des collectivités décentralisées qui ont bénéficié de renforcement des capacités en gestion. Cela offre en principe des opportunités d'autofinancement des structures de soins. Cependant, le financement reste caractérisé essentiellement par : (i) la faible contribution des ressources publiques dans les dépenses totales de santé ; et (ii) l'inefficience des dépenses de santé par une tarification non maîtrisée des prestations et des produits de santé qui sont les dépenses essentielles de santé des ménages.

### *PNDS*

Le PNDS a été élaboré à travers un processus participatif et le document est bien connu par les acteurs de terrain du MSHP. Pour l'essentiel le PNDS est cohérent avec le contexte national, et de nombreux choix stratégiques sont pertinents. La mise en œuvre du PNDS a permis de tester des approches innovantes à travers l'APNDS (gestion décentralisée des ressources humaines en santé, meilleure implication communautaire etc.).

De manière générale, il est apparu difficile de rattacher les réalisations dans le secteur de la santé à la planification contenue dans le PNDS pour plusieurs raisons dont: (i) au plan conceptuel, le contenu du PNDS comporte un certain nombre d'insuffisances (typologie des axes stratégiques, absence d'un plan de financement, etc.) ; (ii) l'absence d'un cadre institutionnel de mise en œuvre du PNDS conformément aux



prévisions contenues dans le document ; et (iii) l'absence de système fonctionnel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

### *Approche sectorielle*

Un cadre stratégique global, le CSLP, une politique de santé et un PNDS, des initiatives innovantes d'appui au système de santé à caractère global (APNDS) avec comme porte d'entrée la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, de même qu'un cadre de concertation entre les partenaires et le MSHP, sont des facteurs favorables à la promotion d'une approche sectorielle.

Cependant, il existe des goulots d'étranglements dont les principaux sont :

- la faiblesse du leadership du MSHP, avec entre autres une insuffisance du financement du secteur, une insuffisance de mobilisation des PTF dans le cadre d'une table ronde etc. ;
- l'absence de choix clair sur les processus de planification à mettre en œuvre à tous les niveaux ;
- l'insuffisance des capacités opérationnelles au niveau de certaines structures essentielles (DAF, DRH etc.) ;
- la faiblesse du dialogue sectoriel qui reste sélectif (revue du PEV/SSP) et cloisonné (CTRS, CTPS) ;
- et une faible maîtrise du contexte de financement de la santé (absence des comptes nationaux de la santé, CDMT non systématisé).

### *Recommandations pour l'approche sectorielle*

Au regard des principaux constats et tenant compte des contraintes et des opportunités de mise en œuvre d'une approche sectorielle, il est recommandé :

- 1) une démarche progressive qui privilégie le plaidoyer et la mobilisation d'une masse critique suffisante de partenaires techniques et financiers désireux d'adhérer au processus ;
- 2) l'existence des expériences pertinentes au niveau de certaines préfectures notamment à travers certains PTF et l'APNDS pouvant constituer une porte d'entrée pour un certain nombre de PTF avec comme thématique la lutte contre la mortalité maternelle et comme zone d'intervention les préfectures déjà ciblées ;
- 3) la considération d'une phase transitoire d'au moins trois ans (2011-2013), mise à profit pour assurer les principales recommandations formulées pour le court terme ; et enfin
- 4) l'élaboration du prochain PNDS basé sur l'approche sectorielle à envisager au décours de cette phase transitoire en 2013.

## **ANNEXE IV**

**Extraits du Rapport sur l'analyse de la demande de soins de santé.** Etude "Analyse de situation du secteur Santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée. Février 2012.

362 personnes. Dix préfectures touchées par l'enquête. 181 utilisateurs et 181 prestataires. Age moyen 43 ans chez les prestataires, 39 ans chez les utilisateurs des services de santé. 191 hommes (53%) et 171 femmes (47%). Mariés: 87% des prestataires et 77% des clients sortants. La moitié des participants prestataires sortent d'écoles secondaires de santé (49,7%). Chez les clients sortants, près de la moitié n'ont jamais été scolarisés (43%). La plupart des prestataires sont des ATS/infirmiers (55%). Les utilisateurs des services de santé sont des agriculteurs (22%), des ménagères (19%) et des petits commerçants (18%).

