**REPUBLIQUE DE GUINEE**

========

Travail - Justice - Solidarité

========

****

**MINISTERE DE LA SANTE**

**BUREAU DE STRATEGIE ET DE DEVELOPPEMENT**

**(BSD)**

**SECRETARIAT TECHNIQUE DU COMITE DE COORDINATION**

**DU SECTEUR DE LA SANTE (ST-CCSS)**

**Rapport de la Revue du Plan de Relance et de Résilience (PRRSS 2015 – 2017) post Ébola du Système de Santé Guinéen**

**Décembre 2018**

**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 services essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, (iii) une offre de santé inefficiente et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d’importants obstacles et contraintes.

Ces insuffisances observées ont facilité la survenue et 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 national 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. 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.

Par ailleurs, la crise entrainée 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 et entamer la relance du système de santé, 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 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.

Ce Plan 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)
* Gouvernance (Soutien à la gestion, Coordination, Redevabilité, Engagement des communautés et Régulation).

Ce plan a été mis en œuvre et a permis l’élimination de la MVE, l’amélioration de l’accessibilité de la population à des services de santé de qualité, la mise en place d’un système de surveillance épidémiologique surtout au niveau communautaire pour faciliter la réactivité du système face à d’éventuelles épidémies, le 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, l’amélioration de la gouvernance et de la redevabilité dans le secteur.

**TABLE DES MATIERES**

[LISTE DES TABLEAUX 6](#_Toc533086402)

[LISTE DES FIGURES 7](#_Toc533086403)

[ABREVIATIONS ET ACRONYMES 9](#_Toc533086404)

[INTRODUCTION 11](#_Toc533086405)

[1 CONTEXTE DE LA REVUE 12](#_Toc533086406)

[2 CONTEXTE GENERAL DU PAYS 13](#_Toc533086407)

[2.1 Situation géographique 13](#_Toc533086408)

[2.2 Situation démographique 13](#_Toc533086409)

[2.3 Situation économique et sociale 13](#_Toc533086410)

[2.4 Situation politique 13](#_Toc533086411)

[2.5 Politique de Santé 14](#_Toc533086412)

[2.6 Situation juridique 15](#_Toc533086413)

[3 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA REVUE 15](#_Toc533086414)

[3.1 Objectif Général 15](#_Toc533086415)

[3.2 Objectifs spécifiques 15](#_Toc533086416)

[4 METHODOLOGIE DE LA REVUE 15](#_Toc533086417)

[4.1 Approches et Déroulement 15](#_Toc533086418)

[4.2 Outils, traitement et analyse des données 17](#_Toc533086419)

[4.3 Limite de la méthodologie 17](#_Toc533086420)

[5 PRESENTATION DU PLAN DE RELANCE ET DE RESILIENCE 2015-2017 DU SYSTEME DE SANTE 17](#_Toc533086421)

[5.1 Objectif Général 17](#_Toc533086422)

[5.2 Objectifs spécifiques 17](#_Toc533086423)

[5.3 Liens avec le PNDS 2015 – 2024 18](#_Toc533086424)

[5.4 PROGRAMMATION BUDGETAIRE DU PRRSS 2015-2017 18](#_Toc533086425)

[6 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRRSS 2015-2017 19](#_Toc533086426)

[6.1 Bilan physique de la mise en œuvre des actions prioritaires 19](#_Toc533086427)

[6.2 Bilan financier de la mise en œuvre du PRRSS 25](#_Toc533086428)

[6.3 Evaluation de la couverture des interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation 25](#_Toc533086429)

[6.4 Evaluation du cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017 suivant la chaine des résultats 28](#_Toc533086430)

[7 ANALYSE DE LA RIPOSTE AUX MALADIES SUR LA PERIODE 2015-2017 33](#_Toc533086431)

[7.1 Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites 33](#_Toc533086432)

[7.2 Programme National de Lutte le Paludisme 35](#_Toc533086433)

[7.3 Programme Elargi de Vaccination et de Soins de Santé Primaire (PEV/SSP) 38](#_Toc533086434)

[7.4 Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) 43](#_Toc533086435)

[7.5 Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) : Filariose Lymphatique, Onchocercose, Trachome, Schistosomiase, Géo-Helminthiases 44](#_Toc533086436)

[7.6 Programme national de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) 46](#_Toc533086437)

[7.7 Programme National de lutte contre la lèpre 47](#_Toc533086438)

[7.8 Programme national de lutte contre les maladies non-transmissibles 49](#_Toc533086439)

[7.9 Services national de la médicine du travail 51](#_Toc533086440)

[7.10 Santé Buccodentaire 53](#_Toc533086441)

[7.11 Lutte contre les cancers 55](#_Toc533086442)

[7.12 Santé et environnement 55](#_Toc533086443)

[8 ANALYSE DE RESULTATS SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L’ENFANT 55](#_Toc533086444)

[8.1 Mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile 55](#_Toc533086445)

[8.2 Principales réalisations programmatiques dans le cadre de la SMI 56](#_Toc533086446)

[8.3 Disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base (SONUB) 57](#_Toc533086447)

[8.4 Disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets (SONUC) 58](#_Toc533086448)

[8.5 Nutrition 60](#_Toc533086449)

[8.5.1 Insuffisance pondérale à la naissance 60](#_Toc533086450)

[8.5.2 Retard de croissance 60](#_Toc533086451)

[8.5.3 Allaitement maternel 61](#_Toc533086452)

[8.6 Principaux défis et perspectives de la SMI 62](#_Toc533086453)

[8.6.1 Principaux défis de la SMI 62](#_Toc533086454)

[8.6.2 Perspectives 63](#_Toc533086455)

[8.7 Santé des adolescents et des jeunes 63](#_Toc533086456)

[8.7.1 Prévention primaires des IST 63](#_Toc533086457)

[8.7.2 MGF 63](#_Toc533086458)

[8.8 Santé des personnes âgées 63](#_Toc533086459)

[9 ANALYSE DES RESULTATS SUR LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE SELON LES ORIENTATIONS DE L’OMS (RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE) 64](#_Toc533086460)

[9.1 Leadership et Gouvernance 64](#_Toc533086461)

[9.1.1 Cadre institutionnel 64](#_Toc533086462)

[9.1.2 Décentralisation et déconcentration 64](#_Toc533086463)

[9.1.3 Coordination des intervenants et interventions 65](#_Toc533086464)

[9.1.4 Moralisation de ressources et contrôle du système de santé 65](#_Toc533086465)

[9.1.5 Planification et Suivi-Evaluation 66](#_Toc533086466)

[9.1.6 Régulation et lutte contre les pratiques illicites 67](#_Toc533086468)

[9.2 Financement du système de santé 68](#_Toc533086469)

[9.2.1 Organisation du financement du système de santé 68](#_Toc533086470)

[9.2.2 Dépenses de santé 74](#_Toc533086471)

[9.3 Ressources humaines pour la santé 79](#_Toc533086472)

[9.3.1 Résumé analytique 79](#_Toc533086473)

[9.3.2 Organisation et gestion des ressources humaines pour la santé 79](#_Toc533086474)

[9.4 Prestations de services 85](#_Toc533086475)

[9.4.1 Organisation des soins 85](#_Toc533086476)

[9.4.2 Prestations au niveau centre de santé et communautaire 86](#_Toc533086477)

[9.4.3 Continuum de soins 87](#_Toc533086478)

[9.4.4 Qualité des services et soins au niveau du premier échelon 88](#_Toc533086479)

[9.5 Produits de santé et technologie médicale 90](#_Toc533086480)

[9.5.1 Produits médicaux 90](#_Toc533086481)

[9.5.2 Biologie clinique 96](#_Toc533086482)

[9.5.3 Transfusion sanguine 96](#_Toc533086483)

[9.5.4 Infrastructures, matériel et équipement pour l’offre de soins 101](#_Toc533086484)

[9.6 Système d’information sanitaire 109](#_Toc533086485)

[9.6.1 Système d’information de routine 109](#_Toc533086486)

[9.6.2 Système d’information basé sur la recherche 112](#_Toc533086487)

[10 NOUVELLES REFORMES ENTREPRISES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE 112](#_Toc533086488)

[10.1 Couverture Sanitaire Universelle (CSU) 112](#_Toc533086489)

[10.2 Approche « Une Seule Santé » ou OneHealth : Santé Humaine, Santé Animale et Environnement 113](#_Toc533086490)

[10.3 Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle 114](#_Toc533086491)

[10.4 Financement Basé sur les Résultats (FBR) 115](#_Toc533086492)

[10.5 Politiques publiques (santé dans toutes les politiques sectorielles) 116](#_Toc533086493)

[10.6 Contractualisation avec les formations sanitaires, personnels de santé et secteur privé 116](#_Toc533086494)

[11 SYNTHESE DE LA REVUE DU PRRSS 2015 – 2017 SUIVANT LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE 117](#_Toc533086495)

[11.1 Synthèse sur le Leadership et la Gouvernance 117](#_Toc533086496)

[11.1.1 PRINCIPAUX ACQUIS 117](#_Toc533086497)

[11.1.2 GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES 118](#_Toc533086498)

[11.1.3 DEFIS MAJEURS 118](#_Toc533086499)

[11.1.4 APPROCHES DE SOLUTIONS 118](#_Toc533086500)

[11.2 Synthèse sur le financement du système de santé 119](#_Toc533086501)

[11.2.1 PRINCIPAUX ACQUIS 119](#_Toc533086502)

[11.2.2 GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES 119](#_Toc533086503)

[11.2.3 DEFIS MAJEURS 119](#_Toc533086504)

[11.2.4 APPROCHES DE SOLUTIONS 120](#_Toc533086505)

[11.3 Synthèse sur les ressources humaines pour la santé 120](#_Toc533086506)

[11.3.1 PRINCIPAUX ACQUIS 120](#_Toc533086507)

[11.3.2 GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES 120](#_Toc533086508)

[11.3.3 DEFIS MAJEURS DU SYSTEME DE SANTE 120](#_Toc533086509)

[11.3.4 APPROCHES DE SOLUTIONS 121](#_Toc533086510)

[11.4 Synthèse sur les prestations de services 121](#_Toc533086511)

[11.4.1 PRINCIPAUX ACQUIS 121](#_Toc533086512)

[11.4.2 GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES 121](#_Toc533086513)

[11.4.3 DEFIS MAJEURS 121](#_Toc533086514)

[11.4.4 APPROCHES DE SOLUTIONS 122](#_Toc533086515)

[11.5 Synthèse sur les produits de santé et technologie médicale 122](#_Toc533086516)

[11.5.1 PRINCIPAUX ACQUIS 122](#_Toc533086517)

[11.5.2 GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES 122](#_Toc533086518)

[11.5.3 DEFIS MAJEURS 122](#_Toc533086519)

[11.5.4 APPROCHES DE SOLUTIONS 123](#_Toc533086520)

[11.6 Synthèse sur le système d’information sanitaire 123](#_Toc533086521)

[11.6.1 PRINCIPAUX ACQUIS 123](#_Toc533086522)

[11.6.2 GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES 123](#_Toc533086523)

[11.6.3 DEFIS MAJEURS 123](#_Toc533086524)

[11.6.4 APPROCHES DE SOLUTIONS 124](#_Toc533086525)

[12 ORIENTATIONS POUR LES FUTURES REVUES ANNUELLES CONJOINTES 124](#_Toc533086526)

[13 ORIENTATIONS POUR L’ELABORATION DU PLAN TRIENNAL 2019 – 2021 124](#_Toc533086527)

[CONCLUSION 126](#_Toc533086528)

# LISTE DES TABLEAUX

[Tableau 1: Le Plan de relance du système de santé est le plan triennal 2015-2017 du PNDS 2015-2024. 18](#_Toc533086529)

[Tableau 2 : Prévisions budgétaires du PRRSS 2015 – 2017 (en milliers d’USD) 18](#_Toc533086530)

[Tableau 3: Evaluation de la couverture des interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation 25](#_Toc533086531)

[Tableau 4: Evaluation du cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017 suivant la chaine des résultats 28](#_Toc533086532)

[**Tableau 5** : Evolution des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile et l’espérance de vie à la naissance, Guinée, 2012 - 2016. 56](#_Toc533086533)

[**Tableau** **6**: Nombre de décès maternel enregistrés en 2016, Guinée 56](#_Toc533086534)

[Tableau 5: Plan de financement du Plan de Relance du Système de Santé par pilier (en milliers USD) 69](#_Toc533086535)

[Tableau 6: Evolution des dotations budgétaires des années 2015 à 2017 69](#_Toc533086536)

[Tableau 7: Exécution financière du PRRSS 2015-2017 par orientation stratégique du PNDS (en milliers USD) 70](#_Toc533086537)

[Tableau 8 : Niveau d’exécution du budget du MS 2015-2017 par titre de la nomenclature budgétaire 70](#_Toc533086538)

[Tableau 9 : Comparaison des engagements financiers du Compact National et des Dépenses en santé par source de financement et par année (en Milliards de GNF) 72](#_Toc533086539)

[Tableau 10: Dépenses de santé par régime de financement 78](#_Toc533086540)

[Tableau 11: Répartition du personnel de santé par district par rapport aux normes de l’OMS 83](#_Toc533086541)

[Tableau 12: Situation absence au poste de travail 84](#_Toc533086542)

[Tableau 13: Tendance évolutive du nombre de contacts soins curatifs par habitants, de la couverture CPN4, accouchement assisté, couverture contraceptive, la proportion d’enfants de 12 – 23 mois complètement vaccinés. 86](#_Toc533086543)

[Tableau 14 : Variabilité de la couverture CPN4 +, du taux d’accouchement assisté et de la prévalence contraceptive en Guinée, 2016. 87](#_Toc533086544)

[Tableau 15: Tendance évolutive des indicateurs de soins hospitaliers (2015 – 2017) en Guinée. 89](#_Toc533086545)

[Tableau 16: Variation des taux de césarienne et d’occupation de lit selon les régions administratives, 2017, Guinée 90](#_Toc533086546)

[**Tableau** **17** : Situation des ressources humaines de la transfusion sanguine, Guinée, SARA 2017 98](#_Toc533086547)

[Tableau 18: Financement de la transfusion sanguine 2014-2016 99](#_Toc533086548)

[Tableau 19: Situation globale des infrastructures sanitaires publiques, Guinée 2017. 101](#_Toc533086549)

[Tableau 20: Répartition de l’offre publique de soins par région 102](#_Toc533086550)

[Tableau 21: Situation des infrastructures réalisées et en cours de réalisation par source de financement 102](#_Toc533086551)

[Tableau 22: Situation des travaux en projet pour la période 2018 - 2020 103](#_Toc533086552)

[Tableau 23 : Situation des infrastructures répondant aux normes 103](#_Toc533086553)

[Tableau 24: Distribution géographique des investissements 104](#_Toc533086554)

[Tableau 25: Disponibilité des services de santé, SARA 2017, Guinée 104](#_Toc533086555)

[Tableau 26 : Besoins d’investissements par niveau de priorité 105](#_Toc533086556)

[Tableau 27: Besoins en nouveaux investissements 106](#_Toc533086557)

[Tableau 28: Besoin d’infrastructures par région 106](#_Toc533086558)

[Tableau 29: Disponibilité moyenne des éléments d’aménagements et d’équipements indispensables 108](#_Toc533086559)

[Tableau 30: Taux de complétude et de promptitude dans la saisie des rapports statistiques selon les régions de 2015 à 2017 109](#_Toc533086560)

[**Tableau** 31: Ecart entre les taux de couverture en Penta3 et en CPN 4 selon les données administratives et les données d’enquête au cours des 3 années 110](#_Toc533086561)

[Tableau 32: Facteur de vérification des données au niveau des établissements de santé, par type d'établissement, instance gestionnaire et milieu urbain /rural. 110](#_Toc533086562)

# LISTE DES FIGURES

[Figure 1 : Pourcentage des établissements offrant des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base, (N=2263), Guinée SARA, 2017 58](#_Toc533086563)

[Figure 2: Pourcentage d'établissements offrant des services de soins obstétricaux complets, par type d'établissement (N=893) 59](#_Toc533086564)

[Figure 3 : Pourcentage de structures hospitalières offrant des services de soins obstétricaux et néonataux complets, par région (n=893) 60](#_Toc533086565)

[Figure 4: Prévalence du retard de croissance modéré et sévère(%) dans les regions admistratives 61](#_Toc533086566)

[Figure 5: Proportion des enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein ans les régions administratives, MICS 2016 61](#_Toc533086567)

[Figure 6: Proportion des enfants de moins de mois exclusivement allaités au sein selon le niveau d'instruction de la mère, MICS 2016 62](#_Toc533086568)

[Figure 1: Comparaison des besoins financiers du PNDS, du budget de la santé et des dépenses totales en santé (en Milliards de GNF) 74](#_Toc533086569)

[Figure 2: Dépenses courantes par prestataires (en Milliards de GNF) 75](#_Toc533086570)

[Figure 3: Dépenses courantes de santé par Maladie de 2015 à 2016 (en Milliards de GNF) 75](#_Toc533086571)

[Figure 4: Dépenses courantes de santé par région de 2015 à 2016 (en %) 76](#_Toc533086572)

[Figure 5 : Dépenses courantes de santé par habitant par région de 2015 à 2016 (en GNF) 77](#_Toc533086573)

[Figure 6: Situation de quelques indicateurs de santé en 2015 et 2016 77](#_Toc533086574)

[Figure 7: Dépenses totales en santé en valeur absolue par source de financement de 2010 à 2016 78](#_Toc533086575)

[Figure 8 : Dépenses totales en santé en % par source de financement de 2010 à 2016 78](#_Toc533086576)

[Figure 9: Distribution du Personnel de santé en % par catégorie professionnelle et par région\_ Guinée\_2017 80](#_Toc533086577)

[Figure 10: Distribution de Personnel de santé par région\_ Guinée\_2017 80](#_Toc533086578)

[Figure 11: Densité de personnel de santé (médecin, infirmier & sage-femme) pour 10 000 habitants par région administrative en 2017\_Guinée 81](#_Toc533086579)

[Figure 12: Densité de personnel de santé (médecin, infirmier & sage-femme) pour 10 000 habitants par district sanitaire en 2017\_Guinée 82](#_Toc533086580)

[Figure 13: Nombre de personnel de santé par catégorie (médecin, infirmier & sage-femme) pour 10 000 habitants par district sanitaire en 2017\_Guinée 83](#_Toc533086581)

[Figure 10 : Déterminants de santé en Consultation Primaire curative, région sanitaire de Kindia, Guinée, 1er semestre 2018 89](#_Toc533086582)

[Figure 11: Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la vaccination de l'enfant parmi les établissements de santé offrant ce service, SARA 2017, Guinée (n=914). 94](#_Toc533086583)

[Figure 12:Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la vaccination de l'enfant parmi les établissements de santé offrant ce service, par région (N=914) 94](#_Toc533086584)

[Figure 13 : Ruptures de stocks de vaccins de l’enfant dans les établissements de santé offrant des services de vaccination, SARA 2017, Guinée (n=914) 95](#_Toc533086585)

[**Figure** **14**: Pourcentage de structures de santé offrant des services de transfusion sanguine, par région (n=2263) 97](#_Toc533086586)

[Figure 15: Indice de disponibilité des intrants de transfusion sanguine, SARA 2017, Guinée 98](#_Toc533086587)

[Figure 16: Nombre de dons de sang pour 1 000 habitants 100](#_Toc533086588)

[**Figure** **17**: Répartition des dons de sang réalisés par type de dons 100](#_Toc533086589)

[Figure 18: Besoins d'investissements par région, Guinée 107](#_Toc533086590)

[Figure 19: Besoins d'investissements par préfecture, Guinée 107](#_Toc533086591)

# ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACT Combinaison Thérapeutique à base Artémisinine

ARV Anti Rétro Viral

ASC Agent de Santé Communautaire

BM Banque Mondiale

CARMMA 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 Prénatale

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 Organisme Non Gouvernemental

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

PDSD 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 Néonatals d’Urgence

SONUB Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence de Base

SONUC Soins Obstétricaux et Néonatals Complets

TB Tuberculose

TB/VIH Tuberculose/ Virus de l’Immunodéficience Humaine (coïnfection)

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

# INTRODUCTION

La nouvelle politique de santé de la période post Ebola se donne comme vision « une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d’un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation ». Cette vision de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) s’est traduite en un plan décennal (PNDS 2015-2017) et déclinée en plan triennal (PRRSS 2015-2017 et en plans d’actions opérationnels annuels (PAO 2015, 2016, 2017).

La lutte contre la MVE qui a conduit à son élimination totale, la mise en œuvre des PAO des structures centrales et déconcentrées, des projets et programmes, ont conduit à l’amélioration substantielle de l’état de santé des populations. Cette évaluation à mi-parcours du PNDS permettra de montrer les résultats obtenus, l’analyse des écarts par rapports aux cibles définies, l’évolution des principaux indicateurs de santé et l’impact immédiat, l’utilisation de ressources (matérielles, humaines et financières) au cours des trois premières années.

En effet les revues annuelles conjointes (RAC) sont un mécanisme utile pour analyser les progrès accomplis dans le secteur et recenser les problèmes qui doivent trouver une solution pour améliorer les résultats. Elles fournissent une base commune pour comprendre les problèmes et les priorités du secteur. Leurs conclusions et recommandations sont relayées par des plans d’action et un dialogue politique. Cette RAC se fonde sur les rapports systématiques des revues des plans d’action opérationnels (PAO) des districts et des régions sanitaires ainsi que des revues des programmes nationaux de santé et des études telles que les comptes nationaux de santé et SARA. Elle prévoie de rendre compte de la performance du système de santé et de trouver des moyens d’améliorer les résultats. Elle intègre également la redevabilité des partenaires non gouvernementaux, notamment sur les engagements qu’ils ont souscrits en faveur de l’efficacité de la coopération au développement.

La participation d’acteurs compétents est une caractéristique importante, afin d’inclure les ministères concernés par la santé, les principaux organismes d’exécution dans le secteur de la santé, les prestataires privés, les partenaires internationaux du développement, les universitaires et la société civile. La difficulté est de parvenir à une revue inclusive dont la taille et la portée permettront néanmoins une discussion approfondie des contraintes ou obstacles.

A cet effet, le Ministère de la santé en collaboration avec les PTF, a entrepris la revue annuelle conjointe de l’année 2018. Etant donné que les revues annuelles de 2015, 2016 et 2017 n’ont pas été réalisées, il a été convenu d’inclure ces années dans la présente revue.

Ainsi, le rapport de la revue du Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé Post Ebola s’articule autour des points suivants :

* Contexte et justification de la revue
* Objectifs et résultats attendus de la revue
* Méthodologie de la revue
* Présentation du PRRSS
* Evaluation des indicateurs de résultats
* Bilan de la lutte contre la maladie
* Analyse des piliers du système de santé
* Réformes du système de santé
* Synthèse : Principaux acquis, goulots d’étranglement/principaux problèmes, défis majeurs et approches de solution par pilier du système de santé
* Orientations pour les futures revues annuelles conjointes
* Orientations pour l’élaboration du plan triennal 2019 – 2021

C’est dans ce cadre que 887,168 millions USD ont été investis en 2015 et 2016 sur une prévision de 2013,805 millions USD pour les trois ans (*les données de 2017 n’étant pas encore disponibles au moment de la production de ce rapport*).

Au même moment 4.707 agents de santé ont été recrutés sur 2.000 prévus et mis à la disposition des structures de santé entre 2015 et 2017 ; 1.855 sur 18.234 relais communautaires et 185 sur 1.850 ASC prévus ont été recrutés pour couvrir tout le pays ; 27 Centres de Traitement et de Prévention des Infections (CTEPI) ont été construits et intégrés aux hôpitaux sur l’ensemble du territoire national ; Pour améliorer la surveillance épidémiologique et renforcer la supervision, 2.021 matériels roulants ont été acquis et mis à la disposition des services centraux et déconcentrés (camions frigorifiques, camions de transport, véhicules de supervision, motocyclettes) ; 12.437 kits de médicaments et vaccins, 29.000 kits césarienne ont été rendus disponibles dans les formations sanitaires du pays ; 30.525 personnes ont bénéficié de l’appui nutritionnel dans le cadre de la réhabilitation des personnes atteintes de la MVE.

Ces moyens déployés ont permis de réduire en 2017 à  550 pour 100.000 naissances vivantes la mortalité maternelle, à 32%0 la mortalité néonatale, à 66%0 la mortalité infantile, à 48%0 la mortalité juvénile et à 111%0 la mortalité infanto-juvénile, à 4,8 l’indice synthétique de fécondité et sensiblement 40% pour les vaccinations d’anti-rougeoleuse, polio, pentavalent et antiamarile. Et malgré les efforts fournis, certains indicateurs restent en dessous des attentes avec, entre autres, en 2017 des taux de 11% pour la PF, 35% pour la CPN4, 27% d’utilisation de MILDA chez les enfants de moins de 5 ans, 28% d’utilisation MILDA chez les femmes enceintes, 35% de couverture ARV … (EDS 2018).

Toutefois certains défis liés à la gouvernance du secteur méritent d’être soulignés en vue de leur prise en compte dans le futur Plan Triennal 2019-2021. Il s’agit entre autres de :

* Développement et adoption d’une architecture harmonisée et intégrée de coordination du secteur de la santé ;
* Renforcement du mécanisme de suivi-évaluation du PNDS et de la redevabilité des différentes parties prenantes ;
* Développement d’un programme d’appui sectoriel de la santé.

C’est dans cette optique que le Ministère de la santé envisage l’élaboration du Plan Triennal 2019-2021 pour mieux orienter les actions du département conformément aux prévisions du PNDS ; et du prochain Compact National Santé pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du nouveau plan.

# CONTEXTE DE LA REVUE

La nouvelle politique de santé de la période post Ebola, se donne comme vision « une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d’un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation ». Cette vision de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) s’est traduite en un plan décennal (PNDS 2015-2017), déclinée en plan triennal (PRRSS 2015-2017) et en plan d’action opérationnel annuel (PAO 2015, 2016, 2017). Aussi, le thème principal de cette revue 2018 s’intitule : « Progrès de la Guinée vers la couverture sanitaire universelle (CSU)».

La revue annuelle est axée sur les indicateurs et les cibles qui figurent dans les plans opérationnels annuels. Il s’agit principalement d’indicateurs d’intrants et processus, d’extrants, d’effets et d’impact. On peut aussi, s’ils sont disponibles, examiner les indicateurs de résultats. Les revues annuelles doivent régulièrement orienter l’évaluation. Les revues annuelles conjointes (RAC) fournissent une base commune pour comprendre les problèmes et les priorités du secteur. Leurs conclusions et recommandations sont relayées par des plans d’action et un dialogue politique.

Cette RAC se fonde sur les rapports systématiques des revues des plans d’action opérationnels (PAO) des districts et des régions sanitaires ainsi que des revues des programmes nationaux de santé et des études telles que les comptes nationaux de santé, EDS, MICS et SARA. Elle prévoie de rendre compte de la performance du système de santé et de trouver des moyens d’améliorer les résultats. Elle intègre également la redevabilité des partenaires non gouvernementaux, notamment sur les engagements qu’ils ont souscrits en faveur de l’efficacité de la coopération au développement. La participation d’acteurs compétents est une caractéristique importante, afin d’inclure les ministères concernés par la santé, les principaux organismes d’exécution dans le secteur de la santé, les prestataires privés, les partenaires internationaux du développement, les universitaires et la société civile. La difficulté est de parvenir à une revue inclusive dont la taille et la portée permettront néanmoins une discussion approfondie des contraintes ou obstacles.

A cet effet, le Ministère de la santé en collaboration avec les PTF, entreprend la revue annuelle conjointe de l’année 2018. Etant donné que les revues annuelles de 2015, 2016 et 2017 n’ont pas été réalisées, il a été convenu d’inclure ces années dans la présente revue.

# CONTEXTE GENERAL DU PAYS

## Situation géographique

Pays côtier, la République de Guinée est située en Afrique de l’Ouest et couvre une superficie de 245 857 km2. Elle est limitée : à l’Est par la Côte d’Ivoire, à l’Ouest par l’Océan Atlantique et la Guinée Bissau, au Nord par le Sénégal et le Mali, et au Sud par le Libéria et la Sierra Léone. Sur la plan géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre (4) régions naturelles assez bien distinctes et homogènes. Il s’agit de : la Guinée maritime ou Basse Guinée, la Moyenne Guinée ou Fouta-Djalon, la Haute Guinée, et la Guinée Forestière. Son système éco-climatique comporte un massif montagneux et une savane arborée, d’une part, une hydrographie particulièrement dense, ainsi qu’un littoral de 300 km, d’autre part.

## Situation démographique

Selon le recensement de 2014, la Guinée compte une population de 10,6 millions habitants avec 51,9% de femmes. Les femmes en âge de procréer représentent 25% de la population totale. Le taux d’accroissement annuel naturel est de 2,2%. C’est une population jeune, les moins de 15 ans représentent plus de 44%. La population est relativement peu instruite (EDS 2012 montre que 65 % des femmes et 47 % des hommes de 6 ans et plus n’ont aucun niveau). La population est principalement rurale (65%) et la taille moyenne d’un ménage est de 7,1 personnes. L’indice synthétique de fécondité est élevé, 5,1 enfants par femme.

## Situation économique et sociale

La Guinée possède des richesses naturelles très importantes, surtout dans les domaines agro pastoral, hydro électrique, halieutique et minier. Les terres sont très fertiles mais restent faiblement exploitées (seulement 11% des superficies cultivables sont exploitées). Sur le plan minier, la Guinée abrite des gisements de bauxite les plus riches au monde. En plus, elle possède de grandes réserves d’or, diamant et plusieurs autres minerais. Paradoxalement, le pays figure parmi les moins avancés au monde malgré cette grande richesse. Il est classé parmi les pays à faible indice de développement humain. Ainsi, selon l’Enquête Légère pour l’Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2012, plus de 55% de la population guinéenne vit au-dessous du seuil de pauvreté, surtout en milieu rural et dans les banlieues de la capitale.

## Situation politique

Accédée à l’indépendance le 2 Octobre 1958, l’évolution politique de la Guinée peut être répartie en trois grandes périodes.

* **La période 1958 –** 1984 correspond à la première République. Elle est caractérisée par un régime de parti unique d’inspiration socialiste. Le Parti Démocratique de Guinée (PDG) dirigeait l’État et régulait l’ensemble de la vie économique, sociale et culturelle du pays.
* **La période 1984 – 2010** correspond à la deuxième République. Elle est marquée par l’avènement des militaires au pouvoir par le Comité Militaire de Redressement National (CMRN). Cette période est caractérisée par de profondes réformes politiques, administratives, économiques et financières pour traduire l’option libérale des nouvelles autorités. Les profondes crises économiques, sociales et politiques qui ont affecté ce régime à partir de 2002 ont débouché sur la prise du pouvoir par les militaires en décembre 2008 par l’intermédiaire du Conseil National pour la Démocratie et le Développement (CNDD).
* **Á partir de décembre 2010**, la troisième République a été instaurée avec l’élection d’un Président de la République démocratiquement élu. Cette période est caractérisée par la reconnaissance et le renforcement de tous les acquis démocratiques des deux premières Républiques.

## Politique de Santé

La politique actuelle de santé de la Guinée est basée sur les soins de santé primaires visant la couverture sanitaire universelle. Sur le plan historique, le système de santé guinéen peut être décrit en quatre grandes périodes :

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

## Situation juridique

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

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

# OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA REVUE

## Objectif Général

L’objectif général de la revue du PRRSS (2015 – 2017) est de contribuer à l’amélioration de la mise en œuvre du PNDS (2015 – 2024). Objectifs spécifiques

* Analyser les progrès réalisés en termes de niveau d’atteinte des indicateurs de suivi des progrès et d’évaluation de la performance du système de santé ;
* Identifier les contraintes ou problèmes prioritaires liés à la mise en œuvre des différentes interventions du PRRSS, du PNDS 2015-2024 et de la réforme de couverture sanitaire universelle;
* Déterminer les mesures requises en termes de recommandations et de points d’action prioritaires pour améliorer les résultats de la période 2015-2017;
* Obtenir un consensus sur l’état d’avancement des progrès réalisés et des nouvelles priorités sanitaires ;
* Elaborer des orientations pour les futures revues annuelles conjointes (RAC) et du PNDS 2015 – 2024 ;
* Elaborer une feuille de route de mise en œuvre des priorités sanitaires pour le prochain plan triennal 2019-2021 et le plan d’action opérationnel (PAO) 2019 consolidé du MS.

# METHODOLOGIE DE LA REVUE

## Approches et Déroulement

La revue a été préparée et organisée par une équipe technique restreinte composée d’experts nationaux par l’entremise du Secrétariat Technique du Comité de Coordination du secteur de la Santé (ST-CCSS). Ces experts sont issus des services centraux du ministère de la santé, y compris les programmes et projets nationaux. Ils ont été désignés par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé sur proposition du Directeur Général du Bureau de Stratégie et de Développement (BSD). Cette équipe avait pour rôle de coordonner le processus technique de collecte et d’analyse des données, et la rédaction du rapport de la revue. Elle a travaillé sous la supervision du Directeur Général du BSD et de son adjoint. Les travaux se sont déroulés en trois phases : la phase préparatoire, la phase de la revue proprement dite et la phase d’après la revue.

* **Phase préparatoire**

Les travaux de cette phase ont porté sur les aspects techniques, logistiques et de mobilisation des ressources nécessaires à l’organisation de la revue du PRRSS 2015-2017. Il s’agissait plus particulièrement : (i) validation des termes de référence de la revue par le Comité de suivi-évaluation du PNDS, (ii) organisation de la revue documentaire, (iii) établissement de la liste des participants; (iv) mobilisation des ressources, (v) développement des plans d’analyse des données, (vi) collecte, traitement et analyse des données issues de rapports d’activités et de rapports d’enquêtes.

* **Phase de la revue proprement dite**

Les éléments suivants ont caractérisé cette phase, il s’agit :

* Développement et adoption du canevas du rapport de la revue. A cet effet, deux groupes de travail ont été constitués. Chacun de groupes de travail avait pour tâche d’amender le draft du canevas du rapport produit lors de la phase préparatoire en tenant compte du plan de référence (PRRSS 2015 – 2017) et le contexte actuel de la Guinée. Les résultats des deux groupes ont été présentés en plénière, qui a été suivie par l’élaboration du canevas consensuel du rapport de la revue.
* Remplissage du plan d’analyse des données en exploitant les différents documents sources. Ceci a consisté au renseignement de résultats globaux obtenus par indicateur de suivi et par année, le calcul des écarts entre les résultats attendus et les résultats obtenus, l’analyse désagrégée des valeurs des indicateurs pour les données les plus récentes. Les déterminants de désagrégation étaient : les régions administratives, le milieu de résidence, le niveau socio-économique et le niveau d’instruction. Pour conduire ce processus de remplissage, deux groupes de travail ont été constitués suivant la chaines des résultats définis dans le PRRSS 2015 -2017. Le 1er groupe a travaillé sur les indicateurs liés aux intrants et produits, le 2ème groupe quant à lui, a travaillé sur les indicateurs liés aux effets et impacts. Après validation des résultats de ces travaux de groupe en plénière, un document synthèse sur le cadre de mesure des résultats a été produit.
* Interprétation des données analysées. Ceci a consisté à l’organisation des travaux de groupe suivant les piliers du système de santé. Chacun groupe était chargé de justifier les résultats obtenus, d’analyser l’équité, d’identifier les goulots d’étranglement/principaux problèmes, d’identifier les défis majeurs et de proposer les approches de solution pour améliorer la performance du système de santé. Les résultats de différents groupes de travail ont été compilés dans un seul document, qui a constitué le rapport de la revue.
* Validation technique du rapport de la revue. Elle a consisté à l’organisation d’un atelier dans un hôtel à Conakry qui a regroupé l’ensemble des parties prenantes : services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers Cet atelier avait pour butde compléter les informations manquantes, d’amender et de valider techniquement le draft de rapport de la revue.
* **Phase d’après revue**

C’est la phase de rédaction et de production des rapports (rapport technique et rapport financier). Il s’agit aussi d’une phase d’évaluation de l’organisation et du déroulement de la revue en vue de capitaliser les expériences vécues et tirer des leçons pour l’avenir. Cette phase durera deux semaines.

## Outils, traitement et analyse des données

Des outils de collecte de données ont été conçus en vue de la réalisation du bilan de la mise en œuvre des actions prioritaires du PRRSS 2015 – 2017. En outre, un canevas d’évaluation du cadre de mesure de la chaine des résultats et d’évaluation des indicateurs liés aux interventions à haut impact suivant la pyramide de l’offre de soins. Le logiciel Excel a été utilisé pour calculer les écarts et produire des tableaux et courbes de tendance.

La suite du processus, a consisté en l’approfondissement de l’analyse à travers une approche qualitative. Il s’agissait de donner des explications sur les facteurs de succès et de non-réalisation de certains résultats.

## Limite de la méthodologie

Au titre des difficultés on notera le fait que l’absence d’un cadre détaillant les performances des différents niveaux de la pyramide sanitaire dans la mise en œuvre des PAO annuels du PRRSS ne facilite pas l’analyse sur le taux de réalisation physique des activités, le taux d’absorption des fonds, les facteurs de succès et défavorables dans la mise en œuvre des PAO et la proportion des activités non-planifiées qui ont été réalisées.

Aussi, certains résultats qui sont rapportés dans le cadre de mesure des résultats ne peuvent être interprétés facilement puisque la situation de départ c'est-à-dire les valeurs de référence ne sont pas disponibles. Au lieu des évolutions dans le temps au cours de la période de mise en œuvre du PRSSS, les analyses se sont limitées à des comparaisons entre régions et districts. Toutefois, ces dernières comparaisons ont relevées des constats remarquables et pertinents.

Egalement, il y a des indicateurs qui n'ont pas pu être mesurés en raison de l’absence des rapports d’enquêtes spécifiques devant les renseigner. Quant à l’organisation de la revue du secteur de la santé, les Directions préfectorales et régionales de la santé n’ont pas conduit de revue. Ceci limiterait la compréhension approfondie des facteurs pouvant influencer l’atteinte ou la non-atteinte de certains résultats.

Pour le cas spécifique de l’analyse sur les ressources humaines, les données utilisées portent sur les informations fournies par l’institut national de la statistique sur la base des salaires payés. Ces données ne prennent pas en compte les agents de santé effectivement en poste. L’analyse du bilan financier du PRRSS n’a pas été effectuée en raison d’absence de données.

# PRESENTATION DU PLAN DE RELANCE ET DE RESILIENCE 2015-2017 DU SYSTEME DE SANTE

## Objectif Général

Contribuer à l’amélioration de l’état de santé de la population guinéenne

## 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.

## Liens avec le PNDS 2015 – 2024

Tableau 1: 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)** | **Actions prioritaires** |
| **OS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence** | Elimination d’Ebola et autres maladies   * Prévention et Contrôle des Infections, * Surveillance Intégrée de la Maladie et 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 :   * Amélioration des prestations de services : PMA, PCA, interventions à haut impact (mère et enfant) * Renforcement du système de gestion |
| **OS3 : Renforcer le système national de santé** | Gouvernance :   * Soutien à la gestion * Coordination * Redevabilité * Engagement des communautés * Régulation |

## 

## RAPPEL SUR LA PROGRAMMATION BUDGETAIRE DU PRRSS 2015-2017

Tableau 2 : Prévisions budgétaires du PRRSS 2015 – 2017 (en milliers d’USD)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Orientation stratégique du PNDS | 2015 | 2016 | 2017 | Total | % |
| OS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence | 103 068 | 119 569 | 136 093 | 358 730 | 18% |
| OS2 : Développement de la santé de la mère, de l'enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | 99 014 | 107 578 | 118 231 | 324 823 | 16% |
| OS3 : Renforcement du système de santé | 418 555 | 492 667 | 419 031 | 1 330 253 | 66% |
| Total | **620 637** | **719 814** | **673 355** | **2 013 806** | **100%** |

# BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRRSS 2015-2017

## Bilan physique de la mise en œuvre des actions prioritaires

Au titre du bilan, il ressort de ce tableau ci-dessous ce qui suit :

* Concernant la lutte contre Ebola, la quasi-totalité des prévisions programmatiques ont été réalisées. Ce qui a conduit à l’arrêt de l’épidémie de la MVE.
* Sur l’amélioration de la fonctionnalité des Districts sanitaires, les résultats restent plus ou moins satisfaisants : certaines prévisions programmatiques ont été sous et/ou sur estimées ; d’autres indicateurs n’ont pas été pris en compte dans les prévisions programmatiques.

| Tableau 3: Evaluation des résultats programmatiques du PRRSS 2015 - 2017 | | | | | |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Rubriques | **Unité de mesure** | Prévu | Réalisé | Ecart |  | Niveau de performance |
| **1** | **RIPOSTE CONTRE EBOLA** |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Engagement communautaire et communication | Actions Prioritaires | 4 | 4 | 0 |  | 100% |
| 1.2 | Surveillance | Actions Prioritaires | 14 | 14 | 0 |  | 100% |
| 1.3 | Prise en charge des cas | Actions Prioritaires | 5 | 5 | 0 |  | 100% |
| 1.4 | Assainissement et gestion des corps | Actions Prioritaires | 2 | 2 | 0 |  | 100% |
| 1.5 | Soutien nutritionnel et social | Actions Prioritaires | 3 | 3 | 0 |  | 100% |
| 1.6 | Soutien à la gestion (Gestion des données, sécurité, logistique, finances, Recherche et Coordination) | Actions Prioritaires | 6 | 6 | 0 |  | 100% |
| **2** | **AMELIORATION DE LA FONCTIONNALITE DES DISTRICTS SANITAIRES** | | |  |  |  |  |
| 2.1 | **Lutte intégrée contre les maladies transmissibles, non transmissibles et les situations d’urgence** | | | | |  |
| 2.2 | **Construction et réhabilitation d'infrastructures sanitaires** | |  |  |  |  |
| 2.2.1 | **Rénovation / Extension/Mise aux normes y compris Labos et Unités de prise en charge des maladies infectieuses** | | | | |  |
| 2.2.1.1 | Centres de santé (CS) | Nombre | 94 | 68 | -26 |  | 72% |
| 2.2.1.2 | Centres de santé améliorés (CSA) | Nombre | 16 | 15 | -1 |  | 94% |
| 2.2.1.3 | Centres médicaux de Commune (CMC) | Nombre | 5 | 6 | 1 |  | 120% |
| 2.2.1.4 | Hôpitaux préfectoraux & régionaux | Nombre | 33 | 10 | -23 |  | 30% |
| 2.2.1.5 | Hôpital national | Nombre | 1 | 1 | 0 |  | 100% |
| 2.2.1.6 | Magasins de stockage (PCG) | Nombre | 3 | 3 | 0 |  | 100% |
| 2.2.2 | **Construction d'Infrastructures sanitaires** |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.2.1 | Centres de santé | Nombre | 60 | 61 | 1 |  | 102% |
| 2.2.2.2 | Centres de santé améliorés | Nombre | 8 | 4 | -4 |  | 50% |
| 2.2.2.3 | Hôpitaux préfectoraux | Nombre | 1 | 3 | 2 |  | 300% |
| 2.2.2.4 | Dépôt Régional PCG à Nzérékoré | Nombre | 1 | 1 | 0 |  | 100% |
| 2.2.2.5 | Institut National Santé Publique (Labo réf. P4) | Nombre | 1 | 0 | -1 |  | 0% |
| 2.2.2.6 | Directions Préfectorales de la Santé (DPS) | Nombre | 3 | 2 | -1 |  | 67% |
| 2.3 | **Equipement d'infrastructures sanitaires** |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.1 | **Mobilier et équipements médicaux** |  |  |  |  |  |
| 2.3.1.1 | Centres de santé | Nombre | 400 | 382 | -18 |  | 96% |
| 2.3.1.2 | Centres de santé améliorés | Nombre | 18 | 18 | 0 |  | 100% |
| 2.3.1.3 | Hôpitaux préfectoraux & régionaux | Nombre | 26 | 45 | 19 |  | 173% |
| 2.3.2 | **Laboratoires (Matériel de biologie médicale)** | |  |  |  |  |  |
| 2.3.2.1 | Centres de santé | Nombre | 400 | 400 | 0 |  | 100% |
| 2.3.2.2 | Centres de santé améliorés | Nombre | 8 | 8 | 0 |  | 100% |
| 2.3.2.3 | Hôpitaux préfectoraux | Nombre | 32 | 32 | 0 |  | 100% |
| 2.3.2.4 | Hôpitaux régionaux | Nombre | 8 | 8 | 0 |  | 100% |
| 2.3.2.5 | Laboratoires spécialisés | Nombre | 2 | 2 | 0 |  | 100% |
| 2.3.2.6 | Laboratoire national de référence | Nombre | 1 | 1 | 0 |  | 100% |
| 2.3.3 | **Equipements Informatiques et Bureautiques** | |  |  |  |  |  |
| 2.3.3.1 | Ordinateurs de bureau | kit | 750 | 1500 | 750 |  | 200% |
| 2.3.3.3 | Photocopieurs | kit | 150 | 150 | 0 |  | 100% |
| 2.3.3.5 | Vidéoprojecteurs | unité | 150 | 150 | 0 |  | 100% |
| 2.3.3.7 | Protection Antivirus | unité | 750 | 150 | -600 |  | 20% |
| 2.4 | **Etudes et Supervision des travaux d’infrastructures & d’équipements)** | | |  |  |  |  |
| 2.5 | **Logistique roulante** |  |  |  |  |  |
| 2.5.1 | Motos pour Centres de santé | Nombre | 100 | 1973 | 1873 |  | 1973% |
| 2.5.2 | Véhicules de supervision pour les Directions préfectorales santé | Nombre | 18 | 38 | 20 |  | 211% |
| 2.5.4 | Camion frigorifique pour la Coordination PEV/SSP | Nombre | 1 | 0 | -1 |  | 0% |
| 2.5.5 | Camion de transport pour la Coordination PEV | Nombre | 2 | 2 | 0 |  | 100% |
| 2.6 | **Fournitures et médicaments y compris kits Ebola** | |  |  |  |  |  |
| 2.6.1 | Niveau communautaire | kit | 7 500 | 7 500 | 0 |  | 100% |
| 2.6.2 | Postes de santé | kit | 3 000 | 3 000 | 0 |  | 100% |
| 2.6.3 | Centres de santé | kit | 1 800 | 1 800 | 0 |  | 100% |
| 2.6.4 | Hôpitaux préfectoraux et régionaux | kit | 120 | 120 | 0 |  | 100% |
| 2.6.5 | Laboratoires de référence (réactifs) | kit | 3 | 3 | 0 |  | 100% |
| 2.6.6 | Hôpitaux nationaux | kit | 9 | 9 | 0 |  | 100% |
| 2.7 | **Vaccins et matériels de vaccination** |  |  |  |  |  |  |
| 2.7.1 | Approvisionnement en vaccins | kit | 3 | 2 | -1 |  | 67% |
| 2.7.2 | Soutien aux services de vaccination | kit | 3 | 2 | -1 |  | 67% |
| 2.7.3 | Co-financement des nouveaux vaccins | kit | 3 | 2 | -1 |  | 67% |
| 2.8 | **Ressources humaines** |  |  |  |  |  |  |
| 2.8.1 | Recrutement de nouveaux agents santé | nombre | 2 000 | 4707 | 2 707 |  | 235% |
| 2.8.2 | Salaires et Motivation | agent | 33 000 | 33 000 | 0 |  | 100% |
| 2.8.3 | **Formation du personnel en surveillance épidémiologique** | |  |  |  |  |  |
| 2.8.3.1 | Agents de santé communautaire | nombre | 10 000 | 18 433 | 8 433 |  | 184% |
| 2.8.3.2 | Agents de Centres de santé | nombre | 1 000 | 1006 | 6 |  | 101% |
| 2.8.3.3 | Agents de santé des Hôpitaux | nombre | 200 | 200 | 0 |  | 100% |
| 2.8.3.4 | Agents de santé des DPS | nombre | 200 | 100 | -100 |  | 50% |
| 2.8.3.5 | Agents de santé des DRS | nombre | 40 | 40 | 0 |  | 100% |
| 2.9 | **Prestations de services spécifiques** |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.1 | **Programmes de lutte contre la maladie** |  |  |  |  |  |
| 2.9.1.1 | MII | moustiquaire | 2 700 000 | 9 206 267 | 6 506 267 |  | 341% |
| 2.9.1.2 | CTA | dose | 3 000 000 | 7 011 545 | 4 011 545 |  | 234% |
| 2.9.1.3 | SP (TPI) | dose | 1 500 000 | 8 532 087 | 7 032 087 |  | 569% |
| 2.9.1.4 | Réactifs (dépistage VIH) | test | 1 500 000 | 6 736 694 | 5 236 694 |  | 449% |
| 2.9.1.5 | Patients sous ARV | personne | 97 200 | 51 406 | -45 794 |  | 53% |
| 2.9.2 | **Programmes de lutte contre la mortalité maternelle** **et néonata**le | | |  |  |  |  |
| 2.9.2.1 | CPN | nombre | 1 500 000 | 910 000 | -590 000 |  | 61% |
| 2.9.2.2 | Accouchements assistés | nombre | 1 500 000 | 377 000 | -1 123 000 |  | 25% |
| 2.9.2.3 | PF | nombre | 600 000 | 15 375 | -584 625 |  | 3% |
| 2.9.2.4 | Césariennes | nombre | 9 000 | 29 000 | 20 000 |  | 322% |
| 2.9.3 | **Nutrition** |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.3.1 | Appui nutritionnel dans les CS | Nombre | 48520 | 30525 | -17 995 |  | 63% |
| 2.9.3.3 | Récupération nutritionnelle dans les Hôpitaux | Nombre | 42520 | 15625 | -26 895 |  | 37% |
| 2.10 | **Gestion des districts sanitaires** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **GOUVERNANCE DU SECTEUR** |  |  |  |  |  |
| 3.1 | Planification décentralisée (niveau national, régional et district) : PNDS, PRDS et PPDS | plan | 1 | 1 | 0 |  | 100% |
| 3.2 | Supervision intégrée (niveau national, niveau régional et niveau district) | visite | 100 | 100 | 0 |  | 100% |
| 3.3 | Suivi-évaluation : revues trimestrielles (CTC), revues semestrielles (CTPS, CTRS), revue annuelle du secteur | session | 100 | 48 | -52 |  | 48% |
| 3.4 | Réunions de coordination du secteur santé (niveau national, régional et district) | réunion | 100 | 53 | -47 |  | 53% |
| 3.5 | Audits des comptes | audit | 2 | 0 | -2 |  | 0% |
| 3.6 | Appui au Programme de Dialogue Politique en santé | plan | 3 | 3 | 0 |  | 100% |
| 3.7 | Développement du SNIS | plan | 3 | 3 | 0 |  | 100% |
| 3.8 | Assistance Technique Courte et longue durée | h/mois | 60 | 60 | 0 |  | 100% |
| 3.9 | Réunions et missions d’appui du ST/CCSS chargé de l’élaboration du PNDS 2015-2024 | Réunion/ Mission | 12 | 6 | -6 |  | 50% |

**Légende**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Perf. : ≥ 90% |
|  | Perf. : 70% à 89% |
|  | Perf. : 0% à 69% |

## Bilan financier de la mise en œuvre du PRRSS

Cette partie est développée dans le chapitre « Analyse des piliers du système de santé » au niveau de la rubrique financement du système de santé.

## Evaluation de la couverture des interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation

Tableau 3: Evaluation de la couverture des interventions à haut impact aux trois niveaux de prestation

| n° | **Indicateurs** | **Couverture de base 2014** | **Objectif en 2017** | **Résultats en 2017** | **Source** | **Ecart** | **Niveau de performance** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Services à base communautaire et familiale** |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Utilisation des MILDA pour enfants de moins de 5 ans | 26 | 38 | 27 |  | -11 |  |
| 1.2 | Utilisation des MILDA pour les femmes enceintes | 28 | 90 | 28 |  | -62 |  |
| 1.3 | Utilisation d’une eau de qualité | 76 | 80 | 82 |  | 2 |  |
| 1.4 | Accès aux structures d’hygiène et d’assainissement de base | 44 | 80 | 29 |  | -51 |  |
| 1.6 | Allaitement maternel exclusif (0-6 mois) | 21 | 23 | 33 |  | 10 |  |
| 1.7 | Prise en charge thérapeutique de la malnutrition < 5 ans) | 60 | 90 |  |  | -90 |  |
| 1.8 | Prise en charge communautaire de la diarrhée (<5 ans) | 34 | 46 |  |  | -46 |  |
| 1.9 | Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme | 28 | 42 |  |  | -42 |  |
| 1.10 | Prise en charge à domicile des cas de maladie respiratoire chez les enfants de moins de 5 ans | 28 | 42 |  |  | -42 |  |
| 1.11 | Pratique du lavage des mains par les ménages | 17 | 40 |  |  | -40 |  |
| 1.12 | Utilisation d’une latrine pour l’évacuation des excréta | 18 | 40 |  |  | -40 |  |
| **2** | **Services orientés vers les populations** |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 | Planification familiale | 8,5 | 25 | 11 |  | -14 |  |
| 2.2 | Consultation prénatale 4 | 57 | 85 | 35 |  | -50 |  |
| 2.3 | Vaccination contre le tétanos maternel et néonatal | 76 | 85 | 59 |  | -26 |  |
| 2.4 | Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse | 57 | 85 |  |  | -85 |  |
| 2.5 | Prévention et traitement de l’anémie ferriprive pendant la grossesse | 51 | 60 | 46 |  | -14 |  |
| 2.6 | Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI) | 24 | 85 | 79 |  | -6 |  |
| 2.7 | PTME (test, conseil, prophylaxie ARV et conseil sur l'alimentation du jeune enfant) | 40 | 90 |  |  | -90 |  |
| 2.8 | Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères séropositives | 20 | 85 |  |  | -85 |  |
| 2.9 | Vaccination anti-rougeoleuse | 62 | 69 | 40 |  | -29 |  |
| 2.10 | Vaccination BCG | 82 | 85 | 73 |  | -12 |  |
| 2.11 | Vaccin polio | 49 | 85 | 40 |  | -45 |  |
| 2.12 | Vaccin Pentavalent (DTC + Hb + Hépatite) | 47 | 58 | 40 |  | -18 |  |
| 2.13 | Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune) | 31 | 85 | 40 |  | -45 |  |
| 2.14 | Vaccin antipneumoccocique | - | 85 |  |  | -85 |  |
| 2.15 | Vaccin antirotavirus | - | 40 |  |  | -40 |  |
| 2.16 | Vaccin contre le VPH | - | 85 | 41 |  | -44 |  |
| 2.17 | Supplémentation en Vitamine A | 41 | 85 |  |  | -85 |  |
| **3** | **Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)** | |  |  |  |  |  |
| **3.1** | **Soins obstétricaux et néonataux** |  |  |  |  |  |  |
| 3.1.1 | Accouchement normal assisté par un professionnel | 45 | 53 | 55 |  | 2 |  |
| 3.1.2 | SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base) | 0,63 | 18 |  |  | -18 |  |
| 3.1.3 | SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets) | 13,4 | 28 |  |  | -28 |  |
| 3.1.4 | Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance | 30 | 43 |  |  | -43 |  |
| 3.1.5 | Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM) | 90 | 91 |  |  | -91 |  |
| 3.1.6 | Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium) | 15 | 40 |  |  | -40 |  |
| 3.1.7 | Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau-né | 10 | 40 |  |  | -40 |  |
| **3.2** | **Soins curatifs pour enfants et adultes** |  |  |  |  |  |  |
| 3.2.1 | Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans | 38 | 50 | 83,2 |  | 33,2 |  |
| 3.2.2 | Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie | 55 | 63 |  |  | -63 |  |
| 3.2.3 | Traitement de la rougeole par la vit A | 97 | 98 |  |  | -98 |  |
| 3.2.4 | Prise en charge de la diarrhée par le zinc | 30 (0,5) | 43 | 26 |  | -17 |  |
| 3.2.5 | Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pédiatrique | 28 | 42 | 18 |  | -24 |  |
| 3.2.6 | Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour adulte | 28 | 40 |  |  | -40 |  |
| 3.2.7 | Détection et prise en charge des IST | 57 | 85 |  |  | -85 |  |
| 3.2.8 | ME pour infections opportunistes | 50 | 57 |  |  | -57 |  |
| 3.2.9 | ARV pour enfant atteint du VIH/SIDA | 12 | 90 |  |  | -90 |  |
| 3.2.10 | ARV pour adulte atteint du VIH/SIDA | 70 | 80 |  |  | -80 |  |
| 3.2.11 | Prise en charge des résistances aux ARV de 1ère Intention | 5 | 5 |  |  | -5 |  |
| 3.2.12 | DOTS pour la TB | 60 | 69 |  |  | -69 |  |
| 3.2.13 | Retraitement des patients tuberculeux | 50 | 61 |  |  | -61 |  |
| 3.2.14 | Prise en charge des tuberculoses multirésistantes | 50 | 61 |  |  | -61 |  |

## Evaluation du cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017 suivant la chaine des résultats

Tableau 4: Evaluation du cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017 suivant la chaine des résultats

| **Chaine de résultats** | **Indicateurs de performance** | **Sources de données** | **Valeur de référence (2014)** | **2015** | | | **2016** | | | **2017** | | | | **2018** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cible** | **Résultat réel** | **Ecart** | **Cible** | **Résultat réel** | **Ecart** | **Cible** | **Résultat réel** | **Ecart** | **Cible** | | **Résultat réel** | **Ecart** |
| **Impact** De 2015 à 2024 : L’espérance de vie est augmentée de 58 à 65 ans | Espérance de vie à la naissance | GRP | 58 | 58,7 |  |  | 59,4 |  | -100% | 60,1 |  | -100% | 60,8 | |  | -100% |
| Impact 1 De 2015 à 2024 : La mortalité maternelle est réduite de 724 à 379 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 33‰ à 12,5‰ et la mortalité infanto juvénile de 123 à 47‰ | Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV | EDS ou MICS | 724 | 690 |  |  | 655 | 550 | -16% | 621 |  | -100% | 586 | |  | -100% |
| Taux de mortalité infanto juvénile (‰) | EDS ou MICS | 123 | 115 |  |  | 108 | 88 | -19% | 100 |  | -100% | 92,6 | |  | -100% |
| Taux de mortalité néonatale (‰) | EDS ou MICS | 33 | 31 |  |  | 28,9 | 20 | -31% | 26,9 |  | -100% | 24,8 | |  | -100% |
| **Impact 1.1** De 2015 à 2024 : la mortalité spécifique et la prévalence liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence est réduite de : (principales maladies transmissibles, maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination, maladies non transmissibles), le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la malnutrition, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète sucré, les violences, les traumatismes et les accidents | Taux de mortalité et prévalence par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies : paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré) | Annuaires statistiques et Programme Palu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 90% des cas de paludisme sont pris en charge au niveau des structures sanitaires et des communautés. | Annuaires statistiques et Programme Palu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 100% des tuberculeux sont pris en charge selon le protocole national | Annuaires statistiques et Programme TB |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Le taux de détection de la Tuberculose est de 100% | Annuaires statistiques et Programme SIDA et Hépatites |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 100% des femmes reçues en CPN bénéficient du dépistage du VIH et de la prise en charge des cas confirmés. | Annuaires statistiques et Programme SIDA et Hépatites |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Effet 1.1.1** 80% de la population ont accès à un paquet minimum de services de qualité | Réduction de 25% de l'usage nocif de l'alcool, 25% inactivité physique, 25% de consommation en sel, 30% usage du tabac, 25% hypertension et 25% obésité et diabète | Rapport programme maladies non transmissibles |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | Rapport programme maladies non transmissibles |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité (protection, promotion, prévention, prise en charge et réadaptation) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| ARV 100% des PVVIH | Annuaires statistiques et Programme SIDA et Hépatites |  |  | 66310 |  |  | 5182 |  |  |  |  |  | |  |  |
| l'Utilisation de MILDA des femmes enceintes passe de 28% à 90% | Annuaires statistiques et Programme Palu |  |  |  |  |  | 53,8 |  |  |  |  |  | |  |  |
| la couverture DOTS passe de 82% à 95%. | Annuaires statistiques et Programme TB |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| L’utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans passe de 26% à 90% | Annuaires statistiques et Programme Palu |  |  |  |  |  | 67,6 |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Produit 1.1.1.1 :** La capacité opérationnelle en Prévention, prise en charge des Infections et sécurité des patients et du personnel est de 80% | Taux de protection des populations et du personnel sanitaire contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence |  | PM | 8 |  |  | 16 |  | -100% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| -       80% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) | EDS ou MICS | PM | 8 |  |  | 16 |  | -100% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| -       80% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l’infection et de sécurité des patients | EDS ou MICS | PM | 8 |  |  | 16 | 12,9 | -19% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| -       80% de la population ont accès à l’eau potable | EDS ou MICS | PM | 8 |  |  | 16 | 82,1 | 413% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| **Produit 1.1.1.2:** La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Indice composite de capacité des services de santé à base communautaire (soins et services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs) |  | PM | 8 |  |  | 16 |  | -100% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| **Impact 1.2 :**  De 2015 à 2024, la morbidité et la mortalité liées aux complications de la grossesse et de l’accouchement, à la malnutrition et aux autres affections du cycle de la vie (fenêtre d’opportunité de 1000 jours, etc.) sont réduites de 50% | Nombre de décès de mères | DHIS 2 |  |  |  |  |  | 86 008 |  |  |  |  |  | |  |  |
| Nombre de décès par tranche d'âge et par sexe (nouveau-nés, enfants, jeunes/adolescents et des personnes âgées) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Incidence des maladies à déclaration obligatoire (rougeole, tétanos néonatal, fièvres hémorragiques) | Annuaires statistiques, ANSS ou PEV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Taux de fécondité des adolescentes (p,1000) | ESD ou MICS | 146 | 132 |  |  | 118 | 132 | 12% | 104 |  | -100% | 89,6 | |  | -100% |
| Mortalité liée aux complications obstétricales | ESD ou MICS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Prévalence du VIH chez les femmes enceintes | ENSS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Prévalence des MGF | EDS ou MICS | 78 | 74,2 |  |  | 70,4 |  | -100% | 66,6 |  | -100% | 62,8 | |  | -100% |
| Prévalence de la malnutrition aigüe chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ans | EDS ou MICS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Consommation de tabac et d’alcool | Rapport programme maladies non transmissibles |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Effet 1.2.1 :** La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 51% et Césarienne : 2% à 5% | CPN4+ : (%) | EDS ou MICS | 57 | 60,8 |  |  | 64,6 | 50,6 | -22% | 68,4 |  | -100% | 72,2 | |  | -100% |
| Accouchement assisté (%) | EDS ou MICS | 45 | 48,5 |  |  | 52 | 62,7 | 21% | 55,5 |  | -100% | 59 | |  | -100% |
| Césarienne (%) | EDS ou MICS | 2 | 2,3 |  |  | 2,6 | 3,1 | 19% | 2,9 |  | -100% | 3,2 | |  | -100% |
| PF (%) | EDS ou MICS | 19 | 19,9 |  |  | 20,8 | 8,7 | -58% | 21,7 |  | -100% | 22,6 | |  | -100% |
| Enfants complètement vaccinés (%) | EDS ou MICS | 37 | 42,8 |  |  | 48,6 | 26,3 | -46% | 54,4 |  | -100% | 60,2 | |  | -100% |
| Taux d'allaitement maternel exclusif (%) | EDS ou MICS | 21 | 22,1 |  |  | 23,2 | 35,2 | 52% | 24,3 |  | -100% | 25,4 | |  | -100% |
| Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%) | EDS ou MICS | 31 | 29,9 |  |  | 28,8 | 32,4 | 13% | 27,7 |  | -100% | 26,6 | |  | -100% |
| **Produit 1.2.1.1:** La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l’enfant, adolescents, personnes âgées, etc.) | Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) | SARA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| indice de capacité opérationnelle des services de santé | SARA |  |  | 55 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| SONUB (%) | SARA | 0,7 | 8,6 | 82 |  | 16,5 |  | -100% | 24,5 | 78 | 218% | 32,4 | |  | -100% |
| SONUC (%) | SARA | 13,4 | 20,1 | 59 |  | 26,7 |  | -100% | 33,4 | 22 | -34% | 40 | |  | -100% |
| **Produit 1.2.1.2 :** De 2015 à 2024 : La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Impact 2 :** De 2015 à 2024 Au moins 70% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé | Dépenses directes en % des dépenses totales en santé | CNS | 62 | 58,3 | 45,19 |  | 54,6 | 46,27 | -15% | 50,9 |  | -100% | 47,2 | |  | -100% |
| Satisfaction des usagers (%) | Envisager une enquête rapide | 39 | 42,1 |  |  | 45,2 |  | -100% | 48,3 |  | -100% | 51,4 | |  | -100% |
| **Effet 2.1** 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité | Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité | FBMR (GIZ) | PM | 8 |  |  | 16 |  | -100% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| **Produit 2.1.1:** La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% | Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %) | SARA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) | Annuaires statistiques et programme TB | PM | 8 |  |  | 16 |  | -100% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| Taux d’infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) | Annuaires statistiques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Produit 2.1.2** La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80% | Préparation générale des services de santé à base communautaire |  | PM | 8 |  |  | 16 |  | -100% | 24 |  | -100% | 32 | |  | -100% |
| **Produit 2.1.3:** 80% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposés à des dépenses catastrophiques de santé | Part du budget de l’Etat alloué au secteur santé (%) | Loi des finances | 3,5 | 4,7 | 4,27 |  | 5,8 | 4,66 | -20% | 7 | 4,94 | -29% | 8,1 | |  | -100% |
| Dépenses totales en santé /habitant (USD) | CNS | 26 | 27,9 |  |  | 29,8 | 44 | 48% | 31,7 |  | -100% | 33,6 | |  | -100% |
| Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques (%) | CNS | 8 | 8,7 | 2,24 |  | 9,4 | 5,11 | -46% | 10,1 |  | -100% | 10,8 | |  | -100% |
| Montant du fonds d’achat des services essentiels de santé | CNS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Produit 2.1.4 :** La densité en ressources humaines de qualité et la répartition sont améliorées | Nombre de médecins pour 10 000 habitants |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| milieu urbain | Rapport DNRH | 1,7 | 1,8 |  |  | 1,9 |  | -100% | 2 | 1,92 | -4% | 2,1 | |  | -100% |
| milieu rural : | Rapport DNRH | 0,3 | 0,5 |  |  | 0,7 |  | -100% | 1 |  | -100% | 1,2 | |  | -100% |
| Nombre d’infirmiers/infirmières pour 10000 habitants | Rapport DNRH | 1,3 | 1,4 |  |  | 1,6 |  | -100% | 1,7 | 2,5 | 47% | 1,8 | |  | -100% |
| Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants | Rapport DNRH | 0,27 | 0,5 |  |  | 0,7 |  | -100% | 1 | 1,19 | 19% | 1,2 | |  | -100% |
| **Produit 2.1.5:** L’accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 100% | Nombre d’établissements de santé pour 10 000 habitants | SARA | 1,82 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Nombre de lits d’hospitalisation pour 10 000 habitants | SARA | 1,82 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Nombre d’officines par 10 000 habitants | SARA | 0,02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Nombre d’établissements de laboratoires/unités de radio imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants | SARA | 0,05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Disponibilité moyenne d’une sélection de 14 médicaments, | SARA | 0,02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Prix médian des médicaments témoins) | Enquête Tarification PASA | 0,05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Produit 2.1.6:** La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et lagestion des services de santé est au moins de 80% | Pourcentage des décès et des naissances enregistrés | SNIS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Taux de complétude | DHIS-2 |  |  | 90,3 |  |  | 94,6 |  |  |  |  |  | |  |  |
| Taux de promptitude | DHIS-2 |  |  | 0 |  |  | 8 |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Produit 2.1.7:** De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80% | Taux de fonctionnalité des districts | Enquête spécifiques | 52 | 54,8 |  |  | 57,6 |  | -100% | 60,4 |  | -100% | 63,2 | |  | -100% |
| La stratégie sanitaire nationale comporte les principaux attributs (IHP+) (principales politiques : médicaments essentiels et produits pharmaceutiques ; tuberculose ; VIH/sida ; santé maternelle ; santé de l’enfant/ vaccination) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