## **RESULTATS**

### **1 Fréquentation des structures de sante:**

Le niveau de fréquentation des structures sanitaires est en deçà des attentes (faible) tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

### **2 Accessibilité et Barrières à l'utilisation des structures de santé**

L'accès aux services de santé, pose encore des problèmes presque partout. En effet, la majorité des utilisateurs déplorent l'inaccessibilité des structures de santé. Parmi les raisons avancées, il faut citer la distance, le temps d'attente, les problèmes de transport pour arriver à la structure, l'absentéisme, le retard du personnel, le non-respect des heures d'ouverture et de fermeture, l'insuffisance du personnel, le manque de confiance envers le personnel, le manque d'équipements et de temps consacré au staff, la pauvreté et le non-respect des utilisateurs.

### **3 Qualité des Services**

Selon la majorité des utilisateurs de services de santé, les conditions d'accueil et d'hospitalisation sont globalement bonnes. A ce sujet voici quelques déclarations des utilisateurs. Par contre, bien que minoritaires, certains utilisateurs pensent que de gros efforts doivent être fournis pour améliorer les conditions d'accueil, de consultation et d'hospitalisation, principalement en milieu rural. D'après la plupart des prestataires, les heures d'ouverture et de fermeture des structures de santé sont respectées. Concernant la qualité de l'accueil, elle a été jugée bonne, mais laisse à désirer par endroits à cause de l'insuffisance du personnel. Le personnel dans les structures de santé est très insuffisant, vieillissant par endroit, peu motivé et a besoin de formation.

### **4 Qualité des bâtiments et de l'équipement**

La plupart des prestataires travaillent dans des conditions pénibles. Ils déplorent surtout la vétusté des bâtiments, de l'équipement et des toilettes existantes, mais aussi le manque d'équipement, d'eau, d'électricité et de matériels IEC. Tout comme les prestataires, les utilisateurs, dans leur majorité, ont déclaré que les structures de santé ne répondent pas aux normes en ce qui concerne l'état des bâtiments, de l'équipement et du matériel de travail.

### **5 Prix pratiqués dans les structures de santé**

Pour la plupart des utilisateurs, les prix des prestations affichés dans les structures de santé ne sont pas du tout appliqués, surtout lorsqu'il s'agit de la nuit. D'une manière générale, les utilisateurs affirment que les prix pratiqués sont élevés et chers. C'est aussi l'avis des prestataires qui, eux-mêmes, trouvent les coûts des prestations et des médicaments chers. Néanmoins, de l'avis de certains utilisateurs qui sont dans les mutuelles de santé, les prix officiels sont appliqués entre leurs organisations et les structures de santé.

### **6 Satisfaction**

En dépit des barrières à l'utilisation des structures sanitaires, les utilisateurs sont en général satisfaits des services rendus

## **PRIORITES ET RECOMMANDATIONS**

Plusieurs priorités en matière de santé et de médicaments ont été définies. Celles-ci ont été formulées sous formes de recommandations par les prestataires et les utilisateurs pour une amélioration de la qualité des services de santé. Il s'agit notamment de :

- Rendre disponible dans les structures de santé tous les services requis, notamment ceux relatifs aux activités du laboratoire et d'imagerie,
- Revoir le paquet minimum d'activités dans les centres de santé car leurs activités se limitent essentiellement à celles concernant les femmes et les enfants c'est-à-dire la CPC, la CPN et la vaccination ;
- Rénover, construire et équiper les structures de santé en rendant disponibles les matériels et équipements recommandés par les normes et procédures,
- Assurer régulièrement l'hygiène dans toutes les structures sanitaires du pays,
- Approvisionner régulièrement les structures de santé en médicaments pour parer aux ruptures de stock fréquentes et souvent de longue durée,
- Assurer dans toutes les structures de santé du pays la prise en charge gratuite du traitement du paludisme,
- Redéployer le personnel pléthorique de Conakry et préfectures environnantes vers le pays profond ou les besoins en personnel qualifié se posent avec acuité,
- Recruter de nouveaux fonctionnaires en vue de rajeunir la pyramide sanitaire et de combler le gap à l'intérieur du pays,
- Prendre et appliquer des mesures relatives à l'interdiction de toute vente illicite des médicaments,
- Lutter contre la vente des médicaments contrefaits,
- Mettre en place des mesures d'accompagnement pour la gratuité de la césarienne,
- Assurer la formation continue du personnel,
- Poursuivre et renforcer la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté,
- Promouvoir les programmes d'IEC principalement en faveur des femmes pour l'utilisation des services de santé,
- Fixer, afficher et faire respecter les tarifs officiels des prestations et les prix des médicaments dans toutes les structures sanitaires du pays.