# ANALYSE DE LA RIPOSTE AUX MALADIES SUR LA PERIODE 2015-2017

|  |
| --- |
| **Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites** |
| * Contexte Général |
| L’épidémie du VIH/sida est de type généralisé en République de Guinée avec une prévalence de 1,7% chez les personnes âgées de 15 – 49 ans. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (2,1%) que chez les hommes de la même tranche d’âge (1,2%). Selon l’enquête de surveillance sentinelle du VIH, la prévalence du VIH est de 3,5% chez les femmes enceinte. Il y a également des groupes de populations considérées comme clés dans la lutte contre le sida, car ayant un risque élevé de contamination et une prévalence très supérieure à celle de la population générale. Il s’agit des professionnelles de sexe, les Hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes, Utilisateurs de drogues injectables et les prisonniers avec des prévalences respectives de 10,7% ; 11,4% ; 5,5% et 2,3%. |
| * Grandes réalisations |
| Dans le cadre de la riposte, le programme bénéficie de l’appui financier du gouvernement (BND), du Fonds mondial (GFATM) et d’autres partenaires techniques et financiers impliqués dans la riposte au VIH en Guinée. Au cours de la période 2015 – 2017, le programme de lutte contre le sida et les hépatites (B et C) a réalisé les principales activités suivantes :   * développement d’une première politique et stratégie de lutte contre les hépatites virales, * sollicitation et signature d’une subvention de 40 millions de Dollars avec le Fonds mondial pour la riposte au sida pour la période 2018 – 2022; * mise sous ARV de plus de 51 406 personnes vivant avec le VIH; * parmi les 3110 enceintes dépisté séropositives, 2757 ont reçu un traitement prophylactique ARV pour réduire le risque de transmettre le VIH à leurs enfants, soit 89%; * le nombre de sites de dépistage volontaire est passé de 112 à 149; * le nombre de formations sanitaires ayant intégré les services de PTME est passé 297 à 706, dont 430 fonctionnels, c’est-à-dire produisant les rapports mensuels d’activités. Ce résultat a été obtenu grâce à l’implication de certains postes de santé dans les prestations PTME; * le nombre de sites assurant la prise en charge antirétrovirale est passé de 70 à 142, dont 86 fonctionnels; * le nombre de personne bénéficiant les ARV est passé de 35 083 à 51 400 contre un objectif de 97 200 en 2017; * pour améliorer l’accès des personnes vivant au comptage CD4, le programme a décentralisé la réalisation du comptage CD4 avec l’acquisition de nouveaux appareils dont le nombre est passé de 45 à 100; * trois plateformes de mesure de la charge virale ont été rendues disponible dans les régions de Conakry et de Kankan; * instauration de la couverture médicale, thérapeutique et psychosociale pour les patients souffrant d’hépatites; * mise en place de 57 postes d’appui psychosocial dans les sites de prise en charge médicale du VIH; * plus de 70% de patients co-infectés TB/VIH enregistrés ont bénéficié d’une prise en charge thérapeutique par les ARV. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| Malgré les décennies d'efforts fournis par le gouvernement guinéen et ses partenaires au développement pour améliorer la qualité et l’accès aux soins de santé, les résultats en matière de riposte au sida restent faibles. Le récent rapport de l’ONUSIDA, publié en juillet 2018, montre qu’à mi-chemin des objectifs mondiaux de la riposte au sida à l’horizon 2020, le rythme des progrès est encore loin d’être à la mesure de l’ambition affichée. Le tableau ci-dessous présente un résumé de la situation épidémiologique et de riposte au sida en Guinée au cours de la période 2015 - 2017.   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH | 110 000 | 110 000 | 120 000 | 120 000 |  |  | | Pourcentage des personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut sérologique\* | - | - | 47,20% | 90% | 54,90% | -35,10% | | Pourcentage des femmes enceintes attendues dépistées pour le VIH | - | 45% | 54% | 90% | 67% | -23,00% | | Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral | 23% | 31% | 38% | 43% | 44% | 1,00% | | Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu des ARV | 24% | 24% | 38% | 90% | 43% | -47,00% | | Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance | - | - | 11% | 77% | 11% | -66,00% |   *Source : rapport annuel PNLSH, Guinée.*  Il ressort de ce tableau que seulement 67% des femmes enceintes attendues en CPN ont été dépistées pour le VIH contre un objectif de 90%. Bien qu’il ait des progrès entre 2015 et 2017 en matière de dépistage des femmes enceintes, il reste cependant beaucoup à faire pour l’atteinte des objectifs d’élimination de la transmission mère-enfant du VIH en Guinée. Il y a eu certes une augmentation du nombre de personnes bénéficiant la thérapie antirétrovirale, mais l’écart en terme de couverture ARV reste important. Plus de 50% des personnes vivant avec le VIH ne bénéficiaient pas la TARV et plus de 80% des enfants (0- 14 ans) vivant avec le VIH ne bénéficiaient pas aussi de la thérapie antirétrovirale en 2017. Parmi les femmes enceintes vivant avec le VIH, seules 43% (32% à 53%) avaient accès à un traitement ou à une prophylaxie afin de prévenir la transmission du VIH à leurs enfants. Il y a aussi des défis qui demeurent en matière de dépistage du VIH et de suivi des patients sous TARV. Ainsi, plus de 40% des personnes vivant avec le VIH ne connaissaient pas leurs statuts sérologiques et plus de 10% des patients ayant initié une thérapie antirétrovirale étaient perdus de vue en 2017. Notons également que seulement 11% des enfants exposé, c’est-à-dire nés de mère séropositives ont bénéficié du dépistage précoce du VIH (PCR à 2 mois de la date de naissance). |
| * Principaux défis |
| Au terme de cette analyse, les principaux défis de la riposte au sida et aux hépatiques qui se dégagent sont :   * Rendre disponibles, de façon permanente, dans tous les sites de prestation des produits de santé VIH (ARV, médicaments anti IO et IST, réactifs et consommables) ; * Augmenter le taux dépistage précoce (à 2 mois) des enfants nés de mères séropositives et la prise en charge pédiatrique des enfants infectés par le VIH (0 – 14 ans) ; * Elargir le traitement la couverture de services de riposte au sida en intégrant les structures privés et confessionnelles ; * Mettre en œuvre les nouvelles stratégies différenciées de la riposte au sida (dépistage communautaire, PreP pour les populations clés, R3M-R6M, dépister-Traiter ; etc.). |
| * Perspectives |
| Pour relever ces défis cités ci-dessus, le programme a en perspective pour les trois prochaines années :   * Renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources internes (état et secteur privé) et externes ; * Renforcement des capacités de stockage et de distribution des produits de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; * Mise en place d’un mécanisme de monitoring en temps réel de la gestion des produits de santé VIH et Hépatites dans les sites de prestations ; * Opérationnalisation de tout le paquet des services PTME dans tous les services qui offrent les services de CPN (Publics et Privés) ; * Opérationnalisation de la prise en charge du VIH dans tous les services de pédiatries ; * Mise en place d’un mécanisme proactif de suivi des patients et de recherche des perdus de vue dans les tous les services de prestations VIH ; * Opérationnalisation du Plan stratégique de lutte contre les Hépatites dans les grands sites de prise en charge du VIH. |

|  |
| --- |
| **Programme National de Lutte le Paludisme** |
| * Contexte Général |
| La réorganisation de l’organigramme du Ministère de la santé a abouti à la création du programme national de lutte contre le paludisme suivant l’Arrêté N° A/2003/7482/MSP/SGG du 7 octobre 2003. La lutte contre le paludisme représente une priorité élevée dans les actions du gouvernement. Elle est incluse dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Elle est appuyée par divers partenaires financiers et techniques.  Le Plan Stratégique National 2018-2022 a pour but d’amener le pays vers la pré-élimination à l’horizon 2022 et cadre parfaitement avec la vision « Une Guinée sans paludisme pour un développement économique durable ». Il est en conformité avec les engagements internationaux du gouvernement notamment les objectifs de la CEDEAO, de l’Union Africaine, du Plan Mondial d’Elimination du Paludisme de l’OMS/RBM 2016-2030 et les Objectifs de Développement Durable 2030 (ODD3) des Nations Unies.  Ainsi, les objectifs du PSN 2018-2022 sont les suivants : i) Assurer la protection d’au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme ; ii) Assurer une prise en charge correcte et précoce d’au moins 90% des cas de paludisme ; iii) Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de suivi évaluation du Programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux. |
| * Grandes réalisations |
| Le résultat des réalisations est le fruit d’un processus participatif impliquant les services techniques du Ministère de la Santé et des autres Ministères concernés, les partenaires techniques et financiers (OMS, RBM, USAID/PMI, UNICEF), les ONGs (RTI/STOPPALU, MSH/SIAPS, CRS, Plan Guinée, MSH/LMG, Child Fund, …), le secteur privé, les acteurs de terrains (DPS, DRS) et les communautés (ACS, CSH, OBC …). Au cours de la période 2015-2017, le programme a réalisé principalement ce qui suit :   * 9 206 267 moustiquaires (MII, MILDA) distribuées en campagne et en routine ; * 7.011.545 doses de CTA dont 6 412 591 sous forme orale (dans les formations sanitaires et les communautés) et 598.954 injectables pour les formes graves du Paludisme ont été distribuées ; * 8.532.087 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) ont été distribuées pour le traitement du Paludisme Intermittent (TPI) chez la femme enceinte ; * 6.736.694 tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour le diagnostic biologique du paludisme ont été distribués au niveau des formations sanitaires (publiques, privées) et des communautés ayant permis la confirmation de. 1.794.654 cas ; * 1.818.036 cas ont bénéficié du traitement antipaludique dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire ; * 140.139 femmes ont reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent sur 228.514 femmes vues en première CPN durant la période soit 61,32% ; * pour la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS), deux campagnes ont été organisées dans les 8 districts sanitaires en 2015 et 2016. A cet effet, la proportion d’enfants ayant bénéficié des 4 passages étaient de 96 % en 2015 et 101% en 2016 ; * des études entomologiques et sur l’efficacité des MILDA et l’évaluation de la sensibilité des vecteurs aux insecticides ont été réalisées ; * les directives du programme ont été actualisées ce qui a permis de nombreuses formations sur : la politique nationale de prévention et de prise en charge du paludisme pour 112 enseignants des universités et des écoles de santé ; * la réalisation à travers les ONG et les OCB de 15.216 causeries éducatives dans les formations sanitaires et 561.704 par le biais des ASC ; * l’intégration des structures privées (associatives et confessionnelles, secteur minier) et parapubliques (Armées, Santé scolaire) dans la lutte contre le paludisme ; * le recrutement de points focaux-paludisme dans les 38 districts sanitaires. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | **Cible** | **Résultats** | **Ecart** | | Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d’action distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles | 41 145 | 357 706 | 344888 | 480 402 | 523 328 | 42 926 | | Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur public | 99,69 | 98% | 99,08% | 90% | 99,76% | 9,76% | | Proportion de cas de paludisme confirmés vus dans les formations sanitaires ayant reçu un traitement antipaludique approprié de première intention, conformément à la politique nationale | 97,40 | 99% | 98,28% | 100% | 99,30 | 0,7% | | Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté | 91,56 | 71% | 95% | 90% | 100,10% | 10,7% | | Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans la communauté | 108,44 | 154% | 100% | 100% | 99,70 | 0,3% | | Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent | 30,76% | 64% | 95% | 77,54% | 34,32 | 43,22% | |
| * Principaux défis |
| * Lutte Anti vectorielle (LAV) * Développement d’autres canaux de distribution : scolaire, communautaire …; * Développement des interventions d’assainissement du milieu en collaboration avec les communes, le ministère de l’environnement, les ONG/OBC, entreprises minières… * Prise en Charge des Cas de paludisme (Diagnostic et traitement) * Poursuite de l’intégration du secteur parapublic (services de santé des armées, entreprises parapubliques) et du secteur privé (entreprises minières, …) * Harmonisation des interventions sur le terrain entre le programme PCIMNE et le PNLP. * Interventions spécifiques de prévention * Mise à échelle dans les zones éligibles la Chimio prévention du paludisme ; * Renforcement des interventions permettant d’atteindre la couverture en TPI3 en collaboration avec les services de la Santé de la Reproduction avec l’implication des acteurs communautaires (ACS, ONG/OBC, COSAH). * Suivi -Evaluation * Amélioration de la qualité des données de routine et processus de retro information ; * Renforcement du système de Surveillance sentinelle pour collecter des données sur l’efficacité des antipaludiques, sur la sensibilité des vecteurs et sur la morbidité et la mortalité ; * Réalisation des recherches opérationnelles devant permettre de mesurer l’efficacité et l’impact du programme mais aussi pour améliorer les prises de décisions les changements sur les stratégies de lutte. * Gestion des achats et des stocks (GAS) * Amélioration du système d’information et de gestion logistique : suivi des stocks, commande, EUV. * Gestion du programme * Maintien en fonction des points focaux du programme au niveau des 38 districts sanitaires ; * Régularité et la fréquence des plans d’action (annuels, trimestriels et mensuels) seront maintenues grâce au leadership du PNLP et impliquera toutes les parties prenantes ; * Elargissement du partenariat amorcé depuis 2016 avec le secteur privé et la chambre des mines de Guinée vers les autres ministères (Environnement, action sociales, communication, Education nationale et défense). |
| * Perspectives |
| * Renforcement des compétences du personnel et des capacités logistiques ; * Organiser la campagne de distribution des MILDA en 2019 ; * Renforcement du système d’assurance qualité ; * Migration vers le DSHI2 ; * Organiser des supervisions :   – *Semestrielles des DRS par le niveau central ;*  *– Trimestrielles des DPS par les DRS ;*  *– Bimestrielles des Formations sanitaires par les DPS ;*  *– Mensuelles des agents de santé communautaire par les équipes des CS/ PS ;*   * Archivage et diffusion des informations (documentation des résultats du programme, des leçons apprises et des bonnes pratiques. |

|  |
| --- |
| **Programme Elargi de Vaccination et de Soins de Santé Primaire (PEV/SSP)** |
| * Contexte Général |
| Lancé en 1988 en Guinée, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) vise à l’amélioration de l’état de santé de la population, en particulier, celui des enfants et des mères qui constituent les groupes les plus vulnérables de la population. La vaccination étant la stratégie de santé publique la plus performante en terme de rapport coût efficacité, elle constitue un levier important pour la réduction de la pauvreté et l’amélioration des conditions de vie des populations. Le Programme a en charge, la conception, la mise en œuvre et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des stratégies du Ministère de la santé en matière de prévention des maladies par la vaccination et les soins de santé primaires. Ces objectifs prioritaires sont les suivants :   * D’augmenter la couverture vaccinale pour protéger un plus grand nombre de personnes ; * D’introduire de nouvelles technologies ; * D’éradiquer la poliomyélite ; * D’éliminer le tétanos maternel et néonatal ; * De contrôler la rougeole et la fièvre jaune ; * De contribuer à la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (méningite, Ebola…) ; * D’assurer la fourniture des ME et le recouvrement des coûts ; * D’assurer l’organisation des SSP au sein des structures de soins du niveau primaire.   Le PEV : un programme intégré dont la mise en œuvre est assurée par les trois niveaux de la pyramide sanitaire.  En Guinée, le PEV constitue une section de la Division de la Prévention et lutte contre la maladie et fait partie intégrante de la Coordination Nationale du Programme PEV/SSP/ME.  Au niveau central, la Coordination Nationale du PEV/SSP/ME coordonne la mise en œuvre du PEV sur l’ensemble du pays. Elle est rattachée à la Direction Nationale des grandes endémies et de la lutte contre la maladie et s’appuie sur 3 niveaux :    La Coordination Nationale : un acteur essentiel chargé de garantir et d’assurer l’atteinte des objectifs du PEV.  La Coordination Nationale du PEV/SSP/ME joue un rôle prioritaire dans la réalisation des activités du Programme. Elle est chargée de mobiliser les ressources, d’assurer le plaidoyer et sensibilisation sociale, de gérer le stock national de vaccins et consommables, d’approvisionner les DRS et DPS en vaccins et consommables, de suivre et évaluer les activités du PEV à travers la supervision et de gérer les données de vaccination et de surveillance épidémiologique. |
| * Grande réalisations |
| Les principales réalisations du Programme entre 2015 et 2017 sont déclinées par domaine de la manière suivante :   1. Coordination, gestion des Programmes  * Organisation du Forum National sur la Vaccination   Ce Forum National organisée en Octobre à Conakry trouve son fondement sur les principes fondamentaux de La Déclaration d’Addis-Abeba sur la vaccination (ADI) adoptée par les chefs d’État africains lors du 28e Sommet de l’Union Africaine et la Feuille de route de cette déclaration développée en Avril 2017. L’objectif du Forum qui a regroupé près de 420 participants était d’élargir les réflexions (au niveau technique et politique) et renforcer la mise en œuvre des stratégies prioritaires pour la relance de la vaccination de routine y compris l'engagement politique et la redevabilité à tous les niveaux. Le processus d’organisation du Forum s’est déroulé en 3 étapes :   * Un atelier pré-forum pour la revue documentaire et l’analyse des données * Une phase technique pour analyser les progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d’Action Mondial sur la Vaccination (GVAP) * Un Panel stratégique de haut niveau avec l’organisation des panels au niveau ministériel pour susciter davantage la mobilisation et l’engagement des départements sectoriels en faveur de la vaccination. * Stratégies d’intégration des services de vaccination systématique dans les formations sanitaires privées et confessionnelles- cas de la DCS de Ratoma : Dans le cadre de l'intégration des centres de santé confessionnels et privés du district sanitaire de Ratoma dans le PEV de routine, le Ministère de la Santé à travers le PEV, en collaboration avec le partenaire JSI, a organisé la réunion d'analyse de la situation vaccinale du 08 au 09 novembre 2017 à la DCS de Ratoma. L’objectif était de faire une analyse situationnelle des CS confessionnels et privés du District de Ratoma en vue de les intégrer dans le PEV de routine. Sur les 207 structures (privées et publiques) fonctionnelles, seulement 14 étaient intégrées dans la vaccination de routine. Ainsi, après analyse de la situation, en tenant compte du type de formation reçue, de l'intégrées à la Surveillance et de l'autonomie financière, 72 structures privées ont été retenues pour l’intégration de la vaccination de routine. Au terme de la rencontre, les différentes parties en matière de PEV ont pris des engagements concourant à l’atteinte des résultats escomptés ; * Recrutement de 100 prestataires de santé pour soutenir la vaccination de routine dans des postes et centres de santé des zones rurales et à accès difficiles ; * Rénovation et équipement de la Coordination nationale du PEV ; * Organisation de 3 réunions de gouvernance du PEV (CCIA) par an ; * Elaboration des documents stratégiques (PPAC 2016- 2020) et opérationnels pour les périodes de 2016 à 2017 ; * Conduite d’une évaluation conjointe GAVI, OMS, UNICEF et Ministère de la santé par an ; * Elaboration de la subvention RSS2/GAVI 2017-2021 qui a permis la mobilisation de 45 millions USD pour le soutien au système de vaccination ;  1. Immunisation  * Organisation d’une série de campagnes de vaccination contre la poliomyélite : une moyenne de 4 millions d’enfants de moins de 5 ans ont été touché par campagne avec une couverture moyenne de 99% par campagne selon les données administrative ; * la réalisation de trois évaluations indépendantes du Plan de riposte polio entre 2016 et 2017 ; la dernière évaluation conduite en janvier 2017 a conclu à l’interruption de la circulation du polio virus en Guinée ; ainsi, la Guinée est passée de pays à risque polio vers un pays vulnérable ; * Dans le cadre du contrôle/élimination de la rougeole d’ici 2012, une campagne de vaccination de suivi contre la rougeole a été organisée dans les 38 districts sanitaires du pays pour une cible totale de 2 350 712 enfants de 9 à 59 mois ; Les principaux résultats obtenus sont les suivants : au niveau national, la couverture en VAR chez les enfants de 9 à 59 mois est de 102,65%. Sur le plan régional, les extrêmes vont de 98% à Mamou, à 113% à Faranah 111%. Par rapport à l’objectif de couverture vaccinale de 95% pour cette campagne, toutes les régions l’ont atteint (couverture administrative). Par contre, les résultats de l’évaluation post campagne indique 92,5% de couverture vaccinale en deçà de 95% qui constitue la cible de performance minimale ; * Dans le cadre de l’élimination du TMN, un deuxième passage de la campagne de vaccination contre le TMN a été organisé du 26 au 31 décembre 2016 dans les 6 DS à haut risque à savoir Fria, Dubreka, Forécariah, Dabola, Faranah et Siguiri. D’une manière générale, au moins 85% de la population cible de 565 595 femmes en âge de procréer ont été vaccinés lors de cette campagne ; * Approvisionnement trimestriel des DS en vaccins et matériels de vaccins ; * Acquisition et installation de 235 réfrigérateurs solaires dans les centres de santé en 2016 ;  1. Logistique et gestion des vaccins  * Réalisation de l’inventaire des équipements de la chaine du froid en 2016 ; les résultants ont montré un total de 622 équipements dont 19% fonctionnent au kérosène, 13% à l’électricité et 67% au solaire dont 38% SDD et 29% avec batterie. Sur les 622 équipements, 64% marchent bien, 22% sont en panne et 14% marchent avec nécessité de réparation. L’âge moyen des équipements recensés est de 5.4. Selon la répartition par âge, 54% ont moins de 5 ans, 37% ont un âge compris entre 5 et 10 ans et 9% ont plus de 10ans. En ce qui concerne la répartition selon les normes, 46% des équipements répondent aux normes PQS, 48% aux normes PIS et 4% sont domestiques. * Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) : elle a porté sur un échantillon de 43 sites dont, le dépôt du niveau central, 08 dépôts régionaux, 17 dépôts de district et 17 centres de prestation de service. L'échantillonnage a été fait selon la méthodologie élaborée par la GEV en considérant un intervalle de confiance de 80% et une précision de ± 10%. Elle a porté sur la période du 1er Décembre 2014 au 30 Novembre 2015. Les résultats du tableau ci-dessous montrent un score global de 37% pour une performance attendue de 80%.  1. Communication, mobilisation sociale   Contractualisation avec les organisations de la société civil : la Coordination Nationale du PEV/SSP a contractualisé avec des ONG de santé dans trois régions (Kindia, Kankan et N’Zérékoré) dans le but de contribuer à l’amélioration de la couverture vaccinale (vaccination complète) des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes des préfectures de ces régions grâce à la communication interpersonnelle (CIP) et aux mass médias portant sur l’importance, l’efficacité et la gratuité de la vaccination. Ces différentes ONG ont abouti aux résultats répertoriés dans le tableau ci-dessous, grâce à la réalisation des activités de prises, des séances d’échanges, de sensibilisation et de renforcement des capacités, la diffusion d’émission, l’organisation des jeux publics et des visites de terrain.   1. Surveillance   Avec l’appui des partenaires techniques et financiers, le PEV a organisé la revue de la surveillance des PFA et autres Maladies Evitables par la Vaccination (MEV) du 09 au 20 janvier 2016 dans 3 régions à savoir Conakry (Matoto, Ratoma et Matam), Kankan (Siguiri, Kouroussa et Mandiana) et N’Zérékoré (N’Zérékoré, Beyla et Yomou). Des structures de santé publiques, privées et des communautés ont été visitées par les équipes d’évaluations. La restitution a été faite le 20 janvier 2017 sous la présidence de Monsieur le secrétaire Général du Ministère de la santé.   * Surveillance des PFA   Au niveau national, le taux de PFA non polio annualisé en 2017 est de 8,3 pour 100 000 enfants de moins de quinze ans. Ce résultat surpasse l’objectif standard qui stipule une cible ≥ 3 pour 100 000 enfants de moins de quinze ans.  Pourcentage de 2 échantillons de selles prélevés dans les 14 jours du début de la paralysie: 100% de cas de PFA notifiés au-delà des 14 jours du début de la paralysie ont bénéficié de l’examen de suivi au 60ème au niveau district et ont été examinés et classés par le CNEP. Ce résultat un pourcentage de 96,8% réalisés sur 80% ciblés.  Niveau déconcentré, 100 % des districts ont notifié au moins 1 cas de PFA au cours de l’année 2017. Ce qui traduit une performance dans la surveillance des PFA au niveau des districts.   * Surveillance des autres maladies * Surveillance de la rougeole : En 2017, 100 % des districts ont notifié plus de 2 cas suspects de rougeole. Avec la collaboration de l’ANSS, des actions de riposte ont été menées dans les districts sanitaires qui ont connus l’épidémie. * Surveillance de la Fièvre Jaune : La surveillance de la fièvre jaune a été performante au cours de l’année 2017 avec 100 % des districts qui ont notifié plus de 2 cas suspects de fièvre jaune. Les épidémies confirmées dans les préfectures de Télimélé et Boké ont été investiguées suivies de riposte ; * Surveillance de la méningite : Aucun cas méningite à méningocoque n’a été confirmé dans le pays en 2017. Malgré notification de cas méningite, la Guinée a élaboré un plan de renforcement de la surveillance et du contrôle des épidémies de la méningite dans le cadre des préparatifs de la saison épidémique 2018 : * Surveillance du TMN : Parmi les 174 cas de TMN notifiés courant l’année 2017, 94 cas ont été investigués dont 29 cas ripostés ; * Gestion- surveillance- des MAPI: La surveillance des MAPI a peu fonctionné au courant de l’année. Les comités de pilotage et de soutien à la gestion des MAPI à tous les niveaux sont encours de mise en place. Aussi, les supports de gestion des MAPI sont rarement remplis et transmis au niveau supérieur par les responsables de la surveillance du district sanitaire, bien que le circuit de transmission des données soit défini ; * Surveillance environnementale : En matière de surveillance environnementale, la Guinée a réalisé en 2017 ; 121 collectes sur 138 planifiées dans 7 sites. Soit un taux de réalisation de 88%.  1. Gestion des données  * Performances du PEV de routine   En 2017, deux régions n’ont pas atteint les objectifs de couverture par rapport à la plupart des antigènes. Il s’agit de Kankan et Boké. Le tableau suivant nous présente les couvertures vaccinales réalisées par antigènes et par région jusqu’en fin Novembre 2017.    En Guinée, seuls les antigènes VAA, VAR et PENTA3 ont enregistré une couverture vaccinale supérieure à la cible annuelle. Le BCG a une couverture annuelle de 89% contre 90% de la cible annuelle et le VAT2 65% contre 80% de la cible annuelle.   * Qualité des données   L’analyse du DVD-MT de janvier à octobre 2017, montre des données incomplètes de doses de vaccins utilisés dans certains districts sanitaires de : Mali pour le mois de janvier, Boffa et Mandiana pour le mois de juillet, Fria et Kaloum pour le mois de septembre. Les quantités des doses de vaccins reçues et de stock en fin de mois ne sont pas renseignées dans les rapports mensuels dans les mêmes districts, ce qui affecte sensiblement, la qualité des données de la vaccination de routine. Par ailleurs, on enregistre des taux de perte négatifs (citer quelques DS) dans certains districts et parfois élevés dans d’autres (citer quelques DS). Il est impérieux que tous les acteurs à différents niveaux puissent chacun en ce qui le concerne vérifier et valider les données avant la transmission au niveau hiérarchique supérieur. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs du programme |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | IMMUNISATION | | | | | | | | Couverture vaccinale en Penta 3 | 91% | 88% | 117% | 80% | 90% | +10% | | Couverture vaccinale en VAR | 94% | 91% | 120% | 80% | 91% | +11% | | LOGISTIQUE | | | | | | | | Nombre de structures sanitaires disposant d'au moins un réfrigérateur avec un enregistreur continu de température fourni par la plate-forme (CCEOP) | NA | NA | NA | 443 |  |  | | Pourcentage des districts ayant enregistré au moins une rupture en vaccins | ND | ND | ND |  |  |  | | SURVEILLANCE | | | | | | | | Taux de PFA non polio (pour 100000 enfants de moins de 15 ans) | 2.8 | 2,8 | 20,3 | ≥3 | 8,6 | +5,6 | | Pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours de début des paralysies | 92% | 92% | 94% | ≥80% | 94% | +14% | | Nombre d’échantillons sanguins de rougeole avec résultats | ND | 40% | 91% | ≥80% | 60% | -20% | | COMMUNICATION | | | | | | | | Nombre de plateformes communautaires opérationnelles en faveur de la vaccination | ND | ND | ND | 61 |  |  | |
| * Principaux défis |
| En dépit des résultats encourageants atteints par le programme depuis son lancement en Guinée, l’analyse du PEV par composante révèle quelques faiblesses. A ce titre, les défis majeurs du programme portent essentiellement sur l’amélioration des couvertures vaccinales. A cela s’ajoutent, l’insuffisance de personnel au niveau central et dans les points de prestations (postes de santé, centres de santé) ; l’amélioration de la qualité des données, l’amélioration de l’accessibilité de la population cible aux services de vaccination de qualité, le renforcement de la maintenance à tous les niveaux y compris sa décentralisation, la mobilisation des ressources internes en faveur de la vaccination, le renforcement des capacités de gestion du Programme, la fonctionnalité des districts sanitaires. |
| * Perspectives |
| Pour l’année 2018 et les années futures, il s’agira pour la Coordination nationale du PEV/SSP de :   * Améliorer la couverture vaccinale Penta3 et pour tous les autres antigènes ; * Préparer l’introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine en 2019 ; * Finaliser les conditions nécessaires au déblocage du financement de GAVI dans le cadre du RSS2.   A ces principales perspectives s’ajoutent :   * Le renforcement de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) avec l’amélioration de la stratégie avancée pour atteindre les hameaux les plus reculés ; * Le renforcement de la capacité de gestion du PEV ; * La mobilisation sociale intensive et la communication interpersonnelle pour la vaccination ; * L’amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des groupes vulnérables ; * Le déploiement et l’installation de 1361 réfrigérateurs solaires. |

|  |
| --- |
| **Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT)** |
| * Contexte Général |
| La lutte antituberculeuse est caractérisée par une forte décentralisation des services de diagnostic et de traitement. Depuis 1995, tous les districts sanitaires disposent des chacun d’au moins un laboratoire de microscopie. Ainsi en 2017, le pays comptait 60 centres fonctionnels assurant le diagnostic et le traitement de la TB (CDT). Depuis 2016, le pays a adopté le schéma court dans le traitement de la tuberculose multi résistante. Ceci a permis de réduire considérablement la durée du traitement. Il faudrait également noter que le DOTS communautaire est intégrée aux structures à tous les niveaux. |
| * Grandes réalisations |
| Les résultats obtenus par le programme en 2017 sont encourageants mais restent insuffisants au regard des objectifs assignés. Ainsi :   * le taux d’incidence estimé est de 176/100 000 habitants ; * le taux de mortalité est de 25/100 000 habitants contre un objectif de 25/100 000 habitants ; * le taux de notification des cas de tuberculose (cas nouveaux et récidives) est de 119/100 000 habitants pour une cible visée de 110/100 000 habitants ; * le taux de succès thérapeutique pour la tuberculose sensible était de 81%, proche de la cible de 84% ; * la proportion des patients tuberculeux dont un résultat du test VIH a été enregistré dans le registre de la tuberculose est de 83% pour un objectif de 90% ; * 89% des malades coinfectés bénéficiaient du traitement antirétroviral contre un objectif de 100%. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
|  |
| * Principaux défis |
| * Un des défis majeurs auquel a fait face le PNLAT a été la capacité de maintenir un approvisionnement régulier. Le programme a connu des ruptures de stocks en médicaments antituberculeux de première intention en 2017. Cependant, des stocks d’urgence fournis par l’Etat ont permis de juguler ces ruptures. * D’autre part, les distributions des médicaments et autres intrants par la PCG ont connu parfois des retards. |
| * Perspectives |
|  |

|  |
| --- |
| **Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) : Filariose Lymphatique, Onchocercose, Trachome, Schistosomiase, Géo-Helminthiases** |
| * Contexte Général |
| Le Programme National de Lutte contre l’Onchocercose, la Cecité et les Maladies Tropicales Négligées (PNLOC/MTN) a été mis en place en 2008. Il s’intègre à la vision de l’OMS et de ses partenaires qui est l’élimination de la filariose lymphatique, du trachome et de l’onchocercose et le contrôle de la schistosomiase et des géo-helminthiases d’ici 2025. Le Programme couvre tout le Pays.  La cartographie des maladies tropicales négligées (MTN) à chimiothérapie préventive (CTP) réalisée sur tout le territoire à partir de 2011, avec l’appui des partenaires, a révélé que : 24 districts sanitaires sont endémiques à la filariose lymphatique, 24 à l’onchocercose, 18 au trachome, 17 aux géo-helminthiases et 31 à la schistosomiase. Les campagnes de traitement de masse ont commencé en 2013 et à ce jour le Pays reçoit l’appui des partenaires pour la prise en charge de ces maladies sur tout le territoire. |
| * Grandes réalisations |
| En 2015, il y a eu le traitement de masse de :   * 1.475.442 personnes avec Ivermectine et Albendazole (IVM + ALB) contre l’oncho, la filariose lymphatique et les géo-helminthiases dans 9 districts sanitaires (DS) ; * 1.886.584 personnes avec Azithromycine (AZT) + pommade Tétracycline opht contre le trachome dans 7 DS.   En 2016, il y a eu le traitement de masse de :   * 5.208.237 personnes avec IVM + ALB contre l’oncho, la filariose lymphatique et les géo-helminthiases dans 24 districts sanitaires (DS) ; * 2.883.435 personnes ave AZT + pommade Tétracycline opht contre le trachome dans 9 DS ; 1.138.644 personnes avec PZQ contre la schistosomiase dans 15 DS.   En 2017, il y a eu le traitement de :   * 5.608.271 personnes avec IVM + ALB contre l’oncho, la filariose lymphatique et les géo-helminthiases dans 24 districts sanitaires (DS), * 3.229.420 personnes avec AZT + pommade Tétracycline opht contre le trachome dans 13 DS ; * 1.711.505 personnes avec PZQ contre la schistosomiase dans 21 DS. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | Couverture Thérap IVM +ALB (5 ans et plus) | 83 | 77 | 98 | 5855341 | 5608271 | 247070 | | Couverture épidémio IVM +ALB (toute la populat) | 68 | 61 | 79 | 7319176 | 5608271 | 1710905 | | Couverture épidémio AZT+pde Tétra opht | 95 | 88 | 96 | 3524929 | 3229420 | 295509 | | Couverture Thérap PZQ (5 à 14 ans) | \_ | \_ | 93 | 1832491 | 1711505 | 120986 | |
| * Principaux défis |
| * Insuffisance de personnel en quantité et qualité (gestionnaire de données ; suivi-évaluation, pharmacien-logisticien, communication-mobilisation sociale ; * Instabilité socio-politique et socio-économique (climat défavorable pour la mise en œuvre des campagnes de traitements de masses ; * Renforcement de la contribution de l’Etat. |
| * Perspectives |
|  |

|  |
| --- |
| **Programme national de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA)** |
| * Contexte Général |
| Le PNLTHA lancé en 2003 est l’un des Programmes du Ministère de la Santé. Son organisation suit celle de la pyramide sanitaire ; il est doté au niveau central par la Coordination Nationale chargée d’assurer la mise en œuvre des activités de lutte contre la THA composée d’un Coordinateur, d’un Coordinateur Adjoint, une Unité de prise en charge des malades, une Unité de Lutte anti-vectorielle, une Unité Surveillance Epidémiologique et d’un Secrétariat. |
| * Grandes réalisations |
| * Construction d’un centre de prise en charge de la THA à Forécariah ; * Réhabilitation du centre de traitement de Dubreka, suivi de la mise en place d’un centre d’essai clinique avec deux molécules (Fexinidazole et Oxa 009) ; * Surveillance épidémiologique dans les centres et postes de santé du littoral (Boffa, Dubreka et Forécariah), par la mise en place des TDRs); * Prospection médicale dans le foyer du littoral de Boffa ; * Prospection médicale dans le foyer du littoral de Dubreka ; * Prospection médicale dans le foyer du littoral de Forécariah ; * Prospection médicale dans le foyer du littoral de Boké ; * Traitement de tous les cas dépistés ; * Mise en place des sites sentinelles de surveillance épidémiologique à Nzérékoré (2 centres) Gueckédou (2 centres) Kankan ;(3 centres) Pita (2 centres) ; * Lutte anti-vectorielle (déploiement des écrans dans les préfectures de Boffa, Dubreka et Forécariah). |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | Nombre de cas THA dépistés | 33 | 29 | 107 | 140 |  |  |  | |
| * Principaux défis |
| * Participation communautaire pour le dépistage et la lutte anti vectorielle ; * Harmonisation des interventions dans le système de santé. |
| * Perspectives |
| * Poursuivre les activités de lutte dans les foyers actifs ; * Poursuivre les activités de surveillance épidémiologique dans les anciens foyers ; * Poursuivre les activités les activités de lutte anti vectorielles dans les foyers actifs (Dubreka, Boffa et Forécariah); * Poursuivre la formation des jeunes cadres ; * Recyclage des agents sur le terrain. |

|  |
| --- |
| **Programme national de lutte contre l’Ulcère de Buruli (PNLCUB)** |
| * Contexte Général |
| Le programme national de lutte contre l’ulcère de buruli a été créé par le Ministère de la santé en 2001, il a pour mission la mise en œuvre des plans stratégiques nécessaires à l’élaboration d’une politique nationale de lutte contre l’ulcère de buruli. Le programme est dirigé par un coordonnateur national nommé par arrêté du Ministre de la santé publique sur proposition du Directeur national de la santé publique.  Le programme national de l’ulcère de buruli comprend un service administratif et financier, des services techniques (unité de diagnostic et de prise en charge médicaux chirurgicales, unité de dépistage précoce et surveillance épidémiologique). |
| * Grandes réalisations |
| * Construction du centre de dépistage et de traitement de la maladie (CDTUB) à N’Zérékoré et qui est opérationnelle depuis 2005 ; * Formation des agents de santé dans la prise en charge des cas ; * Campagne de dépistage actif dans la région forestière supposé endémique ; * Construction du siège du programme. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | Nombre total de cas | 54 | 72 | 72 | 100 | 98 | -2 | | Pourcentage des cas confirmés par PCR | 0 | 0 | 5.05% |  |  |  | | Pourcentage des patients de 15ans ou moins | 3.70% | 13.38% | 13.88% |  |  |  | | Pourcentage des femmes | 46.29% | 52.77% | 37.05% |  |  |  | | Pourcentage des cas avec limitation des mouvements articulaires | 20.37% | 20.83% | 16.66% |  |  |  | | Pourcentage des cas avec forme ulcéreuse | 80.48% | 87.05% | 84.72% |  |  |  | | Pourcentage catégorie I | 5.55% | 9.72% | 11.11% |  |  |  | | Pourcentage catégorie II | 51.81% | 36.11% | 55.55% |  |  |  | | Pourcentage catégorie III | 42.59 | 54.16% | 33.33% |  |  |  | |
| * Principaux défis |
| * Confirmation biologique (PCR) des cas cliniques sur place ; * Dépistage précoce des cas qui évite les complications de la maladie et qui constitue la seule méthode de prévention de nos jours. |
| * Perspectives |
| * Mise en place d’un laboratoire de confirmation biologique des cas cliniques ; * Etendre le dépistage dans les autres régions du pays. |

|  |
| --- |
| **Programme National de lutte contre la lèpre** |
| * Contexte Général |
| C’est en 1986 que la lutte contre la lèpre é été réorganisée par la mise en place d’un programme national de lutte contre la lèpre. Depuis lors, la Guinée poursuit ses efforts pour consolider l’élimination de cette maladie en tant que problème de santé publique. Il s’agit de l’atteinte d’une prévalence de moins de un cas pour 10 000 habitants telle que recommandé par l’OMS. A cet effet, l’une des stratégies clés est le dépistage précoce des cas, qui permet non seulement une prise en charge moins onéreuse mais surtout que la maladie n’évolue pas vers l’installation des invalidités qui fait des malades des cas sociaux. |
| * Grandes réalisations |
| * la guérison de plus de 90 000 malades ; * une réduction de la prévalence à moins d’un cas pour 10 000 habitants dans toutes les préfectures sanitaires. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| En fin 2017, le niveau des principaux indicateurs étaient le suivant :   * Taux de détection = 2.04/100 000 habitants * Proportion des MB parmi les nouveaux cas = 86% * Proportion des enfants parmi les nouveaux cas = 7% * Proportion des mutilés degré 2 parmi les nouveaux cas = 16% * Prévalence au 31/12/2017= 0,23/10 000 habitants   Evolution des principaux indicateurs du Programme lèpre de 2008 à 2017   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Années | PREVALENCE | | DETECTION | | %  MB | % Mutilés | %  Enfants | | NOMBRE | TAUX | NOMBRE | TAUX | | 2008 | 1416 | 0,7 | 1689 | 8,8 | 51,5 | 10,6 | 11 | | 2009 | 915 | 0,74 | 1234 | 8,7 | 53 | 6 | 13,3 | | 2010 | 685 | 0,58 | 929 | 6,68 | 58,6 | 7 | 13,3 | | 2011 | 914 | 0,52 | 1097 | 6,23 | 63 | 8 | 11,6 | | 2012 | 712 | 0,45 | 880 | 5,48 | 73 | 12,2 | 10 | | 2013 | 663 | 0,38 | 829 | 4,29 | 67,6 | 9,4 | 11 | | 2014 | 684 | 0,35 | 803 | 2,79 | 68,6 | 10,5 | 9,7 | | 2015 | 575 | 0,26 | 660 | 2,12 | 67% | 9% | 10% | | 2016 | 535 | 0,21 | 636 | 2,16 | 68% | 10% | 8% | | 2017 | 266 | 0,23 | 239 | 2,04 | 86% | 16% | 7% | |
| * Principaux défis |
| * Le retard dans la mise à disposition des fonds ; * Insuffisance de moyens logistiques pour couvrir tout le pays dans le délai imparti * Proportion élevée des multi bacillaires (MB), forme contagieuse, 86% des nouveaux cas ; * Proportion élevée des invalidités degré 2 (handicapé à vie), 16% des nouveaux cas ; |
| * Perspectives |
| * le maintien des acquis ; * la Réduction du taux de prévalence à moins d’un cas pour 10 000 habitants dans les sous-préfectures encore hyper endémique ; * la Réduction de la proportion des infirmités à moins de 10% par l’intensification du dépistage précoce. |

|  |
| --- |
| **Programme national de lutte contre les maladies non-transmissibles** |
| * Contexte Général |
| Le programme MNT a été créé en 2010 par le Ministère de la Santé sur la base des données de l’enquête STEPS (Voir : <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/guinea/en/> .  Dans une première étape ce programme couvrait 4 entités : Diabète, Hypertension et Affections Cardiovasculaires, Cancers et Affections respiratoires chroniques Non Transmissibles.  En 2017 le Ministère a élargi cette définition pour ajouter 4 autres entités : Drépanocytose, Traumatismes et Violences, Santé Mentale et Déficiences Auditives.  Ces différentes entités fonctionnent de manière inadéquate et disposent de très peu de ressources, en particulier logistiques et opérationnelles. |
| * Grandes réalisations |
| Le plan d’action opérationnel de la première version du Programme MNT (4 entités) couvrait les années 2010-2015. Il n’était pas financé, peu d’activités ont été réalisées. Il faut remarquer le démarrage de la mise en œuvre de l’outil WHO-Pen dans un échantillon de structures de santé allant du Centres de Santé rural à l’hôpital régional. Il s’agit d’activités intégrées de diagnostic, traitement, prévention et promotion de la santé organisées sous forme d’algorithmes.  Depuis, avec l’épidémie de la Maladie à virus Ebola, le niveau d’attention sur les MNT a encore baissé.  La décision d’étendre le champ d’intervention des MNT, avec la restructuration du Ministère n’a pas encore conduit à réviser le plan stratégique pour intégrer les 4 nouvelles entités (Drépanocytose, Traumatismes et Violences, Santé Mentale et Déficiences Auditives), qui semblent moins structurées encore que les 4 entités initiales.  L’essentiel des activités réalisées entre 2015 et 2017 sont des activités faites sur financement ponctuels de l’OMS ou d’ONG internationales. Il y a très peu de visibilité des grands acteurs de la santé dans la lutte contre les MNT.  Un plaidoyer intense et tout azimut est en cours depuis des années. Le soutien de l’OMS pour la révision du Plan est enfin en cours, mais avec des moyens très faibles. Il y a aussi une inquiétude sur la faible participation des grands acteurs de la Santé, partenaires et institutions, ce qui pourrait constituer une perte d’opportunités d’appropriation et donc de capacités d’exécution. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
|  |
| * Principaux défis |
| Les principaux défis du Programme MNT sont les suivants :   * Faible fonctionnalité de l’instance de coordination, de régulation et de redevabilité du programme MNT * Faible capacité du système d’information et suivi/évaluation sur les MNT * Faible capacité opérationnelle des établissements de soins en médicaments essentiels, en équipements essentiels de qualité * Faible densité en ressources humaines de qualité et motivées et déséquilibre majeur dans leur répartition dans le pays * Faible capacité de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence * Faible prise en compte des maladies non transmissibles |
| * Perspectives |
| En attendant la révision du plan stratégique MNT, les activités prioritaires suivantes ont été produites par concertation avec les 8 entités constitutives du Programme et validées par la Direction nationale des grandes endémies et de la lutte contre la maladie, Ministère de la Santé. Il s’agit d’un extrait des activités du PAO 2019 pour la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) présentées selon le canevas du BSD.   1. RENFORCER LA FONCTIONNALITE DE L’INSTANCE DE COORDINATION ET DE REGULATION ET DE REDEVABILITE DU PROGRAMME MNT    1. Révision Politique et plan stratégique    2. Renforcement capacités opérationnelles du Programme       1. Moyens bureautiques et informatiques       2. Capacités de coordination / Ressources humaines 2. SYSTEME D’INFORMATION ET SUIVI/EVALUATION    * 1. Élaboration/révision des supports pour le suivi évaluation      2. Moyens supervision des activités / 3 véhicules      3. Intégration des données des MNT dans le SNIS : formations en cascades, supervision      4. Création d’un Bulletin MNT 3. RENFORCER LA CAPACITE OPERATIONNELLE DES ETABLISSEMENTS EN MEDICAMENTS ESSENTIELS, EN EQUIPEMENTS ESSENTIELS DE QUALITE    * 1. Achats de médicaments pour les MNT      2. Achat de matériel de base pour le diagnostic et la surveillance des MNT dans les Hôpitaux de District 4. AUGMENTER LA DENSITE EN RESSOURCES HUMAINES DE QUALITE, MOTIVEES ET MIEUX REPARTIES DANS LE PAYS    * 1. Soutien à la Licence Diabète, Nutrition et Promotion de la Santé      2. Soutien intégration Formations Modules MNT dans Santé Communautaire 5. RENFORCEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES ET DES SITUATIONS D’URGENCE    * 1. Soutien aux Associations de patients, ONG actives dans le champ des MNT      2. Soutien à la Sensibilisation : Célébration des Journées Mondiales de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque (Tabac, Alcool, Drogues, Sécurité routière, alimentation, Diabète, Hypertension, Crises cardiaques, Drépanocytose, Santé mentale, Asthme) 6. PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES    * 1. Réunion de plaidoyer à différents niveaux : Système Nations unies, Parlement, Privés et Associatifs      2. Intégration de la prise en charge des MNT dans les Programmes Prioritaires (Mère, Enfants, Famille, Paludisme, VIH, Tuberculose)      3. Équipements de base pour faciliter intégration dans Santé Communautaire : Outils de Sensibilisation, Glucomètres, Appareils à Tension, Balances, Toises, Appareils ECG, Audiomètres, Spiromètres, Spéculums, Colposcopes, Vidéo-colposcopes, Appareils de Cryo coagulation. |

|  |
| --- |
| **Services national de la médicine du travail** |
| * Contexte Général |
| Le service national de la médecine de travail est un établissement public à caractère social et sanitaire place sous la tutelle du Ministère de la sante. Il a pour mission, la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans le domaine de la prévention et de la protection de la santé des travailleurs. A cet effet, il est particulièrement chargé de.   * Surveiller et protéger la santé des travailleurs de manière systématique ; * Prévenir les maladies professionnelles et les accidents de travail ; * Améliorer les conditions hygiéniques psychologiques ; * Déterminer les altitudes médicales aux postes de travail ; * Adapter l’outillage et l’organisation scientifique du travail (sécurité environnementale) ; * Aider à la prise en charge des problèmes de santé des travailleurs lies ou pas aux conditions de travail. |
| * Grandes réalisations |
| * Elaboration du guide de la médecine du travail (2016) ; * Réalisation des visites médicales annuelles dans les entreprises pour s’assurer de l’aptitude des travailleurs ; * Formation des formateurs sur l’évaluation et la prévention des risques (2S) ; * Equipements en matériel d’exploration fonctionnelle (spiro et de laboratoire). |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | Visite médicales des travailleurs | 20% | 32% | 30% |  | 35% |  | | Dépistage des maladies à caractère professionnelles | 10% | 18% | 25% |  | 20% |  | | Dépistage des maladies systémiques | 40% | 60% | 35% |  | 55% |  | | Délivrance des certificats | - | - |  |  | 1522 |  | |
| * Principaux défis |
| * Couverture maximale des travailleurs en matière de surveillance médicale règlementaire * Amélioration de nos pratiques par le renforcement du plateau technique d’exploration. * Mise en place d’un système de contrôle et de surveillance de la santé en République de Guinée. * Plan de relance pour la mise en place d’un tableau National de maladies professionnelles. * Création et opérationnalisation des Antennes Régionales de Médecine du travail. * finition des travaux de construction du siège * Adduction d’eau par un système de forage. |
| * Perspectives |
| * Faire du SNMT une structure performante et innovante en matière de surveillance et de protection de la santé des travailleurs ; * Assurer à toutes les entreprises et à leurs travailleurs une offre de services certifiée, homogène, accessible et lisible ; * Disposer des équipements de pointe et former plus de spécialistes dans le domaine de la santé au travail. |

|  |
| --- |
| **Programme eau-hygiène et assainissement** |
| * Contexte Général |
| Les informations rapportées ici portent sur les réalisations de l’Unicef-Guinée dans sa composante « Eau, hygiène et assainissement ». Cette composante est l’une des principales actions de la stratégie de survie et développement de l’Enfant (SDE) de l’UNICEF. |
| * Grandes réalisations |
| * Au cours de la période considérée, la composante WASH a mis en œuvre des grandes réalisations à haut impact sur la survie et le développement de l’enfant (liste non exhaustive). * Coordination sectorielle WASH impliquant le secteur de la santé au niveau national et régional (en situation d’urgence et en développement) * Introduction et renforcement de l’ancrage institutionnel de l’approche WASH FIT (Plan de Gestion en matière de la santé environnementale) au sein du Ministère de la Santé ; * Elaboration de la stratégie du groupe sectoriel WASH (cluster WASH) pour la réponse multisectorielle à l’épidémie de maladie à virus Ebola ; * Evaluation des conditions WASH dans les zones hotspots cholera (littorale et axes routiers) pour renforcer la prévention et l’élimination du choléra en synergie avec l’Agence nationale de la sécurité sanitaire (ANSS) ; * Accélération de l’accès universel au service WASH (forages, latrines, dispositif de lavages des mains) dans 352 structures de santé y compris les centres de prises en charge nutritionnel et les sites sentinelles Cholera garantissant ainsi la qualité de prise en charge des patients et leurs accompagnants ; * Installations de 47 unités de chloration dans 47 structures de santé favorisant leur autonomisation en solutions chlorées pour les besoins d’hygiène, d’entretien, de désinfection. Bref de prévention et de contrôle de l’infection (PCI) ; * Passage à l’échelle dans la promotion des bonnes pratiques d’hygiènes dans les institutions (structures de santé et écoles) et dans les communautés dans le cadre de la réponse à l’épidémie d’Ebola par la distribution de 355 424 kits de lavage des mains au profit de 2 537727 personnes vulnérables * Renforcement de la capacité 1004 agents de santé sur les précautions standards minimums EHA en milieu de soins. |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | Nombre de formations sanitaires bénéficiant le paquet EHA | 15 | 121 | 154 | 25 | 62 | +37 | |
| * Principaux défis |
| * Renforcer la redevabilité des collectivités locales pour la gestion durable des infrastructures WASH dans les structures de santé ; * Accélérer la couverture universelle par l’accès aux infrastructures d’eau potables, les installations sanitaires et la promotion de l’hygiène les structures de santé notamment dans les zones vulnérables (zones hotspots cholera). |
| * Perspectives |
| * Renforcement de la coordination nationale WASH en milieu scolaire sous le leadership du Ministère de la Santé ; * Capitalisation de la phase pilote de mise en œuvre de l’approche WASH FIT et le passage à l’échelle ; * Intégration des indicateurs WASH dans le système national d’information sanitaire (SNIS). |

|  |
| --- |
| **Santé Buccodentaire** |
| * Contexte Général |
| Le Deuxième Programme National de Développement de la Santé Bucco-dentaire (2016-2020) prend en compte, neuf objectifs stratégiques qui partent du renforcement des capacités institutionnelle jusqu’au monitorage et l’évaluation en passant par la surveillance épidémiologique, la lutte contre les maladies de la sphère oro- maxillo-faciale, la formation des ressources humaines en santé, sans oublier le développement du partenariat. Le 2ème programme retient également deux objectifs stratégiques internationaux à savoir :   * La lutte contre le NOMA ; * La réduction progressive du mercure dans la dentisterie.   Ce deuxième Programme National de Développement de la Santé bucco-dentaire constitue donc un maillon important du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS : 2015-2024) dont l’objectif général est : « améliorer l’état de santé de la population guinéenne ». |
| * Grandes réalisations |
| * Existence d’une structure Administrative au sein du Ministère de la Santé chargée de la Coordination des activités des services de Santé Bucco-dentaire. * Section santé bucco-dentaire : Arrêté N°A/98/5850/SGG du 07 Août 1988. * Division Santé Bucco-dentaire : Arrêté N°05/MS/CAB/DRH du 17 Février 2014. * Constitution de l’Association Nationale des Odontologistes de Guinée (AOG) * Agrément N°91/1690/SED/SCIO du 08 Mars 1990. * Création de l’Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de Guinée * Ordonnance N°090/PRG/SGG/90 du 22 Décembre 1990. * Appartenance de la Guinée aux Institutions Dentaires Internationales : * Fédération Dentaire Africaine (FDA) 1991 * Groupement des Associations Dentaires d’Expression Française (GADEF) 1997 * Fédération Dentaire Internationale (FDI) 1997. * Membre de Sociétés Savantes : * Collège d’Odontostomatologie Africaine et Chirurgie Maxillo-faciale (COSA-CMF) * Collège Ouest Africain des Chirurgiens (toutes les spécialités chirurgicales confondues) (WACS). * Conférence des Doyens de Facultés Dentaires d’Expression Française (CID-CDF). * Création d’un Département d’Odontostomatologie intégrée à la Faculté de Médecine de l’Université Gamal de Conakry : Décision N°1/577/MEN/ du 12 Octobre 1991.   NB : Toutes ces Institutions coopèrent avec la Guinée dans les domaines des échanges culturels, scientifiques et de la recherche.   * Existence de documents de politique nationale et de programmes de développement du secteur bucco-dentaire : * premier programme 2003-2008 * période 2009-2015 : évaluation de l’impact de la mise en œuvre du premier programme. * deuxième programme : 2016-2020. * De 1980 à 2018 tous les efforts conjugués pour lutter contre les affections bucco-dentaires ont abouti aux résultats ci-après : * L’indice CAO qui était de : 6 en 1980 a régressé pour être côté à 3,5 ; * La prévalence de la carie qui était de 99% dans les années 1980 est auteur de 80%   en 2015 ;   * Les parodontopathies étaient de 90% en 1980 sont tombées à 71,5% en 2015 ; * Les ressources humaines sont passées de : 39 chirurgiens-dentistes en 1990 à 315 en 2016 ; * Les ressources matérielles : De 15 services dentaires en 1980, le pays dispose de 62 en 2016 (publics et privés). |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | | | Cible | Résultats | Ecart | | CAO | 5 | 4 | 3,5 |  |  |  | | Prévalence carie | 90% | 80% | 78% |  |  |  | | Prévalence Paro | 75% | 72% | 71,5% |  |  |  | |
| * Principaux défis |
| * Formation de ressources humaines : * Infirmiers spécialisés en Odontologie (ISO) * Agents de santé Odontologiste/Agents de santé Communautaire * Chirurgiens-dentistes ; * Chirurgiens-dentistes spécialistes (en microbiologie, prothèse dentaire, implantologie, chirurgie buccale et maxillo-faciale, médecine dentaire légale etc…). * Déploiement équitable des ressources disponibles (300 chirurgiens-dentistes) sur toute l’étendue du Territoire Nationale) * Financement adéquat du secteur de la santé bucco-dentaire ; * Pénurie de matériels, matériaux et produits dentaires essentiels dans tout le pays ; * Développement de la collaboration multidisciplinaire et multisectorielle ; * Planification suivi et évaluation des activités ; * Prévention des affections bucco-dentaires ; * Promotion de la santé orale ; * Intégration de la codification des actes bucco-dentaires dans le système d’information sanitaire. |
| * Perspectives |
| * Création d’un dépôt dentaire pour doter les services en fournitures dentaires ; * Combattre les Cabinets Dentaires clandestins et régulariser leur situation administrative (Agrément) ; * Rehausser le cadre institutionnel de Division au niveau Direction Nationale du secteur de la Santé Bucco-dentaire ; * Intensification de la coopération avec les Institutions Dentaires dans le monde ; * Financement indispensable pour la mise en œuvre effective du deuxième programme national de la santé bucco-dentaire ; * Opérationnaliser à travers l’amélioration des conditions de travail de tous les services de santé bucco-dentaire du pays en vue de la prise en charge de toutes affections bucco-dentaires des populations. |

|  |
| --- |
| **Lutte contre les cancers** |
| * Contexte Général |
|  |
| * Grandes réalisations |
|  |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
|  |
| * Principaux défis |
|  |
| * Perspectives |
|  |

|  |
| --- |
| **Santé et environnement** |
| * Contexte Général |
|  |
| * Grandes réalisations |
|  |
| * Niveau d’atteinte des principaux indicateurs |
|  |
| * Principaux défis |
|  |
| * Perspectives |
|  |

# ANALYSE DE RESULTATS SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L’ENFANT

## Mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Les taux de mortalité infantile et maternelle en Guinée restent parmi les plus élevés au monde. Les principales causes des décès maternels sont entre autres : les ruptures de l’utérus, les infections puerpérales, l’hypertension et l’anémie. L’amélioration de l’accès aux services obstétricaux d’urgence de base est une stratégie efficace pour la réduction de la mortalité maternelle. Les soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base ou complets ont pour but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Ils comprennent : la prise en charge des complications pendant la grossesse, l’accouchement et la période postpartum, la prise en charge des complications du nouveau-né et les soins postabortum.

Malgré qu’elle ait diminué en passant de 724 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 à 550 pour 100 000 naissances vivantes en 2016, la mortalité maternelle reste élevée en Guinée. Il est de même pour la mortalité néonatale et infanto-juvénile (Cf. tableau ci-dessous).

**Tableau 5** : Evolution des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile et l’espérance de vie à la naissance, Guinée, 2012 - 2016.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indicateurs | EDS MICS 2012 | MICS 2016 |
| Mortalité maternelle | 724 pour 100 000 NV | 550 pour 100 000 NV |
| Mortalité néonatale | 33 ‰ | 20 ‰ |
| Mortalité Infantile | 67‰ | 44 ‰ |
| Espérance de vie à la naissance | 48,5 ans\* | 60 ans\*\* |
| \**estimation 1991, \*\*estimation2010* | | |

Au cours de l’année 2016, 2 791 décès maternels ont été enregistré dans le pays (annuaire statistique). La majorité des décès maternels enregistré sont survenus dans la région de Kindia (35%), suivie des régions de Boké (16%) et de N’zérékoré (16%). Cf. tableau ci-dessous.

**Tableau** **6**: Nombre de décès maternel enregistrés en 2016, Guinée

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Régions | Grossesses attendues | Décès maternels dans les centres de santé | Décès maternels dans les structures hospitalières | Total décès maternels | Proportion |
| Boké | 53 111 | 27 | 555 | 582 | 21% |
| Conakry | 81 447 | 148 | 22 | 170 | 6% |
| Faranah | 46 172 | 46 | 231 | 277 | 10% |
| Kankan | 96 227 | 217 | 54 | 271 | 10% |
| Kindia | 76 518 | 207 | 759 | 966 | 35% |
| Labé | 48 691 | 5 | 33 | 38 | 1% |
| Mamou | 35 838 | 12 | 25 | 37 | 1% |
| Nzérékoré | 77 394 | 255 | 195 | 450 | 16% |
| Guinée | **515 398** | **917** | **1 874** | **2 791** | **100%** |

## Principales réalisations programmatiques dans le cadre de la SMI

|  |
| --- |
| * mise en place d’un Comité National Multisectoriel d’Action et de Suivi pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile présidé par le Ministre de la Santé ; * recrutement de 500 Sage-Femme par l’Etat et contractualisation de 72 Sage- Femmes; * création des coins de PECNN dans les 45 hôpitaux ; * création de coins de prise en charge des nouveau-nés dans 174 centres de santé ; * mise en application de la politique de gratuité de services en faveur des CPN, des accouchements et césariennes ; * mise à disposition des formations sanitaires de 910.000 kits CPN contre une prévision de 1.500.000 ; * 377 000 kits d’accouchements ont été mis à la disposition pour accouchements gratuits contre une prévision de 1 500 000 ; * 29.100 kits césariens ont été fournis sur 9.000 attendus ; * 583 groupements féminins ont été appuyés et formés sur la promotion de l’allaitement maternel et l’alimentation de complément ; * 30 525 enfants de 6 à 23 mois ont reçu les poudres de micronutriments pour enrichir leurs aliments de complément sur 48 520 ciblés ; * 1 276 425 enfants de 6 à 59 mois ont reçu la Vit A au cours de la semaine mère-enfant sur 2 042 612 ciblés. 410 CS et 38 hôpitaux ont été approvisionnés en intrants thérapeutiques. * 2 345 000 enfants de 6 à 59 mois ont été déparasités et supplémentés lors de la campagne rougeole ; * 15 625 enfants de 6 à 59 mois atteints par la malnutrition sévère sur 42 520 ciblés ont été pris en charge. |

## Disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base (SONUB)

L’analyse des données sur la disponibilité des structures de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d’urgence a été réalisée auprès de l’ensemble des structures de santé enquêtées (2263). L’administration parentérale d'anticonvulsivants est offerte par seulement 45% des structures de santé. Cependant, la méthode kangourou pour prématurés/ (nouveaux nés très petits) est disponible dans 31% des structures de santé. C’est seulement 7% des structures sanitaires qui offrent le service de réanimation aux nouveaux nés et 9% le service de traitement par corticostéroïde en travail prématuré. La disponibilité moyenne des services de soins obstétricaux d’urgence de base (orientés vers les mères) est de 62%.

Figure 1 : Pourcentage des établissements offrant des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base, (N=2263), Guinée SARA, 2017

Au niveau régional, Moins de la moitié des structures de santé des régions de Boké (48%) et Conakry (48%) offrent les services des soins obstétricaux d’urgence de base. Dans les régions de Faranah et Mamou, ces proportions sont respectivement égales à 79% et 73%. L’offre des services d’accouchement dans les structures de santé est relativement élevée dans les régions de Labé, Faranah, Nzérékoré et Mamou (respectivement 91%, 89%, 88% et 87%). Par contre, dans la région spéciale de Conakry, cette proportion est de55% et 64% dans la région de Boké.

La forte disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base constatée dans la région de Labé est sous-tendue par la pratique fréquente de l’allaitement immédiat et exclusif (90%), l’administration parentérale d'antibiotiques (66%) et l’administration parentérale d'ocytocines (71%).Pour la région spéciale de Conakry, on enregistre pour ces mêmes indicateurs 51%, 49% et 47%.

A l’exception des régions de Faranah (29%), Conakry (23%) et Kindia (22%), moins d’un cinquième des structures de santé des autres régions offrent le service au nouveau-né. Les services de réanimation néonatale et de corticostéroïdes en travail prématuré sont offerts respectivement par 21% et 17% des structures de santé de Conakry ; alors que dans les autres, ces services existent dans moins de 10% des structures de santé (à l’exception de Kindia). L’analyse par milieu de résidence montre une forte disparité par rapport à la pratique de la réanimation néonatale. En effet, en milieu urbain ce service est disponible dans 19% des structures de santé, tandis qu’en milieu rural, on enregistre seulement 1% de structures de santé qui en offrent. Ce sont 89% des structures de santé publiques et 47% privées qui offrent les services de soins obstétricaux de base. Plus de trois quart des CS-CSA-Cabinets médicaux (77%) et des postes de santé/Cabinets de soins (81%) offrent des services obstétricaux d’urgence de base.

## Disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets (SONUC)

Les soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets (SONUC) ont pour but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Ils comprennent en plus des fonctions de base, les prestations suivantes :

* Césarienne
* Transfusion sanguine
* Soins obstétricaux d’urgence complets (SOUC)

L’analyse des données sur la disponibilité des structures de santé à offrir des services de soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets (SONUC) a été réalisée auprès de 893 structures de santé qui sont spécifiquement des HN, HR, Polycliniques, HP, CMC, Cliniques, CSA, CS, Cabinets médicaux. La disponibilité moyenne des services de SONUC est de 22% pour l’ensemble des structures de santé. Toutefois, près de deux cinquièmes des structures de santé (38%) réalisent la césarienne. Quant à la transfusion sanguine, elle est réalisée dans 27% des structures de santé.

Figure 2: Pourcentage d'établissements offrant des services de soins obstétricaux complets, par type d'établissement (N=893)

L’analyse par type de structure de santé révèle qu’au niveau des hôpitaux nationaux excepté Donka, la disponibilité des services (SOUC, césarienne et transfusion) est de 50%. Tandis que dans les hôpitaux régionaux/polyclinique, on remarque une prédominance de césarienne (69%) ; la transfusion sanguine (51%) et le SOUC (44%). Moins d’un quart des hôpitaux préfectoraux-CMC-Clinique réalisent le SOUC.

La prise en compte du milieu de résidence dans l’analyse montre que les structures de santé urbaines offrent des services de soins obstétricaux et néonataux complets plus que les structures de santé rurales. Par exemple, l’offre de la césarienne est de 35% dans les structures de santé urbaines contre 3% seulement en zone rurale.

L’offre des services de césarienne est plus importante dans les régions de Nzérékoré (72%) et Mamou (60%). Par contre, dans la région de Kankan, c’est seulement 29% des structures hospitalières qui offrent ces services. Cette tendance est aussi bien valable pour la transfusion sanguine que le SOUC. A titre d’illustration, la transfusion sanguine est effectuée dans 67% des structures de santé de la région de Nzérékoré suivie de la région de Mamou (60%).

Figure 3 : Pourcentage de structures hospitalières offrant des services de soins obstétricaux et néonataux complets, par région (n=893)

## Nutrition

### Insuffisance pondérale à la naissance

Le poids à la naissance est un bon indicateur en nutrition. L’insuffisance pondérale à la naissance (définie comme moins de 2500 grammes) implique une série de graves risques sanitaires pour les enfants. Les bébés qui ont été sous-alimentés in utéro courent un risque accru de mourir au cours de leurs premiers jours, mois et années. Ceux qui survivent peuvent souffrir d’une diminution de leurs fonctions immunitaires; avec une incidence plus élevée de diabète et de maladies cardiaques plus tard dans la vie.

L'un des principaux défis pour mesurer l'incidence du faible poids à la naissance, c'est que plus de la moitié des enfants du monde en développement ne sont pas pesés à la naissance. Par le passé, la plupart des estimations de faible poids à la naissance pour les pays en développement étaient fondées sur des données compilées à partir des établissements de santé. Toutefois, ces estimations sont biaisées pour la plupart de ces pays parce que l’accouchement de la majorité des nouveau-nés n’a pas lieu dans des établissements de santé et ceux qui le sont ne représentent qu'un échantillon sélectionné de toutes les naissances.

### Retard de croissance

Sur la base des nouvelles normes de croissance de l’OMS, 32% des enfants guinéens de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition chronique ou de retard de croissance dont 15% sous la forme sévère. Cette forme de malnutrition est généralement la conséquence d’une alimentation inadéquate et/ou de maladies infectieuses survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. Les disparités selon les régions administratives sont marquées par une prévalence de retard de croissance dans les régions de Labé (43%), Faranah 41%), Mamou (39%) et Kankan (36%). Le niveau d’instruction de la mère a une incidence sur le niveau de la prévalence de retard de croissance : 35% pour celle n’ayant aucun niveau d’instruction contre 22% pour celle ayant un niveau du secondaire ou plus.

Figure 4: Prévalence du retard de croissance modéré et sévère(%) dans les regions admistratives

### Allaitement maternel

En guinée le taux d’allaitement maternel exclusif courant les six (6) premiers mois suivant la naissance de l’enfant, reste encore faible, seulement 35,2% en 2016. Les régions administratives connaissent une grande disparité sur l’allaitement maternel exclusif. Seule la région de Boké avec 55,6% connait un taux supérieur à la moyenne (50%). Toutes les autres régions sont en dessous de la moyenne. Les plus faibles taux sont observés dans les régions de Kankan (25,2%), Faranah (26,4% et de Labé (29,5%).

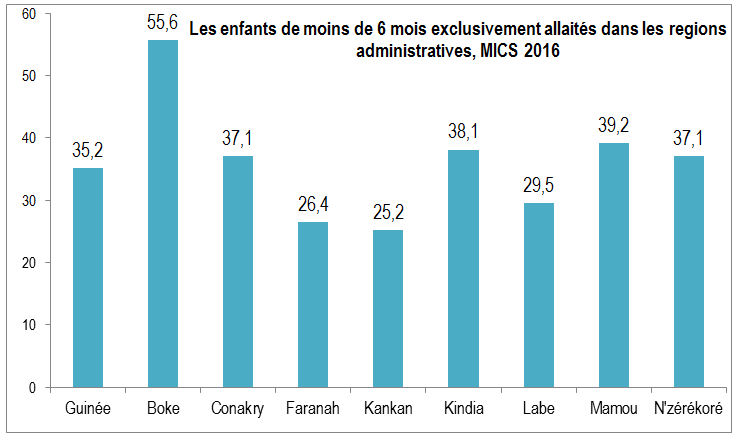


Figure 5: Proportion des enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein ans les régions administratives, MICS 2016

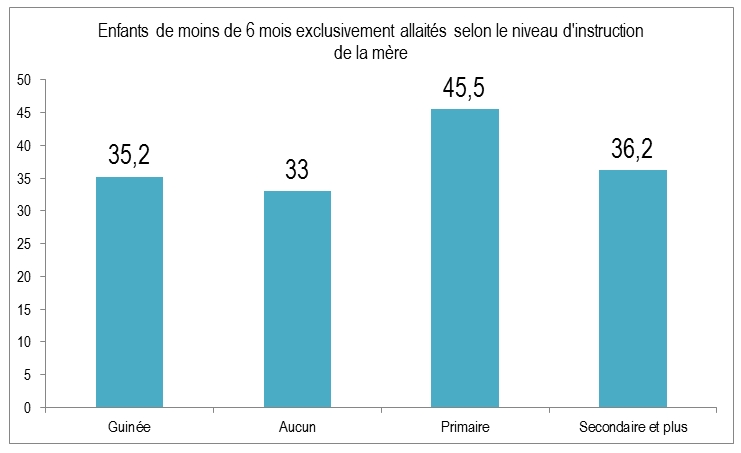


Figure 6: Proportion des enfants de moins de mois exclusivement allaités au sein selon le niveau d'instruction de la mère, MICS 2016

## Principaux défis et perspectives de la SMI

### Principaux défis de la SMI

* Relever le niveau de couverture des interventions à haut impact (CPNr, CPoN, SONU, SENN, PTME, SRAJ, PF, FO, VBG, PCIMNE, Nutrition, Vaccination, SDMR, PCI);
* Assurer la disponibilité en médicaments, réactifs, équipements, consommables médicaux et autres intrants ;
* Rendre disponibles des ressources humaines de santé (RHS) de qualité aux points de prestation ;
* Renforcer la gouvernance, la coordination, le partenariat et l’équité dans le développement du programme ;
* Renforcer le système de Suivi et Evaluation du programme ;
* Assurer un financement adéquat du programme de SRMNIA ;
* Rendre opérationnel la revue des décès maternel, néonatal et infantile
* Mise en œuvre des plans de Riposte
* Mettre le monitoring des SONU dans les structures de santé
* Réorganiser et étendre la couverture SONU
* Poursuite de la mise à l’échelle de la PCIMNE clinique, TETU et Soins du NN à domicile et la PCIMNE Communautaire
* Mise à l’échelle des coins de prise en charge des NN,
* Mise à l’échelle des SNN dans les structures de santé, SENN, SMK, Réanimation du NN
* Financement de la prise en charge des NN et des enfants de moins de cinq ans
* Poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour les de la santé maternelle, néonatal et infantile ;
* Renforcer la qualité des soins maternels néonatals et infantile

### Perspectives

* Mise à l’échelle du paquet de soins essentiels de la santé Maternelle, Néonatal et Infantile dans les communes de convergences prévue en collaboration avec la Direction de la Santé Communautaire ;
* Améliorer la qualité des soins et services de santé maternelle, néonatale et infantiles
* Renfoncer le SONU priorisés ;
* Renforcer les compétences par la mise en œuvre de l’approche mentorat et coaching.

## Santé des adolescents et des jeunes

### Prévention primaires des IST

### MGF

## Santé des personnes âgées

|  |
| --- |
| Santé des personnes âgées |
| * Contexte général |
|  |
| * Grandes réalisations |
|  |
| * Niveau d’atteintes des principaux indicateurs |
|  |
| * Principaux défis |
|  |
| * Perspectives |
|  |

# ANALYSE DES RESULTATS SUR LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE SELON LES ORIENTATIONS DE L’OMS (RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE)

## Leadership et Gouvernance

### Cadre institutionnel

L’administration du secteur de la santé guinéen est organisée de manière pyramidale avec des services centraux et des services déconcentrés. Le département de la santé est doté d’un manuel de procédure de gestion administrative, financière et comptable prenant en compte les aspects de planification et suivi-évaluation, gestion des ressources humaines, gestion financière. Ce manuel est valable pour les services centraux et déconcentrés.

Suivant les recommandations de l’audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la Santé en 2016, un nouveau cadre organique a été décrété en août 2018 par le Président de la République. Les textes d’application, et l’ameublement des services à tous les niveaux restent à faire.

### Décentralisation et déconcentration

L’article 29 du Code de Collectivités Locales consacre le cadre de la décentralisation. Il dote ces dernières de compétences dans le domaine de la santé. C’est pourquoi le Ministère de la santé a décidé de considérer le district sanitaire comme le niveau opérationnel de mise en œuvre de la politique nationale de santé et du plan national de développement sanitaire. Au niveau décentralisé il existe un ancrage du système de santé avec le processus de décentralisation vers les collectivités. Il y a déjà des acquis dans le domaine de la décentralisation et déconcentration, notamment :

* une très bonne expérience dans le cadre de la participation des communautés dans la gestion des centres de santé (COSAH) ;
* Initiation par le gouvernement de l’approche des communes de convergence visant le meilleur accès des communautés aux services sociaux de base de qualité (Eau-Hygiène-Assainissement, Education, Santé-Nutrition et fonction publique locale).

L’opérationnalisation de cet ancrage est une opportunité de base pour le renforcement de la participation communautaire. Toutefois, selon le rapport d’audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la santé, il y a des insuffisances auxquelles il conviendrait de remédier afin d’améliorer davantage la performance du système de santé dans le cadre de la décentralisation et déconcentration, à savoir :

* la méconnaissance par les élus communaux des principes du système sanitaire, de la politique du secteur, de la réglementation, des plans opérationnels et des critères de performance;
* la diffusion limitée du code des collectivités locales dans le pays et sa méconnaissance à la fois par les élus locaux et la plupart des responsables des services déconcentrés;
* l’inexistence de textes d’application dudit code ne permettant pas l’organisation conséquente des transferts de compétences et de ressources aux collectivités locales;
* l’inefficacité de la politique d’approvisionnement en médicaments essentiels dans les centres de santé et les hôpitaux et ;
* l’insuffisance de mesures consolidées d’accompagnement comme les subventions pour la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

Le niveau déconcentré du système de santé repose sur les DRS et DPS. Plusieurs éléments indiquent que l’espace sanitaire régional est relativement peu cohérent en tant qu’entité unique de gestion et de promotion de la santé à l’échelon régional. Mais dans le cadre de la gouvernance, il est utile de rappeler quelques contraintes importantes à la déconcentration:

* le non-respect du principe de subsidiarité qui stipule le renforcement et le respect de chaque niveau sans substitution ni usurpation;
* l’absence de budget de fonctionnement (DPS et DRS),
* la gestion des ressources humaines fortement centralisée ne permet pas au niveau régional de moduler la répartition des ressources humaines en fonction des besoins au niveau local.

### Coordination des intervenants et interventions

De nombreuses instances sont mises en place dans le cadre de la coordination aussi bien aux niveaux central et régional que préfectoral. Ces instances, notamment aux niveaux régional et préfectoral se tiennent régulièrement (CTRS, CTPS) avec production de rapports. Les sollicitations non coordonnées des multiples programmes de santé, des directions nationales et des PTF pour des réunions, séminaires ou supervision affectent négativement la performance des services de santé à la base.

Il existe un cadre d’harmonisation entre les PTF et le Ministère de la Santé dans le cadre d’un Compact National. Mais ce compact est peu suivi par les partenaires et l’Etat.

Il y a eu des projets de cartographie des intervenants et des interventions dans le secteur de la Santé. Mais ces cartographies sont souvent incomplètes et les mécanismes de leur mise en œuvre ne sont pas bien définis.

Le gouvernement a mis en place un comité de coordination du secteur de la santé composé de plusieurs secteurs, des PTF, des ONG, des Représentants des ordres professionnels et des sociétés savantes de la santé, de la société civile. Ce comité de coordination devrait se réunir deux fois par an pour valider les politiques, les plans stratégiques, les plans opérationnels annuels, le budget du Ministère et les rapports/revues annuels. Pour faciliter le fonctionnement de cette instance de coordination, il a été créé un Secrétariat Technique et des groupes thématiques en fonction des six (6) piliers du système de santé. Cet ensemble a fonctionné jusqu’à l’élaboration du PNDS (2015 – 2024) et du plan de résilience et de relance du système de santé post-Ébola (PRRSS 2015 -2017) et de la signature du compact en 2016. Depuis juillet 2017, il n’y a pas eu d’autre réunion de coordination du secteur, et les groupes thématiques ont cessé de fonctionner. Entre temps, plusieurs comités de pilotage reliés à des projets ont vu jour. Les instances de coordination internes ont fonctionné certes au niveau déconcentré, mais non au niveau central (CTC de 2018 intervient après celui de 2006). Cette situation a entrainé une faiblesse de la coordination du secteur se traduisant par :

* La duplication des fonds et des activités financées par les partenaires;
* La dispersion des interventions des acteurs du secteur ;
* Le transfert de fonds par les PTF aux différents programmes nationaux, directions nationales et services déconcentrés sans passer par la DAF;
* Les PTF suivent l’approche projet;
* La multiplicité des instances de coordination (ICN, CCIA, CIARHS, SRMANIA, etc.), qui demandent le même personnel et qui visent les mêmes cibles d’intervention ;
* La fragmentation du système de santé qui a accentué le dysfonctionnement du circuit de l’information, le cloisonnement, la verticalité et le faible élan à s’inscrire dans une démarche de redevabilité ;
* L’inexistence de relations formelles et structurées entre les différentes instances de coordination du secteur ;
* La faible fonctionnalité du cadre de suivi-évaluation du PNDS ;
* La faible intégration du secteur privé dans la coordination du secteur de la santé.

### Moralisation de ressources et contrôle du système de santé

Au cours des deux dernières années, le Ministère de la Santé, avec l’appui de ses partenaires, a fourni assez d’efforts dans le développement des nouveaux manuels de gestion administrative, comptable et financière. Toutefois, il conviendrait de noter les insuffisances ci-après :

* Faibles dissémination et appropriation de ces manuels;
* Absence d’un tableau de bord de gestion et de contrôle ;
* Absence de mécanisme de redevabilité à tous les niveaux (plan individuel de travail, indicateurs de performance individuelle et collective des agents de santé). Cette absence de repère, d’objectif et de système de motivation basé sur la performance entraine des frustrations, des démotivations et le transfert du personnel plus qualifié vers les institutions étrangères et les structures privées.

Par ailleurs, l’inspection générale de la santé, qui est censée assurer le contrôle et l’évaluation des politiques de santé publique reste peu performante. Sa mission s’articule autour de trois points :

* Contrôle des institutions (publiques, parapubliques, privées, …) qui interviennent dans le domaine de la santé ;
* Mission d’enquête et d’évaluation des structures de santé,
* Mission d’appui et de conseil.

Dans l’exécution de cette mission, l’inspection générale de la santé rencontre de nombreuses difficultés, dont entre autres (rapport d’audit 2016) :

* Insuffisance de personnel qualifié et spécifique tel que : auditeur interne, contrôleur de gestion, contrôleur analytique.
* Insuffisance des moyens financiers pour l’exécution des missions de contrôle et d’appui.

### Planification et Suivi-Evaluation

Le PNDS 2015 – 2014 est le document d’orientation pour les planifications opérationnelles à tous les niveaux du système de santé. Depuis 2015, les niveaux central et déconcentré (district et région) élaborent les plans opérationnels annuels. Au niveau central, des guides et canevas de planification opérationnelle ont été élaborés et révisés. Cet exercice a bénéficié d’un Assistant technique senior de longue durée de l’OMS, d’un un assistant technique spécialiste en planification est mis à la disposition par l’UNICEF pour appuyer la formation et accompagnement des cadres du BSD, des services centraux et programmes pour la formation des formateurs en planification opérationnel et tactique (Plan triennal a horizon glissant) et d’un assistant technique spécialiste en planification et Suivi-Evaluation mis à disposition du BSD par la GIZ comme expert intégré pour appuyer l’élaboration des PAO, élaboration des stratégies et politiques, la revue des différents plans.

Au niveau régional et préfectoral, en fin 2015, l’équipe nationale de formateur sous le leadership du BSD, a assuré la formation de 8 équipes cadres régionales et 38 équipes préfectorales en élaboration de plan triennal régional 2015-2017 et du plan d’action opérationnelle annuelle (PAO) 2016 par région et le plan triennal 2015-2017. Au terme de trois mois d’exercice intense, les draft des 8 PAO 2016 consolides sont élaborés et transmis au BSD. Au niveau central et Programmes nationaux, les PAO 2016 sont élaborés par services centraux et programmes. Un PAO consolidé qui regroupe tous les PAO du niveau central et des 8 PAO régions a été produit et validé par le Comité de Coordination du Secteur de la Sante (CCSS) en avril 2016. Cela a été le cas en 2018. En outre, chaque région a élaboré un draft de plan triennal 2015-2017 tel que prévu. Il y a eu également l’élaboration de plusieurs documents de politique et de stratégie, notamment :

* politique nationale de santé communautaire ;
* outils pédagogiques de formation des Equipes Cadres du District en Gestion du Système de Santé (GSSD) ;
* plan stratégique 2018-2022 de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (SPSR) ;
* Plan stratégique de renforcement de la chaine d’Approvisionnement ;
* plan d’urgence de lutte contre la résistance aux antibiotiques (RAM)
* plans régionaux de gestion des déchets biomédicaux pour les deux régions couvertes par les projets PASSP (Faranah et Labé)

Par ailleurs, par insuffisance de suivi et la faible appropriation des outils, les plans triennaux régionaux n’ont pas tous été achevé et utilises convenablement.

En somme, les différents outils de planification élaborés ont été appréciés par les différents acteurs qui, cependant, restent non-alignés au cycle d’élaboration du budget de l’Etat. Ce non-alignement comporte des inconvénients, notamment : (i) l’insuffisance de prise en compte des coûts des PAO dans le processus d’élaboration des budgets de l’Etat et (ii) l’insuffisance de prévisibilité des financements. Face à cette situation, le Ministère de la Santé, avec l’appui de ses partenaires, a entrepris en 2017 la revue des manuels de procédures administratives, comptables et financières. Ces manuels mettent un accent sur le processus de planification et de suivi-évaluation en vue de l’aligner sur le cycle d’élaboration des budgets de l’Etat. Mais, ces manuels restent encore peu disséminés et peu suivis par les différents acteurs du secteur de la santé. Les actions appuyant cet alignement devraient continuer, tout en mettant en place un processus de suivi-évaluation proactif.

Par ailleurs, on note une faible participation de l’Etat au financement du système de santé et le faible recouvrement des fonds domestiques. Pour cette raison, le processus d’élaboration des plans d’action opérationnels (PAO) est essentiellement axé sur les ressources disponibles auprès des PTF et non sur la vision systémique. En plus, les orientations du plan de développement sanitaire sont peu suivies par les différents acteurs lors des processus de planification. L’exercice de compilation des différents PAO fait en 2018 a montré que plus de 50% des financements sont affectés à la gouvernance et coordination du système de santé. Le retard dans le démarrage du processus de planification annuelle, la non-réalisation des revues annuelles et la faible diffusion des outils standards de planification expliqueraient cette situation. Le processus de planification conjointe avec des outils d’orientation basés sur le PNDS entrepris en fin 2018 pourrait être une solution à cette situation. Il conviendrait donc d’appuyer et de renforcer ce processus innovant.

Cependant, la faiblesse du mécanisme de suivi de la mise en œuvre des PAO, ne permet pas actuellement de faire un bilan physique exhaustif d’exécution des PAO par niveau de la pyramide sanitaire (services centraux, hôpitaux, directions régionales et préfectorales). En plus, on note :

* + Une faible intégration des activités des PTF dans les PAO des services déconcentrés du Ministère de la Santé (DPS et DRS) ;
  + Un faible alignement des interventions des programmes verticaux sur les orientations du PNDS ;
  + Une insuffisance de personnel spécialisé dans la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central et déconcentré).

### Régulation et lutte contre les pratiques illicites

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

En plus des normes et procédures éditées pour réguler les pratiques, le pays dispose d’un arsenal législatif de lutte contre les produits illicites, adapté et complet. Des colloques et des études sont régulièrement organisés dans ce domaine. Une politique a été rédigée et des actions ponctuelles ont été menées par l'Inspection Générale de la Santé dans la mesure de ses moyens.

Un Comité Intersectoriel de lutte contre le marché parallèle des médicaments a été créé en 1999, réunissant les représentants des Ministères de la Justice et de l'Intérieur, ceux de l’Etat-major de la Gendarmerie Nationale, de la Direction Nationale des douanes, et les différentes administrations régaliennes concernées. De plus en plus l'Inspection Générale de la Santé mène plusieurs actions en justice et implique plusieurs acteurs au niveau déconcentré dans la lutte contre les pratiques illicites. En outre, le secteur de régulation connait assez d’insuffisance, notamment :

* La faible application des textes juridiques et réglementaires dans le cadre du respect des droits de l’homme dans l’offre de services de santé ;
* Le partenariat public-privé presque inexistant, pourtant pouvant contribuer efficacement au rehaussement de l’accès aux services de santé de qualité.

## [Financement du système de santé](https://extranet.who.int/mediawiki/index.php/Burkina_Faso:_Health_financing_system" \o "Burkina Faso: Health financing system)

### Organisation du financement du système de santé

L’analyse du système de financement  a été basée sur la stratégie de financement vers la couverture sanitaire universelle, les mécanismes de protection sociale et le plan de financement du PRRSS 2015-2017.

#### Stratégie de financement vers la couverture sanitaire universelle et mécanismes de protection sociale

En vue de renforcer la synergie d’actions entre les directions du ministère, au cours de l’année 2017, tous les membres du cabinet du Ministre, tous les directeurs centraux ont été formés en leadership et management.

En matière de dialogue politique en santé, le Compact National Santé pour les 3 ans a été signé par l’ensemble des partenaires et le Gouvernement. Tous les documents stratégiques du secteur ont été validés (Politique Nationale de Santé, PNDS, PRRSS …) par le Comité de Coordination du Secteur de la Santé. Les réunions du Comité de coordination ont été décentralisées aux niveaux régional et préfectoral. Dans le cadre de ce dialogue, un plaidoyer fort a été conduit auprès des Ministères en charge des Finances et du Budget pour l’augmentation à 15% de la part de la santé dans le Budget National. Ainsi, le Ministère du Budget s’est engagé à faire une augmentation progressive du budget pour atteindre 10% en 2024 sous réserve que les fonds alloués soient absorbés et la redevabilité instaurée.

Pour encourager les collectivités locales, le Gouvernement a créé l’Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC) dont le fonds (Fonds National de Développement Local) sera alimenté par 15% des redevances minières qui seront distribuées sur l’ensemble du territoire. Ce fonds contribuera au financement des plans de développement local à l’intérieur desquels le Pipeline Rural occupe une place importante. Ce pipeline est un des moyens de rétention et de fidélisation du personnel de la santé en zone rurale, enclavée et difficile.

Le Ministère de la santé suscite et entretien le développement du mécénat au profil de la santé à travers la construction et l’équipement d’infrastructures sanitaires dans les localités rurales par les communautés et les ressortissants nantis (cas des centres de santé améliorés de Yembering et Poukou Bourouwal dans Gongoré-Mamou).

Afin d’améliorer la couverture géographique en rendant disponible une offre de service de santé de qualité mieux répartie, le Ministère de la santé a construit des postes de santé et développé la stratégie des soins de santé communautaire à travers, entre autres :

* Le recrutement des agents de santé communautaires dans les villages
* Le développement du paquet minimum de soins de qualité requis en lien avec les ODD
* L’engagement de la révision de la carte sanitaire afin de mieux identifier les zones non desservies, le type de prestations et d’infrastructures appropriées à installer et de définir le schéma régional d’organisation sanitaire
* L’élaboration de la Politique et du Plan de formation continue des ressources humaines de la santé
* L’élaboration de la Politique et l’actualisation du Plan Stratégique de développement des ressources humaines pour la santé.

Dans le cadre de l’amélioration de l’efficacité et de la qualité de l’offre, le Ministère de la santé a engagé la démarche Qualité à travers :

* L’instauration de la Prévention et du Contrôle des infections (PCI) dans tous les établissements de soins ;
* L’instauration du monitorage amélioré qui innove le monitorage en y incluant des indicateurs de qualité et en l’étendant aux communautés et aux services administratifs ;
* L’introduction de la mise à échelle dans le secteur, après expérimentation dans une région, du Financement Basé sur les Résultats (FBR).

La protection contre le risque financier lié à la maladie se concrétise en Guinée par :

* Elaboration de la Politique de Protection Sociale
* La mise en place de l’Institut National d’Assurance Maladie (INAMO)
* La mise en place d’un fonds d’indigence
* La gratuité de certains actes et soins médicaux : CPN, accouchement, césarienne, traitement ARV du VIH, de la TB, du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes
* L’encouragement du développement de l’Assurance Maladie Privée Volontaire et des mutuelles de santé.

#### Financement du PRRSS 2015-2017

L’exécution correcte des engagements pris dans le cadre de la CSU permettrait de financer le PRRSS dont les besoins financiers sont déclinés par pilier du système de santé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7: Plan de financement du Plan de Relance du Système de Santé par pilier (en milliers USD)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PILIERS DU SYSTEME DE SANTE | 2 015 | 2 016 | 2 017 | Total | % |
| PRESTATIONS | 236 677 | 287 096 | 340 604 | 864 377 | 42,92% |
| 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 |  |
| Programmes | 25 769 | 25 150 | 23 779 | 74 698 |  |
| PRODUITS DE SANTE ET TECHNOLOGIES MEDICALES | 193 489 | 290 958 | 197 894 | 682 343 | 33,88% |
| Infrastructures et Equipements | 68 329 | 239 282 | 138 805 | 446 417 |  |
| Médicaments, produits et fournitures | 125 160 | 51 676 | 59 089 | 235 926 |  |
| RESSOURCES HUMAINES | 70 029 | 16 298 | 8 493 | 94 820 | 4,71% |
| FINANCEMENT DE LA SANTE | 116 685 | 116 650 | 116 697 | 350 032 | 17,38% |
| SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE | 1 992 | 896 | 866 | 3 754 | 0,19% |
| LEADERSHIP ET GOUVERNANCE | 1 764 | 7 916 | 8 801 | 18 480 | 0,92% |
| TOTAL GENERAL | **620 637** | **719 814** | **673 355** | **2 013 805** | **100%** |

L’expérience des trois années 2015 à 2017 montre que la part du budget de l’Etat alloué à la santé a augmenté passant de 2,4% en 2014 à 4,94% en 2017. D’autres dépenses de santé telles que la santé des armées, la santé scolaire et universitaire, les mines, les affaires sociales ... ne sont pas connues du département de la santé. Si ces facteurs étaient pris en compte, la Guinée se rapprocherait davantage des objectifs d’Abuja (15%). Le financement du secteur de la santé est assuré à la fois par l’Etat, les ménages, les entreprises et les Partenaires bi et multilatéraux.

Tableau 8: Evolution des dotations budgétaires des années 2015 à 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Libellé** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Part de la santé | 4,27% | 4,66 | 4,94 % |
| Budget de la santé (en milliers de GNF) | 492 140 067 | 627 785 475 | 761 937 358 |
| Budget Global de l’Etat (en milliers de GNF) | 11 515 306 316 | 13 465 687 036 | 15 417 395 050 |

***Source****: Direction nationale du système informatique du Ministère de l’Economie et des finances (chaine des dépenses)*

Le niveau d’exécution des prévisions ci-dessus est résumé dans les tableaux ci-dessous selon les orientations stratégiques et la nomenclature budgétaire guinéenne.

Tableau 9: Exécution financière du PRRSS 2015-2017 par orientation stratégique du PNDS (en milliers USD)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orientation stratégique du PNDS** | **2 015** | | | **2 016** | | | **2 017** | | |
| **Prévu** | **Réalisé** | **écart** | **Prévu** | **Réalisé** | **Ecart** | **Prévu** | **Réalisé** | **écart** |
| **OS1 :** Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence (Elimination de la MVE) | 103 068 | 78 484 | -24 584 | 119 569 | 36 083 | -83 486 | 136 093 | 3 352 | -132 741 |
| **OS2 :** Développement de la santé de la mère, de l'enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | 99 014 | 31 856 | -67 158 | 107 578 | 45 212 | -62 366 | 118 231 |  |  |
| **OS3** : Renforcement du système de santé | 418 555 | 314 564 | -103 991 | 492 667 | 380 969 | -111 698 | 419 031 |  |  |
| **Total** | **620 637** | **424 904** | **-195 733** | **719 814** | **462 264** | **-257 550** | **673 355** |  |  |

Tableau 10 : Niveau d’exécution du budget du MS 2015-2017 par titre de la nomenclature budgétaire

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTS** | | **Crédit** | **Engagé** | **Payé** | **Exécution %** |
| **2015** | | | | | |
| Titre 2 | Traitement et Salaires | 133 569 002 115 | 136 339 227 800 | 136 339 227 800 | 102% |
| Titre 3 | Biens et Services | 107 699 419 000 | 72 444 737 042 | 67 887 990 891 | 63% |
| Titre 4 | Subventions et Transferts | 25 311 367 000 |  |  |  |
| Titre 5 | Investissement du BND | 218 025 000 000 | 87 332 456 348 | 95 862 238 525 | 44% |
| **TOTAL** | | **484 604 788 115** | **296 116 421 190** | **300 089 457 216** | **62%** |
| **2016** | | | | | |
| Titre 2 | Traitement et Salaires | 196 038 954 996 | 144 855 301 624 | 144 855 301 624 | 74% |
| Titre 3 | Biens et Services | 215 782 777 485 | 204 965 276 144 | 206 445 414 727 | 96% |
| Titre 4 | Subventions et Transferts | 51 728 681 711 | 51 602 694 067 | 51 602 694 067 | 100% |
| Titre 5 | Investissement du BND | 164 619 000 000 | 156 978 260 913 | 154 373 160 913 | 94% |
| **TOTAL** | | **628 169 414 192** | **558 401 532 748** | **557 276 571 331** | **89%** |
| **2017** | | | | | |
| Titre 2 | Traitement et Salaires | 200 934 532 926 | 198 929 616 199 | 198 929 616 199 | 99% |
| Titre 3 | Biens et Services | 256 526 116 536 | 253 988 577 810 | 249 596 995 800 | 97% |
| Titre 4 | Subventions et Transferts | 79 639 882 725 | 39 625 406 225 | 39 213 598 675 | 49% |
| Titre 5 | Investissement du BND | 224 045 600 000 | 142 891 600 568 | 102 349 384 055 | 46% |
| **TOTAL** | | **761 146 132 187** | **635 435 200 802** | **590 089 594 729** | **78%** |

*Source : Direction nationale du système informatique du Ministère de l’Economie et des finances (chaine des dépenses)*

Les taux d’exécution des crédits budgétaires alloués à la santé sont de 101% en 2015, 100% en 2016 et 93% en 2017. Durant la période 2015-2017, en dépit du faible niveau de financement du secteur de la santé, le budget alloué n’est totalement décaissé, notamment en 2017 avec 93%. La cause principale constatée pour cette faiblesse de décaissement est la non-disponibilité des fonds au trésor. S’y ajoute le retard dans le traitement des dossiers financiers à soumettre au Ministère des Finances. Cette situation n’est pas favorable au bon fonctionnement des structures sanitaires quand elles sont surtout privées de leur subvention. Il en résulte une insuffisance d’investissement en matière d’infrastructures, d’intrants et surtout d’équipements. La Guinée reste un des rares pays de la sous-région qui a un faible niveau de matériels d’investigation clinique et thérapeutique, d’où les évacuations multiples des patients à l’étranger.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan triennal du PNDS, les parties prenantes avaient formulé des engagements qui ont été consignés dans le Compact National Santé. Globalement le taux d’exécution des engagements fluctue à la baisse passant de 77,38% en 2015 à 70,20% en 2016. Pour 2017, seules les données des contributions de l’Etat sont disponibles avec une exécution de 70,3% (voir tableau ci-dessous).

Tableau 11 : Comparaison des engagements financiers du Compact National et des Dépenses en santé par source de financement et par année (en Milliards de GNF)

| **Source de financement** | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Compact National | Dépenses de santé | Taux d'exécution | Compact National | Dépenses de santé | Taux d'exécution | Compact National | Dépenses de santé | Taux d'exécution |
| **ETAT** | 603,79 | 282,61 | 46,81% | 738,79 | 511,67 | 69,26% | 839,35 | 590,09 | 70,30% |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARTENAIRES** | 2 783,71 | 1 453,94 | 52,23% | 3 633,32 | 1 458,34 | 40,14% | 2 415,04 | 0,00 | 0,00% |
| **Partenaires Bilatéraux** | 170 | 193,16 | 113,54% | 827,06 | 479,42 | 57,97% | 332,08 | 0,00 | 0,00% |
| **Belgique** | 1,86 | 0,03 | 1,55% | 1,41 |  | 0,00% | 1,32 | 0,00 | 0,00% |
| *Action Damien* | 1,86 |  | 0,00% | 1,41 |  | 0,00% | 1,32 |  | 0,00% |
| **France** | 6,76 | 25,37 | 375,17% | 15,80 | 33,48 | 211,91% | 61,96 | 0 | 0,00% |
| *AFD* |  |  |  | 9,04 |  | 0,00% | 55,20 |  | 0,00% |
| *Fonds Français* | 6,76 |  | 0,00% | 6,76 |  | 0,00% | 6,76 |  | 0,00% |
| **Allemagne** | 67,66 | 4,56 | 6,74% | 242 | 26,51 | 10,97% | 0 | 0 |  |
| *GIZ* | 67,66 |  | 0,00% | 96,66 |  | 0,00% |  |  |  |
| *KFW* |  |  |  | 144,99 |  | 0,00% |  |  |  |
| **Italie** | 0,15 | 1,37 | 902,42% | 0,15 |  | 0,00% | 0 | 0 | 0,00% |
| *Fonds Italiens* | 0,15 |  | 0,00% | 0,15 |  | 0,00% | 0 |  | 0,00% |
| **Japon** | 1,30 | 0,00 | 0,00% | 1,30 |  | 0,00% | 1,30 | 0 | 0,00% |
| *JICA* | 1,30 |  | 0,00% | 1,30 |  | 0,00% | 1,30 |  | 0,00% |
| **Arabie-Saoudite** | 92,40 | 0,00 | 0,00% | 118,80 |  | 0,00% | 26,40 | 0 | 0,00% |
| *Fonds Saoudiens* | 92,40 |  | 0,00% | 118,80 |  | 0,00% | 26,40 |  | 0,00% |
| **Luxembourg** |  | 2,54 |  |  | 1,00 |  |  |  |  |
| **Pays-Bas** |  |  |  |  | 0,18 |  |  |  |  |
| **Etats-Unis** | 0 | 157,62 |  | 447,957 | 418,05 | 93,32% | 240,957 | 0 | 0,00% |
| *USAID* |  |  |  | 447,96 |  | 0,00% | 240,96 |  | 0,00% |
| **Autres bailleurs bilatéraux et Bailleurs bilatéraux non spécifiés (n.c.a.)** |  | 1,67 |  |  | 0,21 |  |  |  |  |
| **Partenaires Multilatéraux** | 2 612 | 1 261 | 48,26% | 2 804,65 | 978,75 | 34,90% | 2 081 | 0 | 0,00% |
| BAD |  | 125,47 |  |  | 21,44 |  |  |  |  |
| BID | 70,85 |  | 0,00% | 53,48 | 33,46 | 62,55% | 187,20 |  | 0,00% |
| Institutions de l'UE | 33,30 | 0,34 | 1,02% | 174,21 | 2,42 | 1,39% | 38,86 |  | 0,00% |
| GAVI | 292,37 | 40,04 | 13,70% | 349,00 | 35,19 | 10,08% | 349,00 |  | 0,00% |
| **Fonds mondial** | 1 278 | 431,05 | 33,73% | 1 619,24 | 241,27 | 14,90% | 1 207,53 | 0 | 0,00% |
| *FM Palu* | 278,88 |  | 0,00% | 750,22 |  | 0,00% | 293,28 |  | 0,00% |
| *FM RSS* | 24,20 |  | 0,00% | 12,30 |  | 0,00% | 11,41 |  | 0,00% |
| *FM Tuberculose* | 12,64 |  | 0,00% | 0,90 |  | 0,00% |  |  |  |
| *FM VIH-Sida* | 962,34 |  | 0,00% | 855,83 |  | 0,00% | 902,84 |  | 0,00% |
| Banque Mondiale (IDA + BIRD) | 450,00 | 45,61 | 10,14% | 231,80 | 19,47 | 8,40% | 20,39 |  | 0,00% |
| ONUSIDA | 1,58 |  | 0,00% | 1,58 | 5,55 | 350,41% | 1,58 |  | 0,00% |
| PNUD |  | 0,01 |  |  | 2,80 |  |  |  |  |
| UNFPA | 38,52 | 36,09 | 93,69% | 36,67 | 28,02 | 76,43% | 33,58 |  | 0,00% |
| GPRHCS | 29,25 |  | 0,00% | 29,25 |  | 0,00% | 29,25 |  | 0,00% |
| UNICEF | 108,65 | 154,53 | 142,23% | 75,15 | 259,31 | 345,06% | 67,34 |  | 0,00% |
| PAM | 35,61 | 0,95 | 2,66% | 35,61 | 1,54 | 4,33% | 35,61 |  | 0,00% |
| OMS | 273,76 | 423,84 | 154,82% | 220,14 | 325,21 | 147,73% | 111,01 |  | 0,00% |
| Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.) |  | 2,71 |  |  | 3,06 |  |  |  |  |
| **Bailleurs privés** | 1,62 | 0,13 | 8,31% | 1,62 | 0,18 | 11,07% | 1,62 | 0 | 0,00% |
| Foundation Gates (BMGF) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *MHTF* | 1,62 | 0,13 | 8,31% | 1,62 | 0,18 | 11,07% | 1,62 |  | 0,00% |
| *Autres bailleurs privés et Bailleurs privés non spécifiés (n.c.a.)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MENAGES** | 1 299,54 | 1 887,31 | 145,23% | 1 299,54 | 2 070,28 | 159,31% | 1 299,54 |  | 0,00% |
| **ONG ET ASSOCIATIONS** | 131,85 | 174,22 | 132,13% | 131,85 | 92,34 | 70,03% | 131,85 |  | 0,00% |
| **COLLECTIVITES** | 4,15 |  | 0,00% | 4,15 |  | 0,00% | 4,15 |  | 0,00% |
| **AUTRES** | 118,79 | 26,07 | 21,95% | 118,79 | 27,76 | 23,37% | 118,79 |  | 0,00% |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL BUDGET (MILLIERS GNF)** | 4 941,83 | 3 824,14 | 77,38% | 5 926,45 | 4 160,38 | 70,20% | 4 808,72 | 590,09 | 12,27% |

***Sources****: Compact National de la Santé Guinée, 2015 et Comptes Nationaux de la Santé 2014-2016, Guinée, 2018*

### Dépenses de santé

#### Tendance des dépenses de l’Etat

La mise en œuvre du PNDS rencontre quelques difficultés liées à son financement. La part de l’Etat est croissante mais reste faible au regard des dépenses en santé qui sont supportées en grande partie par les autres sources de financement (partenaires, ménages …).

Figure 7: Comparaison des besoins financiers du PNDS, du budget de la santé et des dépenses totales en santé (en Milliards de GNF)

#### Dépenses de santé par prestataires

Bien que les prestataires de soins préventifs occupent le deuxième rang des dépenses de santé, après les détaillants et autres prestataires de soins médicaux, ils ont connu une diminution de leur part entre 2015 et 2016. Il est probable que l’épidémie de la maladie à virus Ebola, qui a ralenti toutes les activités aussi bien de soins curatifs que préventifs, soit la raison de cette situation. Malgré cette baisse, les dépenses en soins préventifs respectent les priorités du PNDS. Les dépenses du reste du monde et du reste de l’économie ont connu, à leur tour une baisse contrairement aux dépenses liées aux autres prestataires qui ont une tendance positive avec une évolution significative de la part des prestataires de soins ambulatoires qui a presque doublé. Ceci s’expliquerait du fait de l’épidémie de la maladie à virus Ebola a découragé significativement la population à utiliser les services de santé publique, les amenant à s’orienter vers les services de santé ambulatoires privés.

Figure 8: Dépenses courantes par prestataires (en Milliards de GNF)

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2014-2016, Guinée 2018

#### Dépenses de santé par maladie

Les maladies infectieuses et parasitaires occupent plus des 2/3 des dépenses de santé en 2015 et 2016 et parmi elles, le Paludisme vient en tête avec 25% de toutes les dépenses de santé. Les infections respiratoires et les IST-VIH-Sida occupent respectivement la deuxième et troisième place avec 8% et 6%. La part des dépenses pour les maladies non transmissibles a augmenté entre les deux années de 9,65% à 10,34% tandis que celle de la santé de la reproduction est allée de 5,63% à 9,11% (cf. tableau ci-dessous).

Figure 9: Dépenses courantes de santé par Maladie de 2015 à 2016 (en Milliards de GNF)

| Maladies / Affections | 2 015 | | 2 016 | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant | % | Montant | % |
| Maladies infectieuses et parasitaires | **2728,19** | **71,34%** | **2802,66** | **67,37%** |
| -         VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs) | 187,28 | 4,90% | 253,35 | 6,09% |
| -         Tuberculose | 54,55 | 1,43% | 31,03 | 0,75% |
| -         Paludisme | 1030,11 | 26,94% | 1006,31 | 24,19% |
| -         Infections des voies respiratoires | 278,99 | 7,30% | 330,06 | 7,93% |
| -         Maladies diarrhéiques | 97,7 | 2,55% | 115,49 | 2,78% |
| -         Maladies tropicales négligées | 176,74 | 4,62% | 226,58 | 5,45% |
| -         Maladies évitables par la vaccination | 147,43 | 3,86% | 170,17 | 4,09% |
| -         Maladie à Virus Ebola MVE | 706,36 | 18,47% | 324,75 | 7,81% |
| -        Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.) | 49,03 | 1,28% | 344,92 | 8,29% |
| Santé de la reproduction | 215,44 | 5,63% | 379,01 | 9,11% |
| Carences nutritionnelles | 71,26 | 1,86% | 27,9 | 0,67% |
| Maladies non transmissibles | 369,00 | 9,65% | 430,25 | 10,34% |
| Traumatismes | 302,3 | 7,91% | 357,8 | 8,60% |
| Non lié à une maladie spécifique | 1,68 | 0,04% | 1,98 | 0,05% |
| Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.) | 136,27 | 3,56% | 160,79 | 3,86% |
| TOTAL | **3824,14** | **100,00%** | **4160,38** | **100,00%** |

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2014-2016, Guinée 2018

#### Dépenses de santé par région et par habitant

De 2015 à 2016, les dépenses de santé ont augmenté dans toutes les régions, sauf à Conakry. Malgré cette baisse, la capitale concentre néanmoins la plus grande part des dépenses de santé, soit le tiers, suivie de N’zérékoré et Kindia (respectivement 14.27% et 11.96% en 2016). Les régions de Labé et Mamou occupent les dernières places avec respectivement 7,21% et 7,44% en 2016, suivies de Faranah, Boké et Kankan. Les dépenses par tête d’habitant sont plus faibles dans les régions de Kankan, Labé, Kindia et Boké.

Figure 10: Dépenses courantes de santé par région de 2015 à 2016 (en %)

Figure 11 : Dépenses courantes de santé par habitant par région de 2015 à 2016 (en GNF)

#### Série d’indicateurs

Les principaux indicateurs de santé sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Figure 12: Situation de quelques indicateurs de santé en 2015 et 2016

| ﻿INDICATEURS | 2015 | 2016 |
| --- | --- | --- |
| Population | 10 952 900 | 11 319 320 |
| PIB Nominal (milliards GNF) | 65 627,00 | 69 681,00 |
| Budget de l’Etat (milliards GNF) exécution | 14 285,20 | 12 063,90 |
| Dépense nationale en santé (milliards GNF)) | 3 824,14 | 4 160,38 |
| Dépenses des ménages (milliards GNF) | 1 887,31 | 2 070,28 |
| Dépenses publiques en santé (milliards GNF) | 282,61 | 511,67 |
| Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé | 7,39 | 12,30 |
| Dépenses totales de santé par habitant (GNF) | 349 144,25 | 367 547,04 |
| Dépenses totales de santé en % du PIB | 5,83 | 5,97 |
| Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé | 49,35 | 49,76 |
| Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé | 30,63 | 22,94 |
| Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé | 13,32 | 21 |
| Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé | 32,74 | 33,51 |
| ﻿Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé | 38 | 35,05 |
| Dépenses totales de santé de l’Etat en % du budget de l’Etat | 1,98 | 4,24 |
| Dépenses gouvernement par habitant | 25 802,47 | 45 202,93 |
| Dépenses ménages par habitant | 172 311,08 | 182 898,07 |
| Dépenses gouvernement en pourcentage du PIB | 0,43 | 0,73 |

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2014-2016, Guinée 2018

#### Dépenses de santé selon les sources de financement

L’essentiel des dépenses en santé est supporté par les ménages. Leur contribution va de 62,21% des dépenses totales de santé en 2010 à 49,76% en 2016. Les partenaires techniques et financiers viennent en deuxième position avec une variation allant de 26,94% en 2010 à 35% en 2016. La troisième source de financement est représentée par l’Etat avec 8,79% et 12,30% en 2010 et 2016 respectivement.

Ces taux semblent indiquer que la charge des ménages diminue alors qu’en réalité elle augmente en terme absolu, allant de 1052,63 milliards GNF en 2010 à 2070,28 milliards GNF en 2016.

La baisse apparente de la contribution des ménages pourrait s’expliquer par l’augmentation de la contribution du Reste du monde et de l’Etat. Cela signifie que les mécanismes alternatifs évoqués ci-haut (fonctionnement de l’INAMO, mise en place du FBR, développement de mutuelles et de l’assurance privée…) devraient être accélérés pour réduire la charge financière des ménages pour leurs soins.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Figure 13: Dépenses totales en santé en valeur absolue par source de financement de 2010 à 2016 | Figure 14 : Dépenses totales en santé en % par source de financement de 2010 à 2016 |

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2010--2016, Guinée, 2018

Tableau 12: Dépenses de santé par régime de financement

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2015** | **%** | **2016** | **%** |
| Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé | 1096,08 | 28,7 | 1614,50 | 38,8 |
| Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé | 813,74 | 21,3 | 457,84 | 11,0 |
| Paiement direct des ménages | 1887,31 | 49,4 | 2070,28 | 49,8 |
| Régimes de financement du reste du monde (non-résidents) | 27,01 | 0,7 | 17,76 | 0,4 |
| **TOTAL** | **3824,14** | **100,0** | **4160,38** | **100,0** |

Source : Comptes Nationaux de la Santé 2014--2016, Guinée, 2018

## Ressources humaines pour la santé

### Résumé analytique

Les ressources humaines constituent le socle de tout système de santé. Ainsi, la mise en œuvre de toute intervention visant la réduction de la mortalité maternelle, infanto-juvénile en vue de l’atteinte des ODD et d’autres objectifs de santé du pays exige une connaissance aussi précise que possible de leur situation actuelle et leur tendance ; d’où la nécessité de procéder à l’analyse de situation du personnel.

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

### Organisation et gestion des ressources humaines pour la santé

#### Vue d’ensemble de l’organisation et de la gestion des ressources humaines en santé

En considérant les ressources humaines en santé disponibles, la Guinée a une densité de 10,3 personnels de santé pour 10 000 habitants toutes catégories confondues. Ceci place la Guinée dans une situation préoccupante en matière de ressources humaines ne permettant pas de satisfaire les besoins en termes d’offres de services de qualité des populations.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route issue de l’audit institutionnel et organisationnel du ministère, une Direction des Ressources Humaines en Santé a été créée suivant le décret n° D/2018/168/PRG/SGG du 16 août 2018. Elle a le statut d’un service d’appui qui a pour principale mission la gestion et le développement des ressources humaines en santé. En matière de gestion des ressources humaines :

* + l’ameublement du cadre organique n’est pas encore effectif ;
  + la planification, le recrutement et l’affectation du personnel restent centralisés ;
  + la distribution inéquitable du personnel de santé sur l’ensemble du territoire national
  + la fidélisation et la motivation du personnel ne sont pas assurées.

#### Inventaire et répartition des ressources humaines pour la santé

Le statut particulier du personnel de santé a été promulgué, mais non encore appliqué. Selon la base de données 2018 de la direction nationale des statistiques, sur le plan des effectifs, l’effectif s’élève à 11.992 agents de santé, soit une densité de 10,3 agents pour 10 000 habitants. Cet effectif se répartit comme suit (voir figure ci-dessous).

* + médecins toutes catégories confondues 2214 représentant 18%, soit une densité de 1,91 médecin pour 10.000 habitants ;
  + infirmiers d’Etat (IDE) 2894 représentant 24% soit une densité de 2,50 agents/10 000 hbts ;
  + sages-femmes d’Etat (SFE), 1370 représentant 11% soit une densité de 1,18 agents/10000 hbts;
  + agents Techniques de Santé (ATS, niveau secondaire) 4667 représentant 39%, soit une densité de 4,03 agents /10000 hbts;
  + les paramédicaux représentent plus de 70% des effectifs.

Figure 15: Distribution du Personnel de santé en % par catégorie professionnelle et par région\_ Guinée\_2017

Sur les 11 992 personnels de santé, l’essentiel du personnel toutes catégories confondues se trouve à Conakry, soit 21% des agents pour couvrir 16% de la population contre 79% pour couvrir 84% de la population Guinéenne. En dépit des efforts déployés ces dernières années, il persiste une insuffisance qualitative et quantitative et une répartition inéquitable du personnel existant.

Figure 16: Distribution de Personnel de santé par région\_ Guinée\_2017

Selon l’OMS, pour fournir les services de santé fondamentaux définis par les objectifs pour le développement durable, la disponibilité du personnel de santé représente la densité des principaux professionnels de santé (médecins, sages-femmes et Infirmiers) pour 10 000 habitants. Le nombre de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants est la norme requise pour les analyses.

En Guinée, cet indicateur est de 5,61 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Il est très faible et varie d’une région à une autre passant de 3,63 à Mamou à 7,78 à Conakry.

Figure 17: Densité de personnel de santé (médecin, infirmier & sage-femme) pour 10 000 habitants par région administrative en 2017\_Guinée

Dans les Districts sanitaires, la situation est presque la même, le ratio varie de 2,90 à 11,94 agents. Faute de disponibilité des données sur les personnels de santé par commune (urbaine et rurale), l’analyse de leur densité n’a pu être réalisée au niveau des zones prioritaires (Zones 1, 2, 3 et 4). De même, l’indisponibilité de données en matière de catégorie professionnelle n’a pas permis de faire une analyse de la situation du personnel de santé par zone.

Figure 18: Densité de personnel de santé (médecin, infirmier & sage-femme) pour 10 000 habitants par district sanitaire en 2017\_Guinée

D’après le graphique ci-dessous, Conakry regorge le plus grand nombre de médecin (672) contrairement à Mamou (151). Quant aux sages-femmes, N’zérékoré renferme 226 contre 134 à Labé. En ce qui concerne les infirmiers d’Etat, Conakry dispose de 529 et Mamou 139.

Figure 19: Nombre de personnel de santé par catégorie (médecin, infirmier & sage-femme) pour 10 000 habitants par district sanitaire en 2017\_Guinée

Selon les normes de l’OMS, il faut 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 sage-femme pour 3.000 habitants et 1 infirmier d’état pour 5.000 habitants. Il ressort de l’analyse de ce tableau les constats ci-après :

* Sur un besoin de 1.156 médecins au niveau national, la Guinée dispose de 2.214 médecins soit un surplus de 1058. En dépit de ce surplus, ce personnel est inéquitablement réparti au niveau des districts sanitaires avec des déficits à Dubreka (-3) et Télémilé (-6) :
* Concernant les sages-femmes, sur un besoin de 3.852, il ressort un gap de 2.482 pour le pays avec une situation plus préoccupante dans la capitale (-390), à Siguiri (-187), à Boké (-117), à Kankan (-113) et à Mandiana (-103) ;
* Pour les infirmiers d’Etat, sur un besoin de 2.311, le pays dispose de 2.893 agents soit un surplus de 582. Malgré cet effectif, certaines localités manquent de personnel de cette catégorie. Il s’agit de Siguiri (-68), Kankan (-46), Coyah (-33), Mandiana (-25).

Tableau 13: Répartition du personnel de santé par district par rapport aux normes de l’OMS

| **N°** | **Localités** | **Médecin** | | | **Sage-Femme** | | | **Infirmier d’Etat** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Effectif** | **Effectif requis** | **Ecart** | **Effectif** | **Effectif requis** | **Ecart** | **Effectif** | **Effectif requis** | **Ecart** |
| 0 | Conakry | 672 | 183 | 489 | 219 | 609 | -390 | 529 | 365 | 164 |
| 1 | Coyah | 34 | 29 | 5 | 25 | 97 | -72 | 25 | 58 | -33 |
| 2 | Dubreka | 33 | 36 | -3 | 28 | 121 | -93 | 53 | 73 | -20 |
| 3 | Forécariah | 45 | 27 | 18 | 23 | 89 | -66 | 48 | 53 | -5 |
| 4 | Télimélé | 25 | 31 | -6 | 20 | 104 | -84 | 46 | 63 | -17 |
| 5 | Kindia | 82 | 48 | 34 | 75 | 161 | -86 | 163 | 97 | 66 |
| 6 | Fria | 38 | 11 | 27 | 28 | 35 | -7 | 61 | 21 | 40 |
| 7 | Boffa | 38 | 23 | 15 | 22 | 78 | -56 | 82 | 47 | 35 |
| 8 | Koundara | 37 | 14 | 23 | 21 | 48 | -27 | 67 | 29 | 38 |
| 9 | Gaoual | 32 | 21 | 11 | 21 | 71 | -50 | 54 | 43 | 11 |
| 10 | Boké | 94 | 49 | 45 | 48 | 165 | -117 | 112 | 99 | 13 |
| 11 | Pita | 36 | 31 | 5 | 35 | 102 | -67 | 123 | 61 | 62 |
| 12 | Dalaba | 31 | 15 | 16 | 26 | 49 | -23 | 42 | 29 | 13 |
| 13 | Mamou | 84 | 35 | 49 | 78 | 117 | -39 | 119 | 70 | 49 |
| 14 | Lelouma | 27 | 18 | 9 | 20 | 60 | -40 | 48 | 36 | 12 |
| 15 | Koubia | 23 | 11 | 12 | 21 | 37 | -16 | 46 | 22 | 24 |
| 16 | Tougué | 25 | 14 | 11 | 19 | 46 | -27 | 70 | 27 | 43 |
| 17 | Mali | 37 | 32 | 5 | 30 | 105 | -75 | 72 | 63 | 9 |
| 18 | Labé | 51 | 35 | 16 | 44 | 117 | -73 | 105 | 70 | 35 |
| 19 | Dabola | 46 | 20 | 26 | 26 | 66 | -40 | 78 | 40 | 38 |
| 20 | Dinguiraye | 45 | 22 | 23 | 23 | 72 | -49 | 65 | 43 | 22 |
| 21 | Kissidougou | 35 | 31 | 4 | 44 | 104 | -60 | 66 | 62 | 4 |
| 22 | Faranah | 52 | 31 | 21 | 49 | 103 | -54 | 54 | 62 | -8 |
| 23 | Kouroussa | 35 | 30 | 5 | 30 | 98 | -68 | 38 | 59 | -21 |
| 24 | Siguiri | 101 | 75 | 26 | 61 | 248 | -187 | 81 | 149 | -68 |
| 25 | Mandiana | 43 | 37 | 6 | 20 | 123 | -103 | 49 | 74 | -25 |
| 26 | Kérouané | 40 | 23 | 17 | 28 | 76 | -48 | 66 | 46 | 20 |
| 27 | Kankan | 73 | 52 | 21 | 60 | 173 | -113 | 58 | 104 | -46 |
| 28 | Beyla | 54 | 36 | 18 | 35 | 120 | -85 | 98 | 72 | 26 |
| 29 | Gueckédou | 52 | 32 | 20 | 45 | 107 | -62 | 76 | 64 | 12 |
| 30 | Macenta | 51 | 31 | 20 | 45 | 102 | -57 | 62 | 61 | 1 |
| 31 | Lola | 41 | 19 | 22 | 22 | 63 | -41 | 51 | 38 | 13 |
| 32 | Yomou | 49 | 13 | 36 | 21 | 42 | -21 | 66 | 25 | 41 |
| 33 | Nzérékoré | 53 | 44 | 9 | 58 | 145 | -87 | 120 | 87 | 33 |
|  | **Guinée** | **2214** | **1156** | **1058** | **1370** | **3 852** | **-2 482** | **2893** | **2311** | **582** |

Source : Institut National des Statistiques (INS), Guinée 2017

#### Personnel effectivement en poste

En matière de fidélisation du personnel au poste, suite à l’épidémie de la maladie à virus Ebola, le Gouvernement a fourni de gros efforts en recrutant 3.802 agents de santé dont 3.661, soit 95% ont été mutés à l’intérieur du pays. Le système de remontée mensuelle des informations sur la présence du personnel au poste de travail a permis de constater au 31 décembre 2017, que le taux annuel cumulé d’absence au poste de travail pendant 3 mois de suite ou de façon intermittente est de 38%. Les taux les plus élevés se situent au niveau des médecins, des pharmaciens et biologistes.

Tableau 14: Situation absence au poste de travail

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Catégorie | Total affecté | Absents | Pourcent |
| Médecin | 708 | 566 | 80% |
| Pharmacien | 21 | 17 | 81% |
| Biologiste | 71 | 49 | 69% |
| Technicien de Labo | 96 | 34 | 35% |
| Sage-femme | 512 | 297 | 58% |
| Infirmier d’Etat | 1 116 | 223 | 20% |
| Technicien S Publique | 20 | 3 | 15% |
| ATS | 1 228 | 270 | 22% |
| Agents de maintenance | 30 | 2 | 7% |
| Total | **3 802** | **1 461** | **38%** |

## Prestations de services

### Organisation des soins

Le système de soins guinéen est organisé de manière pyramidale et est constitué de trois sous-secteurs : Public, parapublic et privé.

#### Le sous-secteur public

Il comptetrois niveaux. Il s’agit : (i) du niveau primaire constitué des services à base communautaire, des postes de santé et des centres de santé, et, (ii) du niveau secondaire constitué des hôpitaux préfectoraux, centres médico-communaux et hôpitaux régionaux et, (iii) du niveau tertiaire constitué des hôpitaux nationaux.

* + Les services à base communautaire (SBC) sont mis en œuvre avec des agents de santé communautaires (ASC), les relais communautaires (RECO) et les prestataires de la médecine traditionnelle. Les activités dévolues à ce niveau sont : la surveillance épidémiologique et autres évènements de santé, la promotion (pratiques familiales essentielles), la prévention (distribution de MILDA, autres distributions à base communautaire) et la prise en charge (paludisme simple, diarrhée, malnutrition, …).
  + Dans les postes et centres de santé, le paquet de services est centré essentiellement sur la vaccination, la consultation primaire curative, la consultation prénatale, la planification familiale et l’accouchement assisté. Exception faite pour les centres de santé de la ville de Conakry, les activités liées à la PTME/CDV/PEC VIH, à la PCIMNE, à la Nutrition, au développement des SONUB sont très insuffisantes, voire inexistantes par endroits.
  + Les hôpitaux préfectoraux et CMC offrent un paquet complémentaire aux soins des centres de santé. Il s’agit des 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 spécialités et sont impliqués dans les activités de formation et de recherche.

#### Le sous-secteur parapublic

Il est composé des dispensaires et d’hôpitaux d’entreprises minières et agricoles.

#### Le sous-secteur privé

Ilest constitué d’un sous-secteur privé à but lucratif et d’un sous-secteur non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu’il est fortement dominé par les structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel paramédical. L’offre formelle est constituée de cliniques et de cabinets.

### Prestations au niveau centre de santé et communautaire

L’utilisation des services de santé en général reste faible. Pour le nombre de contacts soins curatifs, nous sommes passés de 0.29 en 2014 à 0.24 en 2017 ; ceci pourrait s’expliquer par l’apparition de l’épidémie de la MVE. Il reste entendu que nous sommes en deçà de la norme (0.5). Les barrières financières, géographiques, l’absence d’assurance maladie et la non-prise[[1]](#footnote-1) en compte des statistiques des structures privées sont entre autres des facteurs du faible taux d’utilisation rapportée des services. La CPN4 est passée de 57% en 2014 à 35.3% en 2017 ; le pourcentage d’enfants complètement vaccinés est passé de 37% en 2014 à 23.9%. Cela pourrait s’expliquer par la faiblesse des activités de stratégies avancées, les barrières financières et géographiques. Pour la PF, la couverture est passée de 6% en 2014 à 10.6% en 2017. Cette augmentation pourrait s’expliquer par les multiples campagnes de PF réalisées ces dernières années.

Tableau 15: Tendance évolutive du nombre de contacts soins curatifs par habitants, de la couverture CPN4, accouchement assisté, couverture contraceptive, la proportion d’enfants de 12 – 23 mois complètement vaccinés.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indicateurs | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Nombre de contacts soins curatifs par habitant\* | 0.29 | 0.21 | 0.24 | 0.24 |
| CPN4+ (%)\*\* | 57 |  | 50,6 | 35,3 |
| Accouchement assisté (%)\*\* | 45 |  | 62,7 | 55.3 |
| PF (%)\*\* | 6 |  | 8,7 | 10.9 |
| Enfants complètement vaccinés (%)\*\* | 37 |  | 26.3 | 23.9 |

Source : (\*) Annuaires statistiques du MS, (\*\*) EDS 2012, MICS 2016

Il ressort de ce tableau que la couverture de la 4ème consultation prénatale est de 50,6%, selon le milieu de résidence, elle est de 70,5% en milieu urbain contre 40,2 en milieu rural ; par région administrative, les extrêmes vont de 39,4% à Kankan à 78,2% à Conakry ; par niveau d’instruction, il varie de 43,9% pour aucune instruction à 73,6% pour le niveau secondaire et plus ; pour le niveau socioéconomique, il passe de 30,5% pour les plus pauvres à 76,7% pour les plus riches.

En ce qui concerne les accouchements assistés par un personnel qualifié, le taux global est de 62,7% ; par milieu de résidence, il est de 94,2% en milieu urbain contre 46,2% en milieu rural. Selon les régions administratives, ce taux va de 30.4% à Mamou à 97.5% à Conakry ; selon le niveau d’instruction de la mère, il est de 53.7% pour aucun, contre 93% pour secondaire et plus. De par le niveau socioéconomique, on constate que le niveau d’assistance pour les pauvres est à 27% contre 97.5% pour les plus riches.

Pour la prévalence contraceptive, le taux global est à 8.7% ; par milieu de résidence, ce taux varie de 7.8% en zone rurale à 10.2% en zone urbaine. Et par région administrative, ce taux varie de 2% à Kankan à 16.6% à Nzérékoré. Selon le niveau d’instruction, le taux de prévalence contraceptive est de 7.8% pour les femmes qui n’ont aucun niveau d’instruction contre 13.4% pour celles du niveau secondaire et plus. En ce qui concerne le niveau socioéconomique, on constate que la prévalence contraceptive varie de 6.3% pour les femmes les plus pauvres à 11.6% pour les femmes les plus riches.

Enfants complètement vaccinés : le taux global est de 26.3% ; par milieu de résidence, ce taux est de 39.3% en milieu urbain contre 19.3% en milieu rural. Selon les régions administratives, le taux va de 7.4% à Labé à 46.4% à Conakry. De par le niveau d’instruction, le taux d’enfants complètement vaccinés est de 20.5% pour les femmes d’aucun niveau contre 46.9% pour les femmes du niveau secondaire et plus. Le taux de couverture des enfants complètement vaccinés est variable selon niveau socioéconomique : il varie de 13.2% pour les plus pauvres à 46.4 % pour les femmes les plus riches.

Tableau 16 : Variabilité de la couverture CPN4 +, du taux d’accouchement assisté et de la prévalence contraceptive en Guinée, 2016.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Caractéristiques | Valeurs des indicateurs en % | | | |
| **CPN4+** | **Accouchement assisté** | **PF** | **Enfants complètement vaccinés** |
| Guinée | **50.6** | **62.7** | **8.7** | **26.3** |
| Milieu de résidence |  |  |  |  |
| *Urbain* | 70.5 | 94.2 | 10.2 | 39.3 |
| *Rural* | 40.2 | 46.2 | 7.8 | 19.3 |
| Régions administratives |  |  |  |  |
| *Conakry* | 78.2 | 97.5 | 9.3 | 46.4 |
| *Boké* | 48.7 | 71.6 | 9.6 | 23.1 |
| *Faranah* | 39.9 | 47.5 | 9.2 | 28.7 |
| *Kindia* | 47.6 | 64.9 | 3.4 | 22.7 |
| *Kankan* | 39.4 | 53.2 | 2 | 18 |
| *Mamou* | 44 | 30.4 | 15.1 | 13.8 |
| *Labé* | 47.2 | 45.4 | 4.6 | 7.4 |
| *N’zérékoré* | 48.2 | 60.1 | 16.6 | 31.7 |
| Niveau d’instruction |  |  |  |  |
| *Aucun* | 43.9 | 53.7 | 7.8 | 20.5 |
| *Primaire* | 58.5 | 73.8 | 8 | 32.9 |
| *Secondaire et plus* | 73.6 | 93 | 13.4 | 46.9 |
| Niveau socio-économique |  |  |  |  |
| *Plus pauvre* | 30.5 | 27 | 6.3 | 13.2 |
| *second* | 38.7 | 49.5 | 8.6 | 20.4 |
| *Moyen* | 49.5 | 60.7 | 9.3 | 20.2 |
| *quatrième* | 64 | 87.4 | 7.8 | 35.1 |
| *Plus riche* | 76.7 | 97.5 | 11.6 | 46.4 |

### Continuum de soins

Il ressort du tableau ci-dessus que l’utilisation initiale des services reste relativement bonne. Le problème se situe dans la continuité des soins :

* La proportion des femmes qui bénéficient d’au moins une CPN est 87%, mais seules 59,4% bénéficient de VAT1 soit une déperdition de 27,6% ;
* Malgré le taux élevé d’allaitement précoce (78%), il n’y a que 35,2% des enfants de 0 à 5 mois qui bénéficient de l’allaitement exclusif au sein pendant six (6) mois.

On ne profite donc pas de la bonne couverture prénatale et d’allaitement initial pour conseiller les femmes sur l’importance de l’allaitement exclusif au sein pour la santé des mamans elles-mêmes et des bébés (prévention des maladies infectieuses, malnutrition, etc.) et la PTME.

* On constate qu’environ 70% des enfants de moins d’un an bénéficient du BCG à la naissance. Alors que seuls 49,5% ont bénéficié de VAR (un vaccin de sortie), soit une déperdition de 20,5%. Il est de même pour la distribution des MILDA qui a une déperdition de 2,3%. Les séances de vaccination devraient être des opportunités pour offrir le maximum de services de santé de base pour la survie et le développement de l’enfant.

La grande déperdition dans l’utilisation des services de santé s’expliquerait par la faible fonctionnalité des mécanismes de suivi et de recherche des perdus de vue dans les formations sanitaires. Le faible niveau des agents de santé dans la mise en œuvre et la gestion des soins de santé primaires serait entre autres une des causes de cette importante déperdition.

Occasions manquées dans l'offre de soins, 2016, Guinée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDICATEURS | VALEUR (%) | POURCENTAGE DE DEPERDITION |
| 1.       Conception | | |
| CPN1 | 87 | Réf. |
| VAT1 | 59,4 | 27,6 |
| SP | 62,4 | 24,6 |
| MILDA | 53,8 | 33,2 |
| Dépistage PTME | 67,0 | 20,0 |
| 2.       Accouchement | | |
| Proportion de femmes qui devraient accoucher | 69,6 | Réf. |
| Accouchement assisté | 62,7 | 6,9 |
| 3.       Post – natal | | |
| Allaitement initial | 78 | Réf. |
| Allaitement exclusif | 35,2 | 42,8 |
| 4.       Petite enfance | | |
| BCG | 69,9 | Réf. |
| VAR | 49,5 | 20,4 |
| MILDA | 67,6 | 2,3 |

*Source : MICS 2016, Guinée*

### Qualité des services et soins au niveau du premier échelon

Du graphique ci-dessous, il ressort que la médiane de couverture en CPC pour ce qui concerne la disponibilité est de 84% en 2018 contre 88% en 2017 ; ce qui fait une régression de 4% ; l’accessibilité reste stationnaire à 91%. L’utilisation a chuté de 26% en 2017 à 16% en 2018. Cela pourrait s’expliquer par la diversité de site de consultation y compris les privés. La couverture adéquate est passée de 26% en 2017 à 21% en 2018 soit 5% de pertes. Cela pourrait être dû au fait qu’une partie des malades n’ont pas honoré leurs ordonnances. La couverture effective est passée de 23% en 2017 à 20% en 2018. Ce qui pourrait être dû au non-respect de l’ordinogramme.

Figure 20 : Déterminants de santé en Consultation Primaire curative, région sanitaire de Kindia, Guinée, 1er semestre 2018

Il ressort du tableau ci-dessous que le taux de césarienne est passé de 2,16% en 2015 à 2,78% en 2017 ; le taux d’occupation des lits a baissé passant de 90,9% à 63,59% quant à la durée moyenne de séjour elle passe de 7,53 jours en 2015 à 3,12 jours en 2017 ce qui dénote une baisse significative de la DMS. Le taux de référence a baissé entre 2015 et 2017, passant de 1.41% à 1.25% ; le taux de mortalité hospitalière s’est accru passant de 4,58%en 2015, à 5,49% en 2017.

Tableau 17: Tendance évolutive des indicateurs de soins hospitaliers (2015 – 2017) en Guinée.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDICATEURS | 2015 | 2016 | 2017 |
| Césarienne (%) | 2,16 | 2,3 | 2,78 |
| Taux d’occupation des lits | 90,98 | 65,63 | 63,59 |
| Durée moyenne de séjour | 7,53 | 7,37 | 3,12 |
| Taux de référence des CS et PS vers les HP/CMC | 1,41 | 1,24 | 1,25 |
| Taux de mortalité hospitalière | 4,58 | 3,77 | 5,49 |

*Source : annuaires statistiques 2015, 2016 et 2017, Ministère de la Santé, Guinée*

Le taux global de césarienne en 2017 est de 2,78% ; ce taux varie de 1,95% à Kankan et Boké à 3,46% à Mamou pour une norme de 5%, ce qui signifie qu’une partie des femmes qui devraient être césarisées ne l’ont pas été durant cette période.

Le taux d’occupation moyen des lits est de 63,59%. Ce taux varie de 53,27% à Kindia à 91,22% à Kankan. Il faut noter que dans la majeure partie des régions, le TOM n’atteint pas encore la valeur critique de la cible 80%. Cela signifie que la capacité d’hospitalisation dans ces régions est encore en dessous de la demande de soins. Seule la région de Kankan a un taux supérieur à 80%.

Tableau 18: Variation des taux de césarienne et d’occupation de lit selon les régions administratives, 2017, Guinée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CARACTERISTIQUES | VALEURS DES INDICATEURS EN % | |
| **Césarienne** | **Taux d’occupation des lits** |
| Guinée | **2,78** | **63,59** |
| Régions administratives |  |  |
| *Conakry* | 2,89 | 53,33 |
| *Boké* | 1,95 | 61,23 |
| *Faranah* | 3,16 | 58,73 |
| *Kindia* | 3,37 | 53,27 |
| *Kankan* | 1,95 | 91,22 |
| *Mamou* | 3,46 | 67,09 |
| *Labé* | 2,57 | 53,91 |
| *N’zérékoré* | 3,11 | 68,19 |

*Source : rapports de gestion des hôpitaux, MS 2017.*

## Produits de santé et technologie médicale

### Produits médicaux

#### Organisation et gestion des produits pharmaceutiques

Le secteur pharmaceutique est une composante essentielle du système national de santé. Son administration est assurée au niveau central par une Direction Nationale de la pharmacie et du médicament. Les structures déconcentrées (régionales et préfectorales) de cette direction n’existent que de nom. Il est difficile d’apprécier leur fonctionnalité. Il comprend les sous-secteurs public et privé.

* **Le sous-secteur public**  est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La PCG est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) créé en 1992. Sa mission consiste à assurer l’approvisionnement et la distribution des produits et consommables médicaux. Elle est placée sous tutelle du Ministère de la santé et jouit d’une autonomie de gestion. Elle compte un dépôt central et six dépôts régionaux : Conakry, Boké, Labé, Kankan, Faranah et N’Nzérékoré.
* **Le sous-secteur privé** est constitué par une (1) Unité de production de médicaments essentiels génériques, deux (02) unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

A côté de structures officielles d’approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illicite (**informel**) de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes.

Les sources d’approvisionnement de ce marché illicite sont très diverses : l’importation clandestine, le détournement des commandes des structures de soins publiques, des échantillons médicaux «gratuits» et des dons de médicaments. Cette situation augmente le risque de trouver sur le marché les médicaments de mauvaise qualité.

#### Réglementation, qualité et sécurité du secteur pharmaceutique

Sur le plan réglementaire, la gestion des médicaments est régit par une loi pharmaceutique. Mais cette loi reste obsolète et la mise en œuvre de ses textes d’application reste faible. Le mécanisme de contrôle des produits pharmaceutiques reste insuffisant et le manque de ressources affecte dangereusement la fonctionnalité des structures de régulation du secteur pharmaceutique en Guinée.

#### Système d’approvisionnement en médicaments

Une convention établie entre l’Etat guinéen et la PCG fait de cette dernière la structure privilégiée d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires. Cependant, cette convention reste peu appliquée en raison des ruptures constatées dans les formations sanitaires. Le dysfonctionnement de l’offre pharmaceutique et du contrôle de qualité, la faible solvabilité de la demande (pauvreté, absence de mécanismes de solidarité), le prix élevé des produits et le taux insuffisant d’exonération des droits de douanes et taxes à l’importation des dispositifs médicaux réduisent considérablement l’accessibilité aux médicaments de qualité. Enfin, il faut ajouter, pour tout le secteur pharmaceutique, l’absence de suivi des indicateurs de performance qui constitue un frein au développement harmonieux du sous-secteur. Il convient de signaler également la mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées. Ainsi, il y a une officine pour 10 000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l’intérieur du pays.

#### Disponibilité des médicaments essentiels

La disponibles des médicaments essentiels reste faible dans les formations sanitaires. Selon le rapport de l’enquête SARA, aucun établissement de santé ne disposait la totalité des 24 médicaments essentiels au moment de l’enquête. La disponibilité moyenne des médicaments essentiels en stock reste faible, 14% en 2017. Cette disponibilité présente des disparités variant de 8% à Kankan à 19% à Mamou. Il en est de même selon la typologie des structures : 7% au niveau communautaire (Postes de santé) et 37% dans les hôpitaux régionaux et polycliniques. Cette faible disponibilité est plus marquée pour les sachets de sels de réhydratation orale, l’aspirine en gélule/comprimé, l’ampicilline injectable, l’Ocytocine, l’amoxicilline en gélule/comprimé, l’amoxicilline comprimé dispersible/sirop/suspension et la Gentamicine. Cette situation s’expliquerait par les lacunes notées dans le processus de planification des approvisionnements (quantification, gestion et suivi des stocks) dans les formations sanitaires et l’insuffisance de ressources financières. Egalement, on note, en matière de d’usage rationnel du médicament**, l**es insuffisances en matière de formation et d’information des prescripteurs et l’influence négative de la promotion médicale conduisent à des mauvaises prescriptions de médicaments. La non-utilisation des outils d’aide à la prescription rationnelle (protocoles thérapeutiques, guide thérapeutique national, ordinogramme) et la mauvaise dispensation des médicaments compromettent l’usage rationnel et la gestion des médicaments. L’automédication abusive, l’insuffisance d’information et le non-respect de la prescription médicale limitent le bon usage des médicaments.

|  |  |
| --- | --- |
| Graphique : Disponibilité des médicaments essentiels, SARA 2017, Guinée | |
| a | b |
| c | d |

#### Services de vaccination et Vaccins

La vaccination, surtout celle des enfants occupe une place importante dans la politique sanitaire nationale. Elle permet d’améliorer considérablement la qualité de vie des femmes et celle des enfants, en réduisant de façon significative, la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. La politique de vaccination s’inscrit dans le cadre général de la politique nationale de santé et obéit à une démarche participative. Elle préconise, pour une immunisation efficace des enfants, une couverture d’au moins 80% de la population pour chaque antigène. Pour ce faire, deux axes stratégiques sont prévus :

* La vaccination de routine qui comporte trois stratégies : fixe, avancée et mobile ;
* Les vaccinations supplémentaires telles que les campagnes de masse.
* **Disponibilité des services de vaccination**

Une analyse faite auprès de 2263 structures de santé (Publiques et privées) les services de vaccination infantile sont disponibles dans 40% des structures de santé. Cette disponibilité est de  52% dans les structures publiques et seulement de 11% dans les structures privées. En tenant compte du type d’établissements, ce sont 60% des CS-CSA-CM, 35% des PS-Cabinet de soins qui offrent des services de vaccination des enfants. L’analyse désagrégée selon les régions montre que la région de Labé enregistre le plus grand pourcentage de disponibilité des services de vaccination des enfants (68%), suivie de la région de Mamou (54%). Par contre, la région de Conakry a un faible pourcentage de disponibilité de services de vaccination des enfants (20%). En milieu rural, c’est près de la moitié des structures de santé qui offrent les services de vaccination des enfants (soit 49%), contre 23% en milieu urbain.

**Tableau** : Disponibilité des éléments traceurs pour la vaccination systématique de l’enfant parmi les établissements de santé offrant ce service, SARA 2017, Guinée (n=2263)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Offre des services  de vaccination de l'enfant (%) |
| Régions |  |
| Boké | 46 |
| Conakry | 20 |
| Faranah | 42 |
| Kankan | 37 |
| Kindia | 38 |
| Labé | 68 |
| Mamou | 54 |
| N'Zérékoré | 30 |
| Type établissements |  |
| HR-Polyclinique | 22 |
| HP-CMC-Clinique | 9 |
| CSA-CS-CM | 60 |
| PS-Cab soins-Inf-Disp | 35 |
| Instance gestionnaire |  |
| Public | 52 |
| Privé | 11 |
| Milieu d’implantation |  |
| Urbain | 23 |
| Rural | 49 |
| Guinée | **40** |

* **Disponibilité des éléments traceurs de vaccination pour l’enfant**

Une analyse faite auprès de 914 structures de santé Pour évaluer la capacité opérationnelle des services de vaccination de l’enfant, montre que seulement 12% des structures de santé disposent de tous les 14 éléments traceurs. Le score moyen de disponibilité des 14 éléments traceurs est de 59%, soit en moyenne 8 éléments sur 14. Les boîtes de sécurité et les seringues à usage unique sont les éléments traceurs les plus disponibles avec des proportions respectives de 94% et 84%.

Figure 21: Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la vaccination de l'enfant parmi les établissements de santé offrant ce service, SARA 2017, Guinée (n=914).

Au niveau régional, les résultats de SARA 2017 montrent une disparité en en termes de capacité opérationnelle des services de vaccination des enfants selon les régions. Le score moyen varie de 77% à N’zérékoré à 51% à Kindia.

Figure 22:Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la vaccination de l'enfant parmi les établissements de santé offrant ce service, par région (N=914)

En se référant au type de structure de gestion, nous constatons que les proportions de disponibilité des éléments traceurs sont plus élevées dans le secteur public (score moyen = 59%) par rapport au secteur privé (score moyen=56%). En milieu urbain, la capacité opérationnelle des services de vaccination est de 73% contre 56% pour le milieu rural. Les services de vaccination de l’enfant dans les CSA-CS-CM, 12 éléments traceurs sur 14 sont en moyens disponibles (capacité opérationnelle de 85%) ; alors que dans les PS-Cabinet de soins-infirmerie, il n’existe que 5 éléments traceurs sur 14 en moyenne (capacité opérationnelle de 37%).

* **Chaine du froid pour la vaccination**

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

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

* **Gestion des stocks de vaccins**

La disponibilité des vaccins dans les bonnes conditions et leur meilleure accessibilité est le levier du système de vaccination de qualité. Le vaccin BCG est le type de vaccin qui connaît plus de rupture de stock dans les services de vaccination de l’enfant, suivi du vaccin oral polio. En effet, 40% des structures de santé ont déclaré qu’elles étaient en rupture de BCG et 35 % en VPO durant les 3 derniers mois.

Figure 23 : Ruptures de stocks de vaccins de l’enfant dans les établissements de santé offrant des services de vaccination, SARA 2017, Guinée (n=914)

### Biologie clinique

**La biologie médicale** est un outil efficace et indispensable de diagnostic, d’exploration et de thérapeutique dans le domaine de la médecine et des disciplines connexes. La Direction Nationale des Laboratoires est l’organe de tutelle des laboratoires de biologie médicale. Elle assure la conception et la mise en œuvre de la politique de biologie médicale, propose les avis d’autorisations d’ouverture des laboratoires privés et assure la supervision et le contrôle des activités[[2]](#footnote-2). Les laboratoires qui interviennent dans le cadre de la biologie médicale sont organisés de façon pyramidale et sont le plus souvent intégrés dans les structures de soins qu’ils appuient. Les préoccupations majeures liées à ce sous-secteur sont principalement l’insuffisance de ressources humaines qualifiées et le manque de manuels de procédures, le sous-financement, la faible intégration du volet « laboratoire » et le sous-équipement des laboratoires dans les centres de santé. Il existe également de nombreux laboratoires d’analyse biomédicale non agréés. L’épidémie de la maladie à virus Ébola a mis en évidence la faible capacité du laboratoire national de référence pour le diagnostic des maladies à potentiel épidémique et la faible opérationnalité des laboratoires des échelons inférieurs pour le diagnostic et la prise en charge de ces maladies. Cet état de fait compromet l’exercice légal de la biologie médicale et la bonne exécution des analyses biomédicales obéissant aux normes de qualité.

### Transfusion sanguine

#### Contexte général

La politique nationale de transfusion sanguine est le cadre de référence qui définit les règles et les statuts Officiels applicables à l’organisation de la transfusion sanguine sur toute l’étendue du territoire. Elle a pour but de couvrir les besoins du pays en sang et produits sanguins. Le sang humain est un produit stratégique qui ne doit faire l’objet d’aucune vente ; il doit être accessible géographiquement à tout citoyen qui en a besoin sans aucune distinction. Le Centre National de Transfusion Sanguine : est un Service rattaché du Ministère de la Santé et qui a pour mission la conception et la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de transfusion sanguine. Son rôle est d’assurer la coordination, la mobilisation des ressources, la formation, la supervision, l’évaluation et la recherche. Il doit veiller à la sécurité transfusionnelle par la mise en place de structures organisées, équipées et promouvoir le don de sang à l’échelle nationale. De nos jours, la problématique des produits du sang est caractérisée par une faible législation qui régit le domaine de la transfusion sanguine. La politique nationale de transfusion sanguine élaborée en 1996 est caduque et inadaptée au contexte actuel. Sa faible mise en œuvre est influencée par l’insuffisance des moyens : infrastructures, équipements de conservation, personnels, formations, budget (CNTS, CRTS, UHTS) due au sous financement de la part de l’Etat et de ses partenaires.

#### Disponibilité des services de transfusion sanguine

L’organisation transfusionnelle guinéenne repose sur une répartition des structures transfusionnelles à trois niveaux : Central, Régional et Hospitalier

**Figure** **24**: Pourcentage de structures de santé offrant des services de transfusion sanguine, par région (n=2263)

D’après les données de l’enquête SARA 2017, l’offre nationale de service de transfusion sanguine est de 4%. L’offre de prestations de transfusion sanguine varie, au niveau régional, de 2% (à Labé) à 8% (dans la région de Conakry). Ces faibles pourcentages d’offres de services de transfusion sanguine peuvent s’expliquer par l’absence ou la vétusté des infrastructures et équipements, mais aussi par le manque de personnels formés et spécifiquement affectés à la réalisation des activités transfusionnelles dans les structures déconcentrées. Les CRTS n’ont ni statuts, ni infrastructure. La politique relative à l’organisation et la pratiques transfusionnelle en République de Guinée pour l’adapter aux exigences actuelles et futures de la sécurité transfusionnelles. Enfin, le CNTS n’intègre pas encore les structures de santé parapubliques et privées évoluant à hors de la ville Conakry.

#### Capacités opérationnelles des services de transfusion sanguine

Les données de l’enquête SARA 2017 montrent ci-dessous que le pourcentage de structures enquêtées ayant tous les éléments traceurs de la sécurité transfusionnelles n’est que de 6% (5 structures sur 88). Ce faible score pourrait s’expliquer par l’absence de CRTS fonctionnel.

Figure 25: Indice de disponibilité des intrants de transfusion sanguine, SARA 2017, Guinée

*Source : SARA 2017*

On remarque que 52% des structures disposaient des directives et 53% avaient du personnel formé aux activités techniques de production et de distribution des produits sanguins labiles ou à l’utilisation clinique rationnelle du sang Ces faibles taux pourraient s’expliquer par l’absence de programme structuré de formation scientifique de base et de formation continue sur l’ensemble des aspects de la sécurité transfusionnelle. Ainsi, les nouveaux agents recrutés ne bénéficient plus des sessions de formation ponctuelles qui se tenaient jusqu’à 2013 faute de ressources. L’insuffisance de supervisions formatives est également à indexer. D’autre part, les textes législatifs et réglementaires ainsi que les documents de normes et procédures restent à élaborer.

24% des structures disposaient de réfrigérateurs banques de sang selon cette enquête. Bien que ce taux soit aujourd’hui porté à 98% des structures publiques effectuant la transfusion sanguine, il est à remarquer que l’indisponibilité des équipements de collecte, d’analyse, de préparation, de stockage et de distribution à tous les échelons constitue un point faible du système.

Du point de vue capacité diagnostique 51% des structures ont déclaré avoir des aptitudes pour le groupage sanguin alors que 24% effectuaient des tests de compatibilité croisée au lit du malade. Ces faibles taux pourraient s’expliquer par l’insuffisance des intrants pour le groupage sanguin, la caducité des directives, normes et procédures ainsi que le manque de formation du personnel à leur utilisation.

Pour le dépistage des infections transmissibles par la transfusion sanguine (ITT), d’après le rapport d’activité des services de transfusion sanguine, en 2015, 50% des dons de sang étaient qualifiés sur la base des résultats de tests rapides. Cela pourrait s’expliquer par le fait le CNTS est la seule structure à disposer d’un automate d’analyse pour les ITT et un équipement de préparation des PSL alors que le coût élevé de ces équipements, associé à la faiblesse des capacités de financement du CNTS ne permettent pas leur déploiement dans les structures déconcentrées.

#### Ressources humaines pour la transfusion sanguine

**Tableau** **19** : Situation des ressources humaines de la transfusion sanguine, Guinée, SARA 2017

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie professionnelle | Nombre par niveau de structure | | | Total |
| CNTS | CRTS | UHTS |
| Pharmaciens | 1 | 2 | 1 | 4 (2,03%) |
| Médecin | 1 | 0 | 0 | 1 (0,51%) |
| Biologistes | 10 | 11 | 36 | 57 (28,93%) |
| Techniciens de Laboratoire | 2 | 9 | 29 | 40 (20,30%) |
| Infirmiers | 2 | 0 | 0 | 2 (1,02%) |
| Autres | 10 | 17 | 66 | 93 (47,21%) |
| Total | 26 (13,20%) | 39(19,80% | 132 (67%) | 197 (100%) |

Il ressort de l’analyse de ce tableau que 13,20%, 19,8% et 67% du personnel travaillant dans la transfusion sanguine sont respectivement au niveau CNTS, régional et unités hospitalières. Le personnel cadre est dominé par les biologistes fondamentalistes et ne comporte qu’un spécialiste en transfusion sanguine. Cette situation pourrait s’expliquer par l’absence d’un plan de carrière et l’insuffisance de motivation des personnels.

Hormis le CNTS, les personnels travaillant dans les structures déconcentrées sont les mêmes qui mènent les analysent de biologie clinique. Cela pourrait s’expliquer par l’absence de CRTS fonctionnels et l’insuffisance des infrastructures pour les UHTS.

#### Financement de la transfusion sanguine

Tableau 20: Financement de la transfusion sanguine 2014-2016

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Evolution des financements | | | | | |
| N° | Rubriques |  | Réalisation |  | Prévision annuelle |
| 2014 | 2015 | 2016 |
| 1 | Financement budget de l’Etat | 10.530.378.000 | 8.500.000.000 | 8.870.798.350 | 2.978.480.000 |
| (94,47%) | (61,66%) | (82,21%) | (5%) |
| 2 | Recouvrement des coûts | 57.600.000.014 | 564.173.098 | 287.666.000 | 400.005.000 |
| (5,17%) | (4,09%) | (2,67%) | (0,67%) |
| 3 | Financement PFT | 40.500.000 | 4.720.170.256 | 1.631.615.054 | 56.191.116.600 |
| (0,36%) | (34,24%) | (15,12%) | (94,33%) |
|  | **TOTAL** | **11.146.878.000**  **(18,71%)** | **13.784.343.354**  **(23,14%)** | **10.790.079.404**  **(18,11%)** | **59.569.601.670**  **(100%)** |
|  |  |  |

Source : rapports d’activités CNTS (2014, 2015 et 2016)

L’analyse du tableau ci-dessus, montre qu’entre 2014 et 2016,

* le taux de réalisation des financements de la transfusion sanguine varie entre 18,11% et 23,14% des prévisionnels ;
* Ces financements ont essentiellement été assurés par l'Etat dont la contribution varie entre 61,66% et 94,47% ;
* La majorité des fonds investis était orientée vers l’approvisionnement en intrants
* Les financements ont atteint leur pic en 2015 en raison de la mise en œuvre de l’essai Ebola-Tx avec l’appui de l’Institut de médecine tropicale d’Anvers (IMT) et de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Le faible de taux de financement de la transfusion sanguine pourrait s’expliquer par l’insuffisance d’appui de la part de l’Etat et des partenaires techniques et financiers notamment ceux impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA- Hépatites virales, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le Paludisme etc.

#### Donneurs et collecte de sang

Figure 26: Nombre de dons de sang pour 1 000 habitants

Il ressort de l’analyse du graphique ci-dessus, qu’entre les années 2011 et 2016, il y a eu un accroissement du nombre de dons pour 1 000 habitants atteignant ainsi 5 dons sur 10 en 2016. Ce résultat, très en deçà de la norme, signifierait que les services de transfusion sanguine ne couvraient que 50% des besoins du pays en sang et produits sanguins labiles. Cet état de fait pourrait s’expliquer par la faible capacité des service transfusion sanguine en moyens techniques, logistiques, humains et financiers pour la collecte, la préparation, l’analyse, la conservation, la distribution et l’utilisation rationnelle du sang et des produits sanguins labiles.

**Figure** **27**: Répartition des dons de sang réalisés par type de dons

Ce graphique montre que le nombre de dons de sang collectés à l’échelle national a franchi la barre des 50 000 dons pour la première fois en 2016. Cependant, ce résultat est en deçà des besoins nationaux du pays estimés alors à 107 000 dons. On constate aussi et surtout, que le système de collecte de sang reste dominé par les dons de sang provenant des donneurs familiaux qui représentent en moyenne, 90% des donneurs de sang. Cet état de fait pourrait s’expliquer par l’absence d’un programme national de promotion du don volontaire et non rémunéré de sang qui permettrait de surmonter les obstacles liés aux donneurs de sang, aux critères de sélection des donneurs, à leur motivation des donneurs, à l’insuffisance des infrastructures et équipements, aux personnels de santé, à l’insuffisance des mécanismes de collaboration avec les autres programmes de santé et au sous financement de la collecte de sang.

### Infrastructures, matériel et équipement pour l’offre de soins

La nouvelle politique nationale de santé et le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) visent l’amélioration de l’offre de soins. Une des stratégies pour atteindre cet objectif est la mise aux normes les infrastructures existantes et à en créer de nouvelles selon les indices de besoins définis dans la carte sanitaire. C’est dans ce cadre que certains partenaires techniques et financiers interviennent dans le domaine de la reconstruction, rénovation et de l’équipement d’infrastructures sanitaires. La période 2015 à 2017 a été marquée par une forte mobilisation de l’Etat et de ses partenaires pour l’accroissement de l’espace d’accueil par la construction, la rénovation, l’extension d’infrastructures sanitaires de soins, laboratoires, magasins et ou dépôts de Médicaments et administratifs (DPS, DRS.) à tous les niveaux dans le pays. Au total, 198 réalisations sur 222 prévues, soit 89,18%.

#### Situation de l’offre de soins

La réalisation et l’utilisation des infrastructures en tant que moyen d’amélioration de la prise en charge des populations produisent le maximum d’impact à deux conditions essentielles : (i) la bonne programmation des sites d’implantation et (ii) la concordance avec les normes et procédures garantissant la qualité des travaux. Le pays compte un total de 1 452 infrastructures sanitaires constituées majoritairement à 67% de postes de sante construits par les communautés. Cette prépondérance est rationnelle par rapport à la nature des problèmes de santé à prendre en charge et pour des raisons de coût –efficacité. La plupart des infrastructures actuelles ne répondent pas aux normes définies par le Ministère de la Santé en termes de locaux, de surface, de protection de l’environnement de travail et de disponibilité d’installations essentielles comme l’eau, l’électricité et la gestion des déchets biomédicaux. Au cours des deux dernières années, (2016 – 2017), suite à l’épidémie de la maladie à virus Ebola, le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers ont fourni de gros efforts pour la reconstruction du système de soins. En témoignent les 203 chantiers entrepris et projetés sur un total de 473 infrastructures. Le tableau ci-dessous présente la situation des infrastructures publiques en 2017 en Guinée.

Tableau 21: Situation globale des infrastructures sanitaires publiques, Guinée 2017.

| N° | Type de structure | Nombre |
| --- | --- | --- |
| 1 | Direction Régionale de la Santé | 8 |
| 2 | Direction Préfectorale de la Santé | 38 |
| 3 | Hôpital | 38 |
| 4 | Centre de Santé Amélioré | 27 |
| 5 | Centre de Santé Urbain | 91 |
| 6 | Centre de Santé Rural | 271 |
| 7 | Poste de Santé | 979 |
|  | **Total** | **1 452** |

NB : La cartographie des structures privées est en cours d’élaboration. Ceci permettre d’avoir un inventaire clair sur elles afin de définir les meilleures stratégies de leur implication dans la coordination de l’offre de soins de santé.

Toutes catégories confondues, les régions de Nzérékoré et de Kankan comptent le plus grand nombre de structures.

Tableau 22: Répartition de l’offre publique de soins par région

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Région | DRS | DPS | H | CSA | CSU | CSR | PS | TOT | % |
| Boké | 1 | 5 | 5 | 2 | 7 | 30 | 94 | 144 | 10% |
| Labé | 1 | 5 | 5 | 1 | 10 | 45 | 127 | 194 | 13% |
| Mamou | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 32 | 129 | 176 | 12% |
| Kindia | 1 | 5 | 5 | 4 | 9 | 35 | 130 | 189 | 13% |
| Kankan | 1 | 5 | 5 | 5 | 9 | 47 | 183 | 255 | 18% |
| Faranah | 1 | 4 | 4 | 4 | 7 | 32 | 106 | 158 | 11% |
| Nzérékoré | 1 | 6 | 6 | 5 | 17 | 50 | 207 | 292 | 20% |
| Conakry | 1 | 5 | 5 | 6 | 24 | 0 | 3 | 44 | 3% |
| Total | **8** | **38** | **38** | **27** | **91** | **271** | **979** | **1452** | **100%** |

#### Situation des investissements réalisés

Au cours de la période 2015 – 2017, ont été réalisées et sont en cours réalisation un total de 135 infrastructures. La répartition des investissements par bailleur est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 23: Situation des infrastructures réalisées et en cours de réalisation par source de financement

| Type de structure | BND | UE | BID | BAD | BM | FM | CC | Total |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DRS |  | 3 |  |  |  |  |  | 3 |
| DPS |  | 2 |  |  |  |  |  | 2 |
| Hôpital national | 1 |  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Hôpital Régional |  | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Hôpitaux préfectoraux | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| Centres de santé Améliorés | 9 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| Centres de Santé urbains | 7 |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 |
| Centre de Santé ruraux | 0 |  | 0 | 0 | 41 | 7 | 11 | 59 |
| Centre de PEC des MPE | 0 |  | 0 | 27 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| Centre d’hémodialyse | 1 |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Centre de PEC de la THA | 1 |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Siège Lèpre, Ulcère Buruli et Médecine de travail | 4 |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Magasins de stockage de ME |  | 1 |  |  | 3 |  |  | 4 |
| TOTAL | **30** | **11** | **6** | **27** | **44** | **7** | **14** | **135** |

NB : le financement de la Coopération Canadienne a été réalisé par la Croix Rouge Française et celui du fonds Mondial par le CNLS.

#### Situation des nouveaux investissements en cours et en projet

Les bailleurs devant réaliser des investissements avec les localisations connues sont : la Banque Islamique de Développement (PASSPE), l’Union Européenne, la Coopération Italienne, la Coopération indienne et le Maroc.

Tableau 24: Situation des travaux en projet pour la période 2018 - 2020

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Région | BID | UE | BM | IND | ITA | MAR | TOTAL |
| DRS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| DPS | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Dépôt PCG | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hôpital régional | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| Hôpital Préfectoral | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| CMC | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| CSA | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 6 |
| Centre de Santé | 25 | 10 | 13 | 0 | 6 | 0 | 54 |
| Autres | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| TOTAL | **32** | **22** | **13** | **2** | **9** | **0** | **78** |

#### Situation globale des infrastructures aux normes

Encaissant la somme des infrastructures nouvellement réalisées, de celles qui sont en cours et en projet, la situation des structures aux normes se présente comme suit (voir tableau ci-dessous).

Tableau 25 : Situation des infrastructures répondant aux normes

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de structure | BND | BID | BAD | BM | CR | UE | ITA | AU | TOTAL |
| Hôpital national Donka | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Hôpital régional | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| Hôpitaux préfectoraux | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 13 |
| CSA/ CMC | 9 | 10 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 24 |
| Centres de Santé | 7 | 25 | 0 | 54 | 13 | 10 | 6 | 0 | 115 |
| CTEPI | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 34 |
| Centre d’hémodialyse | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Centre THA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Siège Lèpre et Méd du W | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| DRS/DPS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Autres (Cesfarh, INSE) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| TOTAL | **28** | **36** | **27** | **54** | **13** | **33** | **9** | **3** | **203** |
| POURCENTAGE | **14%** | **18%** | **13%** | **27%** | **6%** | **16%** | **4%** | **1%** | **100%** |

*AUT : Coopération indienne + Royaume du Maroc*

#### Répartition géographique des investissements et par région

Les zones de concentration des intervenants sont très variables.

* le Budget National de Développement (BND) et la Banque Africaine de Développement ont une couverture nationale.
* la Banque Mondiale a investi essentiellement en Haute Guinée et en Guinée Forestière dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola.
* la Banque Islamique de Développement est orientée essentiellement vers les régions de Boké et de Mamou.
* l’union Européenne a comme zone de concentration la Région forestière.

Tableau 26: Distribution géographique des investissements

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Régions | Boké | Labé | Mamou | Kindia | Kankan | Faranah | N’zérékoré | Conakry | Total |
| Budget National Développe | 5 | 0 | 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | 7 | 30 |
| Banque Mondiale | 5 | 1 | 2 | 5 | 19 | 9 | 13 | 0 | 54 |
| Banque Islamique D | 12 | 4 | 10 | 0 | 3 | 6 | 2 | 6 | 43 |
| Fonds Saoudien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Fonds Indien | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Coopérations canadienne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 13 |
| Banque Africaine | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 2 | 3 | 1 | 24 |
| Union Européenne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 2 | 16 |
| Fonds Mondial | 4 | 0 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 15 |
| UNMEER | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 7 |
| ITALIE | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 4 | 9 |
| Maroc | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | **31** | **10** | **20** | **16** | **39** | **24** | **54** | **22** | **206** |

Au-delà de ces réalisations, il conviendrait apprécier la disponibilité des infrastructures sanitaires par rapport au besoin global. Cette disponibilité est appréciée à travers trois (3) indicateurs à savoir : la densité d’établissement, la densité de lits d’hospitalisation pour 10000 habitants et la densité de lit de maternité pour 10000 habitants. Ainsi, la densité des établissements est très bonne (98%) avec des variations par région. 72% des établissements sont publics contre 27,2% d’établissement rivés. Par contre, la densité des lits d’hospitalisation reste faible (seulement 39%).

Tableau 27: Disponibilité des services de santé, SARA 2017, Guinée

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARACTERISTIQUES | DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE | | | | | | | | | | |
| Etablissements Publics | | | Etablissements Privés | Densité des établissements | | Densité des lits d'hospitalisation | | Densité des lits de maternité | | Indice de l’infrastructure des services sanitaires |
| Guinée | **72,6%** | | | **27,4%** | **98%** | | **39%** | | **98%** | | **78%** |
| Boké | 9,6% | | | 6,8% | 83% | | 41% | | 52% | | 59% |
| Conakry | 1,7% | | | 40,4% | 77% | | 46% | | 129% | | 84% |
| Faranah | 11,3% | | | 1,3% | 93% | | 26% | | 108% | | 76% |
| Kankan | 22,0% | | | 10,8% | 99% | | 37% | | 82% | | 73% |
| Kindia | 11,8% | | | 33,7% | 117% | | 42% | | 98% | | 86% |
| Labé | 14,5% | | | 2,1% | 115% | | 34% | | 107% | | 85% |
| Mamou | 11,0% | | | 1,8% | 119% | | 50% | | 156% | | 108% |
| N'Zérékoré | 18,3% | | | 3,2% | 92% | | 37% | | 110% | | 80% |
| Type d'établissement | | | | | | | | | | | |
| HN | | 0,1% |  | |  |  | |  | |  | |
| HR-Polyclinique | | 0,4% | 6,1% | |  |  | |  | |  | |
| HP-CMC-Clinique | | 2,2% | 22,5% | |  |  | |  | |  | |
| CSA-CS-Cab.Méd | | 2,2% | 47,0% | |  |  | |  | |  | |
| PS-Cab soins-Inf-Disp | | 74,2% | 24,3% | |  |  | |  | |  | |

Cette analyse de situation faite ci-dessus permis de mettre en relief un certain nombre de problèmes, notamment :

* le non alignement sur le plan national de développement des infrastructures à l’horizon 2021,
* la répartition inéquitable des investissements dans le pays et,
* le non-respect des normes de circuits, de surface dans la réalisation de certains ouvrages.

Pour corriger cette situation, le Ministère a décidé de procéder à l’établissement de la cartographie des interventions dans le domaine des infrastructures. Le chapitre ci-dessous traite les besoins en termes d’investissement.

#### Besoins d’investissements

En dépit de tous les efforts fournis et en cours, il existe encore un besoin de mise aux normes de 267 infrastructures, soit 57% du patrimoine immobilier du secteur de la Santé, en dehors des postes de santé. Les besoins d’investissements ne sont pas uniformes. Ils varient d’une région à une autre, d’une préfecture à une autre et d’une sous-préfecture à une autre. Les préfectures sanitaires ayant les taux de non-conformité des infrastructures se répartissent comme suit (voir tableau ci-dessous).

Tableau 28 : Besoins d’investissements par niveau de priorité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Niveau de priorité** | **Nombre de structures** | **Préfecture** |
| Préfecture Priorité 1 | Plus de 10 structures | Labé, Lélouma, Mamou, Kindia, Télimélé, Kankan, Siguiri, kissidougou, Beyla |
| Préfecture Priorité 2 | Entre 5 et 10 structures | Boké, Boffa, Mali, Tougué, Coyah, Frécariah, Dubréka,  Kourousa, mandiana farnah, Gucékédou, NZérékoré |
| Préfecture Priorité 3 | Moins de 5 structures | Ratoma, Matoto et autres |

Par rapport à l’adéquation des investissements aux procédures et normes nationales, on note ce qui suit :

* les zones d’intervention choisies ne tiennent pas toujours compte des indices de la carte sanitaire nationale.
* les cahiers de charges utilisés ne se basent pas toujours sur les spécifications techniques du Ministère de la Santé.
* les travaux ne sont pas souvent supervisés par des bureaux d’études compétents, ce qui joue sur la qualité des travaux avec de nombreuses réserves et des risques de dérogation précoce des infrastructures.
* les bénéficiaires au niveau déconcentrés ne sont pas informés et associés à la gestion des infrastructures dès leur réalisation.

Tableau 29: Besoins en nouveaux investissements

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de structure** | **Existant** | **Normalisé** | **Besoins** |
| Structures centrales | 21 | 1 | 20 |
| Direction Régionale de la Santé | 8 | 2 | 6 |
| Direction Préfectorale de la Santé | 38 | 14 | 24 |
| Hôpital régional et préfectoral | 38 | 17 | 21 |
| Centre de Santé Amélioré | 27 | 16 | 11 |
| Centre de Santé Urbain | 91 | 41 | 50 |
| Centre de Santé Rural | 271 | 116 | 155 |
| **Total** | **473** | **206** | **267** |

En procédant au regroupement des données préfectorales, le besoin de mise aux normes des infrastructures sous différentes formes (construction nouvelle, reconstruction, rénovation, extension) est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 30: Besoin d’infrastructures par région

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **DRS** | **DPS** | **H** | **CMC** | **CSA** | **CSU** | **CSR** | **SN** | **TOTAL** |
| Boké | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 6 | 11 | 0 | 24 |
| Labé | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 7 | 36 | 0 | 50 |
| Mamou | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | 17 | 0 | 27 |
| Kindia | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 9 | 26 | 0 | 40 |
| Kankan | 1 | 5 | 2 | 0 | 2 | 10 | 22 | 0 | 42 |
| Faranah | 1 | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 | 18 | 0 | 28 |
| Nzérékoré | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 | 24 | 0 | 36 |
| Conakry | 0 | 3 | 0 | 3 | 1 | 4 | 0 | 9 | 20 |
| **Total** | **6** | **21** | **10** | **5** | **8** | **54** | **154** | **9** | **267** |

*SN : Structures à vocation nationale*

Toutes les régions ont des besoins d’investissement, mais les plus importants au cours des cinq prochaines années se situent au niveau de celles de Labé, Kankan et Kindia.

Figure 28: Besoins d'investissements par région, Guinée

La situation du nombre d’infrastructures nécessitant des remises aux normes par préfecture se présente comme suit (voir figure ci-dessous).

Figure 29: Besoins d'investissements par préfecture, Guinée

#### Matériels

Pour rendre fonctionnelles les infrastructures sanitaires (PS, CS, HP, HN, Laboratoires, Magasins de stockage etc.) qui ont bénéficié de l’extension, de rénovations et/ou de nouvelles constructions, en 2017 le Gouvernement à travers le Ministère de la sante, a procédé à l’achat des mobiliers. Des kits de mobiliers sont distribués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (900 kits de mobilier médical pour les formations sanitaires. Des infrastructures existantes qui nécessitent des mobiliers ont également bénéficié de ces kits lors de la distribution en 2018. Pour améliorer la fourniture de l’énergie et la communication, toutes les formations sanitaires publiques, parapubliques (CS, Hôpitaux, DPS, DRS, ANSS, Ministère de la santé…) ont été dotées en panneaux solaires et en connexion internet pour la continuité des services de surveillance épidémiologique et le DHIS2 à travers les besoins de la riposte à la MVE, le déploiement du DHIS2 sur l’ensemble des districts sanitaires. La période a connu la relance du dispositif de laboratoire dans tout le pays. Une évaluation conduite dans toutes les formations sanitaires, à l’issue de laquelle la cartographie a été réalisée, la Politique Nationale de Biologie Médicale a été révisée et un Plan Stratégique quinquennal de développement de la biologie médicale au niveau du secteur de la santé a été élaboré.

#### Equipements

De 2016 à 2017, toutes les formations sanitaires administratives (Services centraux, DRS, DPS) et de soins (CS, HP, HR, HN) ont été équipés en kit informatiques. D’autres secteurs liés aux déterminants de la santé ont également bénéficié de kits informatiques. Au total, 1 500 kits achetés et mis à disposition sur 750 attendus durant la période, soit une réalisation de 200%. Le déploiement des kits informatiques a contribué à former le personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en informatique de base et à l’usage de l’internet. Il a également contribué au déploiement rapide du DHIS2 pour la collecte, le traitement, l’analyse, la diffusion des données de routine et de la surveillance dans tout le pays. Enfin, il a permis d’améliorer les conditions de travail du personnel. Autres équipements photocopieurs, vidéoprojecteurs et protection antivirus ont accompagné les kits informatiques mis à la disposition des structures.

Pour apprécier l’effet de ces efforts, il conviendrait d’apprécier le disponibilité des éléments d’aménagement et de confort indispensables est mesurée à travers l’équipement de communication, les installations sanitaires améliorées, la source d'eau améliorée, le transport d'urgence, la salle de consultation privée, la source d'énergie et l’ordinateur avec internet. Les équipements essentiels font référence au minimum nécessaire et indispensable à la structure de santé pour réaliser ses activités. Il s’agit de Thermomètre, Stéthoscope, Tensiomètre, Balance pour adulte, Balance pour enfant et Source de lumière. La densité moyenne des équipements est de 65% et le taux le plus faible est relevé à N’zérékoré soit 51%. En somme le pourcentage d’établissements ayant les éléments d’aménagements et d’équipements indispensables reste très maigre avec respectivement 01% et 12%.

Tableau 31: Disponibilité moyenne des éléments d’aménagements et d’équipements indispensables

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CARACTERISTIQUES | MATERIEL | | EQUIPEMENTS | |
| Etablissements de santé ayant les éléments d'aménagements et de confort indispensables | Disponibilité moyenne des éléments d'aménagements et de confort indispensables | Etablissements de santé ayant les éléments d’équipements indispensables | Disponibilité moyenne des éléments d’équipements indispensables |
| Boké | 1% | 33% | 15% | 72% |
| Conakry | 2% | 50% | 22% | 77% |
| Faranah | 1% | 37% | 21% | 68% |
| Kankan | 1% | 35% | 8% | 61% |
| Kindia | 0% | 37% | 12% | 67% |
| Labé | 2% | 38% | 5% | 60% |
| Mamou | 2% | 36% | 12% | 68% |
| N'Zérékoré | 3% | 38% | 6% | 51% |
| Guinée | **1%** | **38%** | **12%** | **65%** |

## Système d’information sanitaire

### Système d’information de routine

#### Principaux résultats

Au cours de trois années couvertes par le PRRSS (2015 – 2017), le système d’information sanitaire de la Guinée a réalisé des progrès énormes sur le plan institutionnel et règlementaire, à savoir :

* Elaboration du plan stratégique de développement du système d’information sanitaire,
* Mise en place du DHIS 2 (District Health Information Système) pour la gestion en ligne de toutes les informations sanitaires. Tous les districts sanitaires ont intégré cet outil de gestion de l’information sanitaire.
* Elaboration du manuel de procédures de gestion de données sanitaires ;
* Développement d’un catalogue des indicateurs qui prend en compte l’ensemble des préoccupations en termes d’information de tous les acteurs. Ce catalogue a permis donner des définitions standards de tous les indicateurs y figurant. Ceci réduirait les erreurs commises dans le calcul des différents indicateurs.
* Révision et harmonisation des outils de supervision des services de santé ;
* Mise en place des outils de validation et de contrôle de qualité des données produites par les différentes formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaires ;
* Révision de l’ensemble des canevas de rapportage des données des formations de l’ensemble de la pyramide sanitaire (agent de santé communautaire, centres de santé, hôpitaux préfectoraux, hôpitaux régionaux, hôpitaux nationaux, centres médico-communaux, les centres de santé améliorés) ;
* Harmonisation des outils de gestion (OG) : registre de consultation CPC, registre CPN, registre PEV, registre laboratoire CS, ….
* Régularité dans l’exécution de la supervision et du contrôle de la qualité des données
* Régularité des réunions de concertation avec les parties prenantes.

#### Complétude et promptitude

Dans l’ensemble, la complétude est passée de 90.3% en 2015 à 95.4% en 2017 avec des extrêmes allant en 2015 de 72% dans la région de Conakry à 98% dans la région de Kankan. En 2016, cette complétude va de 75% à Conakry à 99% à Labé et Mamou. En 2017, elle oscille entre 76% à Boké et 99% à Faranah. En ce qui concerne la promptitude, elle est de 0% en 2015. Cela est lié au fait que l’implémentation du DHIS2 n’a été effective qu’en 2016 et que la saisie a été effectuée de façon rétrospective. Cette promptitude était nulle avant l’avènement du DHIS2, compte tenu du fait que le circuit du rapportage n’était pas fiable. Elle est passée de 8% en 2016 à 58% en 2017.

Tableau 32: Taux de complétude et de promptitude dans la saisie des rapports statistiques selon les régions de 2015 à 2017

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Région | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
| Complétude | Promptitude | Complétude | Promptitude | Complétude | Promptitude |
| Conakry | 72 | 0 | 75 | 11 | 86 | 42 |
| Boké | 91 | 0 | 94 | 2 | 76 | 44 |
| Faranah | 97 | 0 | 98 | 2 | 99 | 61 |
| Kankan | 98 | 0 | 98 | 6 | 98 | 52 |
| Kindia | 87 | 0 | 92 | 7 | 66 | 35 |
| Labé | 95 | 0 | 99 | 11 | 98 | 61 |
| Mamou | 92 | 0 | 99 | 11 | 96 | 71 |
| Nzérékoré | 88 | 0 | 92 | 6 | 94 | 71 |
| Guinée | **90.3** | **0** | **95** | **8** | **95.4** | **58** |

#### Qualité des données

* + **Ecart entre les données administratives et d’enquête**

Il ressort de ce tableau qu’en 2016 l’écart de penta 3 entre les données d’enquête issue de MICS et les données administratives est de -53,3 points contre -23 point pour la CPN 4, Tandis qu’en 2017 selon l’EDS ces écarts sont respectivement de -59,3 pour le Penta 3 contre -36,3 point pour la CPN4. Cela s’explique par le mauvais rapportage, l’insuffisance d’outils de récolte, et des erreurs dans le calcul arithmétique.

**Tableau** 33: Ecart entre les taux de couverture en Penta3 et en CPN 4 selon les données administratives et les données d’enquête au cours des 3 années

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| items | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | |
| D. Admin | D. enquête | Ecart | D. Admin | D. enquête | Ecart | D. Admin | D. enquête | Ecart |
| Penta3 | 77,6 | ND |  | 88,3 | 35 | -65 | 99,5 | 40,2 | -59,8 |
| CPN 4 | 70,3 | ND |  | 73,6 | 50,6 | -49,4 | 71,6 | 35,3 | -64,7 |

*Source : annuaires statistique, MICS 2016 et EDS 2017*

* + **Cohérence entre les données aux différents niveaux**

La disponibilité d’une information de qualité (DQR) est essentielle pour la prise de décision et la gestion des programmes. Cette information doit être fournie à temps et surtout actualisée et fiable. Conscient du fait que la prise de décision nécessite des données fiables et de qualité et du fait que la remontée de l’information statistique par le circuit de la routine est longue et comporte des erreurs dues à la validité des méthodes de calcul des indicateurs et au traitement des données. Cette information doit être fournie à temps et surtout actualisée et fiable.

Le facteur de vérification est un indice qui a été calculé à partir de l’ensemble des structures de santé qui font le rapportage des différents services au SNIS et ayant tous les documents sources et les rapports mensuels. Le facteur de vérification est un indice qui détermine le niveau de concordance entre les nombres mentionnés dans les rapports mensuels et ceux dénombrés dans les documents sources (registre, carnet de visite etc.). Cet indice est comparé à 1 :

* Si le facteur de vérification est inférieur à 1, il y a un sur rapportage. En d’autres termes, les données des rapports mensuels sont inférieures à celles dénombrées dans les registres.
* Si le facteur de vérification est supérieur à 1, il y a un sous rapportage. En d’autres termes, les données des rapports mensuels sont supérieures à celles dénombrées dans les registres.

Il ressort des résultats que les indicateurs Penta 3 et CPN ont respectivement des facteurs de vérification de 1,03 et 1,01. Ces valeurs sont légèrement supérieures à 1 ; cela veut dire que les données des registres sont proches de celles des rapports mensuels ; toutefois, ces résultats dénotent un sous-rapportage des données. Par contre, les facteurs de vérification des trois autres indicateurs à savoir la TB, le paludisme et le TARV sont largement supérieurs à 1, ce qui dénote un sous rapportage très élevé. Ce sous rapportage est plus prononcé pour les données de la tuberculose (2,1) et du paludisme (1,45). Au niveau des HR/HP/CMC, on observe un sous rapportage énorme des données sur la CPN (1,92), les cas de TB (1,88) et surtout des données sur le paludisme (6,55). Au niveau des centres de santé, le sous rapportage observé est remarquable pour les données de la TB (2,15). Le sous-rapportage est plus important dans les structures de santé urbaines que rurales.

Tableau 34: Facteur de vérification des données au niveau des établissements de santé, par type d'établissement, instance gestionnaire et milieu urbain /rural.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S1\_06 | S2\_06 | S3\_06 | S4\_06 | S5\_06 |
|  | CPN (N=319) | Penta3 (N=313) | Actuellement sur TARV (N=107) | Cas de TB notifiés (N=35) | Cas de paludisme (N=247) |
| Type d'établissement |  |  |  |  |  |
| CHU/HR/HP/CM | 1,92 | 1,00 | 1,08 | 1,88 | 6,55 |
| Centre de santé | 0,99 | 1,03 | 1,16 | 2,15 | 0,91 |
| Milieu Urbain/Rural |  |  |  |  |  |
| Urbain | 1,10 | 1,00 | 1,34 | 1,27 | 2,30 |
| Rural | 0,97 | 1,04 | 0,95 | 4,65 | 0,85 |
| Total | **1,01** | **1,03** | **1,14** | **2,10** | **1,45** |

*Source : SARA 2017*

Pour la CPN1, la principale raison évoquée par les responsables des structures est l’erreur arithmétique (19%). Cette raison est beaucoup évoquée par les structures de santé urbaines (25%) comparativement à celles du milieu rural (16%). Par ailleurs, pour 11% des structures de santé, ces écarts sont dus à des erreurs de transcription. Elles représentent 17% des structures de santé urbaines et 10% des structures rurales qui évoquent cette raison.

Pour un dixième des structures de santé (10%), ces écarts seraient dus au manque de documents sources pendant la production du rapport mensuel. Pour Penta 3, la principale raison de la divergence évoquée par les responsables des structures est l’erreur arithmétique (14%). Cette raison est beaucoup évoquée au niveau des structures de santé urbaines (17%) comparativement à celles du milieu rural (12%).

Par ailleurs, pour 10% des structures de santé, ces écarts sont dus à des erreurs de transcription. Elles représentent 12% des structures de santé urbaines et 10% des structures rurales qui évoquent cette raison. Pour un dixième des structures de santé (10%), ces écarts seraient dus au manque de documents sources pendant la production du rapport mensuel. Pour le TARV, la principale raison de la divergence évoquée par les responsables des structures est l’erreur arithmétique (10%). Cette raison est beaucoup évoquée au niveau des structures de santé urbaines (12%) comparativement à celles du milieu rural (9%).

Par ailleurs, pour 9% des structures de santé, ces écarts sont dus à des erreurs de transcription. Elles représentent 10% des structures de santé urbaines et 7% des structures rurales qui évoquent cette raison. Pour 7% des structures de santé, ces écarts seraient dus au manque de documents sources pendant la production du rapport mensuel. Pour le Paludisme, la principale raison de la divergence évoquée par les responsables des structures est l’erreur arithmétique (25%). Cette raison est beaucoup évoquée au niveau des structures de santé urbaines (32%) comparativement à celles du milieu rural (20%).

Par ailleurs, pour 16% des structures de santé, ces écarts sont dus à des erreurs de transcription. Elles représentent 21% des structures de santé urbaines et 13% des structures rurales qui évoquent cette raison. Pour 6% des structures de santé, ces écarts seraient dus au manque de documents sources pendant la production du rapport mensuel.

Pour la TB, la principale raison de la divergence évoquée par les responsables des structures est l’erreur arithmétique (4%). Pour 3% des structures de santé, ces écarts seraient dus au manque de documents sources pendant la production du rapport mensuel. Par ailleurs, pour 1% des structures de santé, ces écarts sont dus à des erreurs de transcription.

L’analyse de la capacité opérationnelle des établissements de santé à fournir les données de qualité a été faite auprès des 364 structures de santé qui font le rapportage au SNIS. Cette capacité opérationnelle est évaluée à 66%. En d’autres termes, on enregistre une disponibilité moyenne de 8 éléments traceurs sur 12 au niveau des structures de santé. La capacité opérationnelle est légèrement élevée dans les hôpitaux/CMC (70%) et dans les structures de santé urbaines (69%).

Cependant, seulement 7% des structures de santé disposent de tous les 12 éléments traceurs. Les éléments traceurs les plus disponibles sont :

* personnel désigné pour la saisie des données (100%) ;
* visite de supervision dans les trois derniers mois (96%) ;
* du personnel désigné pour l'examen de la qualité des données (92%).

Par contre, moins de la moitié des structures de santé dispose de personnel formé sur le protocole de rapportage (40%), à la saisie des données (43%), Utilisation de données pour l'évaluation de performance du système de santé (48%) ou sur Utilisation de données pour la planification (49%). Ce sont deux tiers des structures de santé (68%) qui n’ont enregistré aucune rupture de stock des fiches de pointage, registres, et formulaires de rapportage au cours des trois derniers mois avant l’enquête. Ils représentent 63% des structures de santé qui disposent des directives écrites sur le protocole de rapportage.

### Système d’information basé sur la recherche

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

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

# NOUVELLES REFORMES ENTREPRISES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

| **Couverture Sanitaire Universelle (CSU)** |
| --- |
| * Acquis |
| * + Existence d’une politique de Protection Sociale ;   + Existence d’un niveau de base fondé sur la solidarité nationale ;   + Existence d’un niveau contributif d'assurance sociale basé sur un système de solidarité professionnelle et/ou communautaire ;   + CNSS pour les salariés des secteurs public, parapublic et privé ;   + Micro-assurance professionnelle et/ou à base communautaire qui couvre essentiellement le risque maladie à travers les Mutuelles de santé ;   + Mise en place de l’Institut National d’Assurance Maladie (INAMO) ;   + Gratuité de certains actes et soins médicaux : CPN, accouchement, césarienne, traitement ARV du VIH, de la TB, du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes ;   + Encouragement du développement de l’Assurance Maladie Privée Volontaire et des mutuelles de santé. |
| * Défis |
| * + Mobilisation des ressources suffisantes pour la couverture sanitaire universelle ;   + Amélioration de la couverture géographique en rendant disponible une offre de service de santé de qualité mieux réparti ;   + Protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en place notamment de l’Assurance Maladie Obligatoire ;   + Réduction des risques qui affectent la santé par une meilleure prise en charge des déterminants de la santé ;   + Mise en place d’un cadre institutionnel de coordination, de suivi et d’évaluation. |
| * Perspectives |
| * + Plaidoyer auprès du Ministère en charge des Finances pour l'augmentation progressive du budget alloué à la santé pour atteindre les 15% à l’horizon 2020 ;   + Développement de stratégies de mobilisations de ressources via la fiscalité ou la parafiscalité et les financements innovants (taxes sur le tabac, l’alcool, le billet d’avion, la téléphonie …) ;   + Amélioration de la disponibilité et de la motivation des Ressources Humaines en Santé (RHS) sur l’ensemble du territoire pour garantir l’équité et la qualité dans la prise en charge des cas de maladies par les prestataires en tenant compte du plan national de développement des ressources humaines de la santé ;   + Amélioration de l’efficacité et de la qualité de l’offre de soins par la mise en place de nouveaux mécanismes d’achat, y compris un système de Financement Basé sur les Résultats (FBR) ;   + Amélioration de l'offre de service existant par la révision de la carte sanitaire et de l’adoption de schéma régional d’organisation sanitaire ;   + Définition des critères et des modalités d'identification de l’indigence et prendre en charge les indigents à travers un futur régime non contributif du système d’AMO ;   + Elaboration d’un plan multisectoriel de prise en charge des déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé ;   + Mise en place d’un Comité interministériel de coordination de la mise en œuvre de la CSU ;   + Création d’une Cellule CSU dans tous les départements. |

| **Approche « Une Seule Santé » ou OneHealth : Santé Humaine, Santé Animale et Environnement** |
| --- |
| * Acquis |
| * + Engagement des PTF à accompagner le gouvernement dans le cadre de la mise en œuvre de l’approche « OneHealth » ;   + Mise en place de la Plateforme Nationale depuis 2017 ;   + Mise en place des groupes techniques de travail (GTT) ;   + Affirmation de l’engagement du Gouvernement à travers l’organisation d’un plaidoyer de haut niveau ;   + Elaboration d’un Plan d’Urgence National en Mars 2018 ;   + Renforcement de la capacité d’intervention des équipes mixtes à tous les niveaux ;   + Renforcement de la capacité de 10 responsables des hôpitaux des régions de Kankan et Labé à la surveillance des MPE en épidémiologie d’intervention ;   + Dotation des hôpitaux des régions de Kankan et Labé en kits informatiques ;   + Renforcement de capacité de 4 formateurs nationaux sur l’épidémiologie d’intervention au Togo. |
| * Défis |
| * + Renforcement de la capacité des responsables des formations sanitaires des régions de Conakry, Boké, Kindia, Mamou, N’zérékoré et Faranah à la surveillance des MPE en épidémiologie d’intervention ;   + Dotation des hôpitaux des autres régions en kits informatiques. |
| * Perspectives |
| * + Mise en place de plateformes régionales et préfectorales ;   + Renforcement de la collaboration intersectorielle ;   + Mise en œuvre du Plan d’Urgence National ;   + Renforcement de la capacité opérationnelle des formations sanitaires ;   + Mettre en place une section « OneHealth » à la Direction Nationale des grandes endémies. |

| **Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle** |
| --- |
| * Acquis |
| * + Validation du document de Politique Nationale de Santé Communautaire en Juillet 2017 ;   + Elaboration du Plan Stratégique de Santé Communautaire en 2017-2018 (en attente de validation) ;   + Lancement conjoint de la santé communautaire et du programme national d’appui aux communes de convergence (PNACC) le 13 Avril 2018 par les Ministres de la santé, de l’Administration du territoire et de l’Action sociale ;   + Démarrage de la mise en œuvre de la santé communautaire dans 40 communes de convergence en juillet 2018 ;   + Programmation de l’extension de la santé communautaire à de nouvelles communes avec l’appui des partenaires techniques et financiers ;   + Recrutement et formation de 1855 sur 18 234 relais communautaires et 185 sur 1850 ASC prévus pour couvrir tout le pays. |
| * Défis |
| * + Actualisation / Révision de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle ;   + Augmentation de la couverture et développement de la collaboration entre les prestataires de santé et les tradithérapeutes ;   + Mobilisation des ressources pour le financement des interventions communautaires (santé communautaire et médecine traditionnelle) ;   + Formation, Recherche et Promotion de la santé communautaire et médecine traditionnelle ;   + Définition de mécanismes pérennes de motivation des Agents Communautaires et des tradithérapeutes ;   + Renforcement de la Coordination et du Suivi / Evaluation des interventions communautaires et de la médecine traditionnelle. |
| * Perspectives |
| * + Mise à l’échelle des interventions à haut impact dans la communauté à travers les agents communautaires et les tradithérapeutes ;   + Définition des mécanismes de collaboration efficace entre les tradithérapeutes et le personnel de santé dans le cadre de la complémentarité ;   + Mise en place du dispositif d’installation et d’accompagnement des tradithérapeutes (infrastructures, formation, matériel et équipement …) ;   + Appui au développement des mutuelles de santé dans les communes urbaines et rurales ;   + Sensibilisation des populations pour le changement de comportement durable (CCCD) à travers les acteurs communautaires (agents de santé communautaire, tradithérapeutes, etc.) ;   + Elaboration des plans stratégiques en santé communautaire et médecine traditionnelle ;   + Organisation de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des plans ;   + Mise en place d’un dispositif de formation des acteurs (modules de formation, identification des formateurs et agents à former …) ;   + Création d’un Institut National de Médecine Traditionnelle ;   + Elaboration des outils de promotion de la santé pour les acteurs (dépliants, affiches, panneaux publicitaires, supports audiovisuels, boites à image etc.) ;   + Réalisation des recherches actions en santé communautaire et médecine traditionnelle ;   + Identification des différents mécanismes de motivation des acteurs communautaires et choix des approches appropriées de motivation ;   + Mise en place des mécanismes de suivi de l’application des critères et modalités de motivation des acteurs ;   + Création d’un cadre de concertation entre les acteurs de la santé communautaire et la médecine traditionnelle ;   + Elaboration d’une cartographie des interventions et recensement des agents communautaires et des tradithérapeutes ;   + Révision des indicateurs de suivi/évaluation des interventions communautaires et de la médecine traditionnelle et leur intégration dans le système d’information sanitaire ;   + Harmonisation des outils de suivi/évaluation des interventions communautaires et de la médecine traditionnelle ;   + Organisation des activités de supervision, de contrôle des acteurs et de monitorage des interventions. |

| **Financement Basé sur les Résultats (FBR)** |
| --- |
| * Acquis |
| * + Appui de la Banque Mondiale pour la formation de quatre (04) cadres au Rwanda sur l’approche de financement basé sur les résultats (2013) ;   + Implémentation d’un Projet pré-pilote de FBR à Mamou par le Ministère de la Santé avec l’appui technique du KIT des Pays Bas sur financement de la Banque Mondiale (2016-2017) ;   + Evaluation de la phase pré-pilote en 2017 ;   + Engagement de certains partenaires (BM, KfW, UE…) à accompagner le Ministère de la Santé dans la mise à l’échelle de l’approche ;   + Formation de 11 cadres du MS à Cotonou sur le FBR en août 2017 ;   + Elaboration et validation du Manuel de Procédures de mise en œuvre et des guides de vérification du FBR. |
| * Défis |
| * + Mise à l’échelle du FBR au niveau national ;   + Mise en place d’une Cellule Technique Nationale du FBR (reconnaissance juridique) ;   + Renforcement de la capacité institutionnelle et en RH pour la mise à l’échelle du FBR ;   + Mise en œuvre des réformes nécessaires (MS, MEF) ;   + Appropriation/Pérennisation de l’approche par toutes les parties prenantes. |
| * Perspectives |
| * + Accompagnement du Ministère de la Santé sur le financement de certains PTF (KfW, BM) à Kankan, Kindia, Boké pour la mise en œuvre de la phase pilote ;   + Accélération de la mise en œuvre des réformes ;   + Mise en place des mécanismes de suivi/évaluation. |

| **Politiques publiques (santé dans toutes les politiques sectorielles)** |
| --- |
| * Acquis |
| * + Existence de fonds de développement local ;   + Existence de l’Agence Nationale d’Appui aux Fonds d’Investissement Communautaire (ANAFIC) ;   + Respect des normes de préservation des parcs à résidus (déchets industriels toxiques tels que le cyanure) des sociétés minières ;   + Construction de structures de santé par les sociétés minières ;   + Respect des normes de santé, de sécurité, d’hygiène et d’environnement dans les localités minières ;   + Collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l’Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l’Enfance (MASPFE) dans la mise en œuvre de leurs différentes politiques   + Collaboration du MASPFE à travers la promotion de la santé de la reproduction dans les centres de l’autonomisation des femmes : PF, prise en charge des femmes souffrant de fistules obstétricales, prise en charge des femmes victimes de violences basées sur le genre, lutte contre les MGF, etc. |
| * Défis |
| * + Augmentation de la contribution des sociétés minières au système de santé ;   + Mise en place d’un cadre de collaboration intersectoriel entre les Ministères de la Santé, des Mines et de l’Administration du Territoire pour assurer la construction, le contrôle, le suivi des structures sanitaires dans les localités minières ;   + Assurer une meilleure gestion de l’environnement (déchets, poussière…) dans les zones minières ;   + Application effective du code des collectivités qui préconise que 15% des revenus des collectivités doivent aller à la santé ;   + Implication du MASPFE dans l’élaboration du PAO de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition. |
| * Perspectives |
| * + Implication des Ministère des Mines et de l’Environnement dans la gestion des effets pervers de l’exploitation minière ;   + Création d’une plateforme de concertation multisectorielle pour une meilleure prise en compte des problèmes liés à la santé. |

|  |
| --- |
| **Contractualisation avec les formations sanitaires, personnels de santé et secteur privé** |
| * Acquis |
| * + Implication du secteur privé dans la surveillance des maladies à potentiel épidémique ;   + Représentativité du secteur privé dans les ERARE, EPARE et COU ;   + Appui de l’UNFPA et de la Banque Mondiale à travers l’UNICEF dans la prise en charge du personnel de santé (médecins, sages-femmes et assistants techniques) ;   + Contractualisation avec des agents de santé à travers les fonds communautaires (postes de santé) ;   + Contractualisation des ASC et des RECO avec l’appui des PTF dans 40 communes de convergence. |
| * Défis |
| * + Création d’hôpitaux spécialisés ;   + Implication totale du secteur privé dans la vaccination ;   + Collecte de l’information auprès du secteur privé. |
| * Perspectives |
| * + Contractualisation avec le secteur privé pour disposer d’hôpitaux spécialisés ;   + Contractualisation avec le secteur privé pour la vaccination ;   + Contractualisation des ASC et des RECO dans toutes les communes ;   + Mise à disposition du secteur privé des outils de collecte de données ;   + Renforcement des capacités du secteur privé dans le renseignement des données dans le DHIS2. |

# SYNTHESE DE LA REVUE DU PRRSS 2015 – 2017 SUIVANT LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE

## Synthèse sur le Leadership et la Gouvernance

|  |
| --- |
| PRINCIPAUX ACQUIS |
| * + Dernier décret D/2018/168/PRG/SGG du 16 août 2018 portant attributions et organisation du Ministère de la Santé, dont la mission principale est la conception, l’élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique du gouvernement dans le domaine de la santé, répond aux recommandations de l’audit organisationnel, institutionnel et fonctionnel de 2016 ;   + Création du comité de coordination du secteur de la santé appuyé par son Secrétariat Technique et les groupes thématiques en lien avec les piliers du système de santé a permis de doter le Ministère de documents stratégiques nécessaires à l’alignement, à la redevabilité des intervenants et à l’harmonisation de la coordination du secteur de la santé ;   + Relance des instances de coordination au niveau central (Réunion de cabinet du Ministère, CCSS et CTC) a permis de faire un meilleur suivi des performances des services centraux et déconcentrés ;   + Révision des manuels de procédures administratives, comptables et financières du Ministère de la santé prend en compte les nouvelles réformes et les recommandations de l’audit de 2016 dans le but d’améliorer la performance du département de la santé ;   + Guides révisés de planification opérationnelle prennent en compte les spécificités des structures d’administration et de soins. Ces outils ont permis d’intégrer les interventions des PTF, des collectivités et de l’Etat à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;   + Initiation par le Gouvernement de l’approche des communes de convergence visant le meilleur accès des communautés aux services sociaux de qualité de base : Eau-Hygiène-Assainissement, Education, Santé-Nutrition et Protection Sociale et Fonction Publique Locale ;   + Création et opérationnalisation de l’Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, des équipes régionales d’alerte et de riposte aux épidémies (ERARE) et des équipes préfectorales d’alerte et de riposte aux épidémies (EPARE) ;   + Création des centres d’Opérations d’urgence (COU) au niveau déconcentré ;   + Création, validation et décentralisation de l’approche ONE-HEALTH. |
| GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES |
| * Diffusion limitée du code des collectivités locales dans le pays et sa méconnaissance à la fois par les élus locaux et la plupart des responsables des services déconcentrés ; * Inexistence de textes d’application dudit code ne permettant pas l’organisation conséquente des transferts de compétences et de ressources aux collectivités locales ; * Absence de budget de fonctionnement de certaines structures de la santé : CS, DPS/DCS, DRS/DSVCO ; * Faible appropriation du Compact National Santé qui est peu suivi par les différentes parties prenantes ; * Multiplicité des instances de coordination qui demandent le même personnel et qui visent les même cibles d’intervention (ICN, CCIA, CIARHS, SRMNIA, etc.) ; * Insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux (plan individuel de travail, indicateur de performance individuel des agents de santé) ; * Faible application des textes juridiques et réglementaires dans le cadre du respect des droits de l’homme dans l’offre de services de santé notamment la prolifération des structures informelles et la vente illicite des médicaments. |
| DEFIS MAJEURS |
| * + Poursuite du processus d’harmonisation et d’intégration des instances de coordination du secteur de la santé ;   + Alignement du processus d’élaboration des plans d’action opérationnels sur le processus d’établissement des budgets de l’Etat avant soumission à l’Assemblée Nationale pour approbation ;   + Homologation des prix des médicaments essentiels et des prestations à tous les niveaux;   + Redynamisation de l’Inspection Générale de la Santé (contrôle, audit, évaluation et conseil) ;   + Mise en application des procédures administratives, comptables, financières et de passation de marché du Ministère de la santé. |
| APPROCHES DE SOLUTIONS |
| * + Mise en place par niveau des instances de coordination intégrée du secteur de la santé ;   + Renforcement du mécanisme de suivi-évaluation du PNDS et de redevabilité des différentes parties prenantes;   + Renforcement des capacités de l’Inspection Générale de la Santé ;   + Plaidoyer pour la mise en place de subvention en faveur de certaines structures (DRS/DSVCo, DPS/DCS et CS) ;   + Promotion d’un programme d’appui sectoriel de la santé ;   + Implication du secteur privé dans l’offre de soins (harmoniser les outils de gestion, participation aux instances de Coordination, de Formation et de Suivi-Evaluation des activités) ;   + Révision et Homologation des tarifs des médicaments essentiels et des prestations ;   + Application des normes et procédures dans la gestion administrative, financière, comptable et de passation de marché ; |

## Synthèse sur le financement du système de santé

|  |
| --- |
| PRINCIPAUX ACQUIS |
| * + Augmentation progressive de la part du budget de l’Etat alloué à la santé ;   + Révision des documents de normes et procédures administratives, financières, comptables et de passation de marchés ;   + Engagement des partenaires à accompagner le financement des reformes du secteur à travers la signature du Compact National Santé ;   + Gratuité de la prise en charge de certaines maladies (VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme chez les enfants et femmes enceintes, la lèpre, la vaccination, la césarienne et l’accouchement, etc.) pour favoriser la CSU ;   + Amorce de la mise en œuvre de la stratégie du financement basé sur la performance. |
| GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES |
| 1. ***Goulots d’étranglement***  * Faible contribution de l’Etat dans le financement de la santé ; * Irrégularité de la mise à disposition des subventions ; * Inadéquation du niveau des subventions en rapport avec les besoins du moment ; * Faible capacité du MS à mobiliser les ressources financières domestiques en faveur de la santé ; * Faible capacité du MS à absorber les fonds mobilisés ; * Iniquité dans la distribution des ressources du secteur par région et par type de structure ; * Insuffisance de suivi/évaluation du Compact National Santé ; * Insuffisance de recherches économiques dans le domaine de la santé (études médico-économiques), * Insuffisance dans l’alignement de certains PTF sur les manuels de procédures de gestion du MS ; * Non-appropriation du document de stratégie de financement de la santé vers la CSU,  1. ***Principaux problèmes :***  * Charge élevée des dépenses de santé des ménages ; * Insuffisance / retard de financement des PAO ; * Insuffisance de coordination du financement du secteur de la santé ; * Coût élevé des services de santé par rapport au revenu de la population ; * Insuffisance d’agents comptables dans les districts sanitaires et autres structures de soins (Hôpitaux, CS, CMC) ; * Insuffisance de redevabilité dans la gestion des ressources financières (audit) ; * Insuffisance d’études de faisabilité dans la mise en place des projets de santé ; * Faiblesse du leadership du MS dans l’identification des programmes et projets bancables. |
| DEFIS MAJEURS |
| * + Mobilisation interne et externe des ressources financières pour la santé ;   + Amélioration de la capacité d’absorption des fonds alloués ;   + Harmonisation des procédures de gestion administrative, financière, comptable et de redevabilité des PTF avec celles du pays ;   + Amélioration de la qualité de l’utilisation des fonds mobilisés en termes d’efficacité, d’équité et de redevabilité ;   + Comptabilisation de toutes les dépenses de santé dans tous les secteurs (Santé, Education, Armées, Sécurité, Transport, Affaires sociales, Mines, Elevage, etc.) ;   + Opérationnalisation des aspects financiers de la CSU ;   + Mise en œuvre effective du Compact National Santé. |
| APPROCHES DE SOLUTIONS |
| * Développement du système d’assurance-maladie (assurance privée, assurance publique obligatoire, mutualité, exemption des indigents, gratuité de certains services de santé…) ; * Création d’une cellule CSU au Ministère de la santé ; * Réduction du prix des médicaments essentiels ; * Amélioration de la couverture sanitaire en construisant, rénovant et équipant des structures sanitaires ; * Extension de l’approche FBR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; * Appropriation du manuel de procédures de gestion financière du ministère de la santé à tous les niveaux ; * Etablissement d’un lien entre l’élaboration du budget du ministère de la santé et le processus de planification opérationnelle (PAO) ; * Capture du financement de la santé dans les autres secteurs (Education, Armées, Affaires sociales, Mines, etc.) ; * Application de mesures de sanctions liées à la qualité de la gestion financière ; * Institutionnalisation de l’audit annuel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; * Elaboration anticipée de projets spécifiques bancables avec étude de faisabilité pour accompagner la mise en œuvre du PNDS ; * Amélioration de la capacité de mobilisation interne et externe des ressources financières pour la santé. |

## Synthèse sur les ressources humaines pour la santé

|  |
| --- |
| PRINCIPAUX ACQUIS |
| * + Création d’une Direction Nationale des RHS   + Appui budgétaire des PTF (BM, UE) pour le recrutement de personnel   + Initiation d’une Stratégie de fidélisation du personnel à travers le Pipeline rural   + Contractualisation en position de pré embauche des agents de santé auprès des Projets et Programmes ;   + Engagement des PTF dans l’accompagnement du MS pour le développement des RHS. |
| GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES |
| * Retard dans l’ameublement des cadres organiques des RHS aux niveaux central, déconcentré /décentralisé ; * Insuffisance de suivi périodique des activités de la DRHS aux niveaux déconcentrés /décentralisés ; * Arrêt du processus de mise en place de la plateforme de gestion des RHS (iHRIS) ; * Répartition inéquitable du personnel de santé à tous les niveaux ; * Faiblesse des mesures incitatives et de motivation ; * Faiblesse de rigueur dans la gestion des RHS |
| DEFIS MAJEURS DU SYSTEME DE SANTE |
| * Opérationnalisation de la nouvelle direction des ressources humaines en santé ; * Amélioration de la qualité de l’enseignement et adaptation des filières de formation aux besoins du système de santé ; * Mise en place d’une stratégie et de mécanismes incitatifs, de motivation et de fidélisation des personnels de santé ; * Décentralisation du recrutement du personnel de santé ; * Evaluation de la performance des ressources humaines ; * Amélioration de la gestion des dossiers administratifs du personnel. |
| APPROCHES DE SOLUTIONS |
| * Assurer la mise en place d’un mécanisme de motivation du personnel de santé dans les zones d’accès difficile ; * Accélérer le processus d’ameublement des cadres organiques aux niveaux central, déconcentré /décentralisé ; * Assurer le suivi régulier des activités sur les RHS par la DRHS comme les supervisions, les contrôles des effectifs et de présence des personnels de santé ; * Procéder au recrutement décentralisé de personnels de santé à travers la fonction publique locale et rendre effective la stratégie du Pipeline rural ; * Rendre l’outil informatique iHIRIS fonctionnel et à jour ; * Elaborer le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé ; * Instaurer la rigueur dans la gestion des RHS au niveau de toute la pyramide par le respect et l’application des normes et procédures en la matière. |

## Synthèse sur les prestations de services

|  |
| --- |
| PRINCIPAUX ACQUIS |
| * + Disponibilité des prestataires et des PMA et PCA dans toutes les structures de santé ;   + Amélioration de la couverture sanitaire ;   + Gratuité des soins obstétricaux et des soins pour la prise en charge de certaines maladies prioritaires (Paludisme, TBC, VIH/Sida, Lèpre, Onchocercose, Géo-helminthiases, …) ;   + Existence des procédures opérationnelles normalisées de soins (PONS) ;   + Disponibilité des protocoles et guides thérapeutiques et de prises en charges Formation du personnel en PCI, Hygiène Hospitalière et Sécurité des patients dans toutes les structures ;   + Mise en place des Comités d’Hygiène et de Sécurité dans les structures sanitaires ;   + Opérationnalisation des Centres de Traitement des épidémies (CT-EPI), du Centre de Recherche en Épidémiologie, Microbiologie et de Soins (CREMS), de l’Institut Pasteur de Guinée (Maférinyah), du Laboratoire des Fièvres hémorragiques. |
| GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES |
| * Insuffisance d’ameublement du Cadre Organique de toutes les structures sanitaires et de prestations ; * Inadéquation des textes organiques des différentes structures de soins et de gestion du MS ; * Faible utilisation/qualité des services de santé ; * Insuffisance des mesures d’accompagnement de la gratuité des soins ; * Faible application des protocoles et guides thérapeutiques ; * Faible fonctionnalité des Comités d’Hygiène et des organes consultatifs ; |
| DEFIS MAJEURS |
| * Adaptation/révision des textes et cadres organiques des structures sanitaires et de prestations au contexte actuel ; * Amélioration des mesures d’accompagnement de la gratuité des soins ; * Amélioration de l’application des protocoles et guides thérapeutiques ; * Opérationnalisation des Comités d’Hygiène et des Organes Consultatifs. |
| APPROCHES DE SOLUTIONS |
| * Disponibilité des produits de santé, autres intrants et outils de gestion à tous les niveaux de la pyramide des soins ; * Extension de la PCI à toutes les structures de soins ; * Supervision intégrée axée sur le respect des normes et procédures en matière de soins ; * Renforcement du paquet de contrôle de qualité en labo, imagerie, clinique et soins ; * Opérationnalisation des comités d’hygiène et de santé et autres organes consultatifs (conseil d’administration, comité d’audit de la qualité …). |

## Synthèse sur les produits de santé et technologie médicale

|  |
| --- |
| PRINCIPAUX ACQUIS |
| * + Disponibilité des kits pour la gratuité des soins obstétricaux dans les hôpitaux;   + Disponibilité des produits SR y compris les contraceptifs ;   + Disponibilité des vaccins et des produits de santé pour la prise en charge de certaines maladies prioritaires (Paludisme, TBC, VIH/Sida, Lèpre, Onchocercose, Géo-helminthiases…) ;   + Disponibilité des kits pour la prise en charge des urgences dans les hôpitaux ;   + Disponibilité des ambulances, véhicules de supervision et motos ;   + Disponibilité des réfrigérateurs et panneaux solaires pour la vaccination ;   + Disponibilité des kits informatiques, bureautiques et des matériels de reprographie ;   + Disponibilité des mobiliers de bureau ;   + Disponibilité de matériels et équipements médicaux et de laboratoire ;   + Existence de 3 HN, 7 HR, 26 HP, 9 CMC, 14 CSA, 412 CS et 1.013 PS ;   + Existence de 3 hôpitaux miniers, 2 hôpitaux des armées, |
| GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES |
| * Kits de SONUC (césarienne) inadaptés et incomplets à certains niveaux ; * Les dotations en produits de santé ne répondent pas aux besoins exprimés par les structures de soins ; * Rupture fréquente en ARV ; * Insuffisance de structures de maintenance et d’entretien des infrastructures, des équipements biomédicaux, informatiques, de matériels de reprographie, d’ambulances, de véhicules de supervision, de motos, de réfrigérateurs et de kits solaires aux niveaux régional et préfectoral ; * Insuffisance d’appareils de radiographie et d’échographie et d’agents formés à leur utilisation dans plusieurs hôpitaux ; * Infrastructures sanitaires ne répondent pas aux normes standards. |
| DEFIS MAJEURS |
| * Disponibilisation régulière des produits de santé à tous les niveaux ; * Amélioration de la maintenance préventive et curative des infrastructures et équipements biomédicaux, informatiques, de matériels de reprographie, de la logistique roulante, des réfrigérateurs et des kits solaires dans les structures de soins ; * Disponibilisation d’équipements et de matériels d’imagerie et de personnel qualifié. |
| APPROCHES DE SOLUTIONS |
| * Amélioration des mécanismes d’approvisionnement et de gestion des produits de santé; * Renforcement des capacités matérielles et humaines des structures en matière de maintenance et d’imagerie médicale. |

## Synthèse sur le système d’information sanitaire

|  |
| --- |
| PRINCIPAUX ACQUIS |
| * Elaboration du plan stratégique de renforcement du système d’information sanitaire ; * Disponibilité d’une Politique et d’un Plan de Recherche en santé ; * Mise en place de la plateforme DHIS2 sur toute l’étendue du territoire ; * Renforcement des capacités des districts, régions et le niveau central en matière d’analyse des données ; * Mise en place d’une instance de concertation de toutes les parties prenantes ; * Dotation des structures en moyens logistiques, kits informatiques et kits solaires ; * Harmonisation des outils de collecte ; * Informatisation du système de gestion de la logistique (e-SIGL). |
| GOULOTS D’ETRANGLEMENT & PRINCIPAUX PROBLEMES |
| * **Ressources Humaines** * Insuffisance en qualité (niveau de formation, profil) et en quantité ; * Faible motivation des agents de santé ; * **Procédures et disponibilité des outils de gestion** * Faible utilisation des procédures et outils ; * Non-intégration des autres sous-systèmes (Ressources humaines, financières, infrastructures, santé communautaire, laboratoires/imagerie, …) ; |
| DEFIS MAJEURS |
| * Capitalisation du maximum d’information de qualité sur la gestion des ressources humaines, la santé communautaire et la gestion financière ; * Intégration des données des structures sanitaires privées dans le système de routine de collecte, d’analyse et d’interprétation des données du SNIS ; * Prise en compte de la recherche opérationnelle dans toutes les interventions de santé afin d’améliorer la performance globale du système de santé ; * Pérennisation des acquis obtenus par le biais de l’Etat et des PTF dans l’amélioration de la performance du SNIS ; * Dotation en ressources humaines selon le besoin à tous les niveaux ; * Paramétrage de tous les indicateurs du système de santé dans le DHIS2 ; * Harmonisation des systèmes de collecte de données ; * Intégration des données des structures privées, parapubliques et confessionnelles dans le DHIS2 ; * Documentation et archivage physique et numérique des données et informations du Ministère de la santé ; |
| APPROCHES DE SOLUTIONS |
| **Ressources Humaines**   * Dotation du SNIS en personnel qualifié (statisticiens, démographes, épidémiologistes, Sociologues, Géographes, Informaticiens …) et en nombre suffisant ; * Formation/mise à niveau du personnel en charge des statistiques.   **Procédures et disponibilité des outils de gestion :**   * Elaboration des outils de contrôle de la qualité des données ; * Intégration des données des structures privées, parapubliques et confessionnelles dans le DHIS2 ; * Renforcement de la recherche opérationnelle dans les différents domaines d’interventions de santé à tous les niveaux ; * Mise en place d’un système de documentation et d’archivage physique et numérique des données et informations du Ministère de la santé. |

# ORIENTATIONS POUR LES FUTURES REVUES ANNUELLES CONJOINTES

* Améliorer la participation des partenaires et des programmes à la rédaction du rapport de la RAC ;
* Diffuser les outils de collecte de données auprès du niveau déconcentré, central et des partenaires deux (2) mois avant la tenue de l’atelier de la RAC ;
* Organiser des réunions de la RAC au niveau des régions (Revues Régionales) ;
* Réviser et harmoniser les indicateurs du PNDS ;
* Organiser des études/enquêtes spécifiques pour renseigner certains indicateurs, selon un agenda précis.

# ORIENTATIONS POUR L’ELABORATION DU PLAN TRIENNAL 2019 – 2021

| ORIENTATION STRATEGIQUE | ACTIONS PRIORITAIRES |
| --- | --- |
| Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies transmissibles, non transmissibles et des situations d’urgences | * Renforcer la prévention et de contrôle de l’infection dans les établissements de soins publics et privés |
| * Améliorer la qualité des prestations, la sécurité des patients et des personnels, ainsi que la gestion des risques en milieux de soins |
| * Assurer la disponibilité en vaccin de qualité, en matériels de vaccination, équipements et logistique |
| * Assurer la disponibilité des prestations de lutte contre les maladies transmissibles (VIH/sida, Paludisme, TB…) et maladies non transmissibles (Diabète, HTA, Cancer du col, Traumatismes…) dans tous les établissements de santé |
| * Développer des mécanismes d’intégration, d’harmonisation et de normalisation des interventions de la Médecine Traditionnelle au système de santé formel |
| * Renforcer l’autonomisation des communautés dans le processus de résolution des problèmes de santé |
| Développement de l’offre de soins de qualité pour la PEC des urgences, de la sante de la mère, de l'enfant, de l’adolescent et des personnes âgées) | * Augmenter l’utilisation de services de santé des personnes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, Femmes enceintes, personnes âgées) à tous les niveaux |
| * Faire la revue des décès maternels néonatals et infantiles et riposte |
| * Mettre à l’échelle des activités à haut impact (Allaitement maternel, alimentation de complément, lutte contre les carences en micronutriments, réanimation néonatale, déparasitage de masse, réhydratation par voie orale, utilisation du Zinc dans le traitement des diarrhées, traitement de la pneumonie par antibiotique, ….) |
| * Développer des mécanismes de prise en charge psychosociale et médicolégale des violences faites aux femmes et aux enfants |
| * Repositionner la Planification Familiale |
| Renforcement du système national de santé et de soutien à l’administration | * Renforcer l’organisation du système de prestation de soins |
| * Développer des mécanismes de financement de la santé en vue de l’amélioration de l’accessibilité financière des populations pour la CSU |
| * Renforcer la gestion des RHS orientée vers la performance |
| * Augmenter le nombre d’infrastructures sanitaires équipes |
| * Renforcer les capacités d’approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, des produits de santé |
| * Renforcer la coordination, la régulation et le contrôle du secteur pharmaceutique |
| * Développer la Biologie médicale |
| * Améliorer la production, la diffusion et l’utilisation de l'information sanitaire |
| * Renforcer le cadre institutionnel et la coordination de la recherche pour la santé |
| * Renforcer la coordination interne des interventions du Ministère de la Santé |
| * Renforcer la régulation et normalisation |
| * Améliorer de la gestion sanitaire du district |

# CONCLUSION

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Politique nationale de biologie médicale* [↑](#footnote-ref-2)