REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE

PLAN NATIONAL DE SUIVI EVALUATION DU PNDS 2015-2024

Draft

(1)

Conakry, 28 Septembre 2015

Sommaire

Liste des figures et tableaux 5

Sigles et Acronymes 5

Introduction 7

Chapitre 1 : LE PNDS COMME BASE DES RESULTATS ET DE LA REDEVABILITE 8

1.1 Définition des concepts de suivi, évaluation et de revue 8

1.2. Objectifs et programmes prioritaires du PNDS 8

Vision, but, objectifs et orientations stratégiques de la PNS, chaine de résultats 9

Programmes prioritaires du PNDS 2015-2024 9

Liste des programmes nationaux de santé - en Guinée 10

Tableau 1.1 : Structure du PNDS 2015-2024 10

Les actions prioritaires du PNDS 11

Matrice des actions prioritaires du PNDS 2015 - 2024 par axe d'intervention et par objectif selon les orientations stratégiques de la PNS 12

Liens PRRSS 2025-2017 avec le PNDS 2015 – 2024 23

Tableau 1.2 : Sous programmes du PNDS 2015-2024 23

1.3. Etat des lieux du système national d'information sanitaire 23

Tableau 1.3 : Présentation des différents sous-systèmes d'information sanitaires 24

- Interventions techniques 26
- Interventions comportementales et organisationnelles 27

1.4 Justification et processus d'élaboration du cadre de suivi, évaluation 27

1.5. Alignement du suivi, de l'évaluation et de la revue par programme : 28

Chapitre 2 : CAPACITES INSTITUTIONNELLES 30

2.1 Mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation 30

2.3 Conditions et procédures de mise en œuvre 32

Tableau 2.1 : Rôles et responsabilités des différents organes de coordination et de suivi et évaluation 35

Tableau 2.2. : Organes Partenaires 38

2.4 Renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et de revue 38

Chapitre 3 : CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION 40

3.1 Cadre de suivi et d'évaluation 40

Figure 3.1 Cadre logique de suivi/évaluation (renforcement du système de santé) 40

Indicateurs de base compris dans le guide de référence (33 indicateurs traceurs) 42

Tableau 3.1 : Indicateurs fondamentaux 42

Cadre National des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du système de santé ... 43

Tableau 6: Cadre national des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du PNDS et du système de santé 43

3.2 Indicateurs clés 45

Cadre de mesure de rendement 46

Tableau 7: Cadre de mesure de rendement du PNDS 2015 – 2024 46

3.3 Sources de données 50

3.3.1 Données collectées pour les principaux indicateurs 50

- Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 50
- Les Enquêtes ménages (SMART; MICS; QUIBB; STEPS EDS) 51
- L'Etat Civil 51
- Les données des établissements de soins 52

Figure 1 : Schéma de collecte, de gestion des supports, et production des informations selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire (source SNIS – 2015) 52

- Les comptes nationaux de santé 53
- Autres sources de données : 54

3.3.2 Gestion des données 54

3.3.2.1 Les données de routine 54

3.3.2.2 Les données d'enquête 55

3.3.2.3 Archivages des données 55

3.3.4 Analyse synthèse et qualité des données 55

3.3.5 Composante évaluation 57

3.3.5 Modalités de diffusion de résultats de suivi évaluation du PNDS 57

Tableau 3.3 : modalités de diffusion 58

3.7 Activités préalables pour le suivi évaluation du PNDS 58

Chapitre 4. MECANISMES NATIONAUX DE REVUE 59

4.1 Système national de revues périodiques conjointes des progrès et de la performance 59

4.1.1 Revues annuelles 59

Tableau 4.1 : Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales 59

4.1.2 Les liens systématiques entre les revues du secteur de la santé, les revues par maladie et par programme et l'établissement de rapports nationaux 60

4.2. Les mesures correctives 60

4.2.1 Les résultats des revues pour l'allocation des ressources et les dépenses 60

4.2.2 Retro-information 60

Annexe 1 : Plan de renforcement du suivi évaluation du PNDS et du SNIS 2015 - 2017 61

Annexe : 2 Estimation des besoins en ressources humaines et des coûts de motivation pour le SNIS 2015 .. 68

Annexe 3 : Estimation des besoins et des coûts des équipements NTIC pour le SNIS 69

Annexe 4. Liste des Indicateurs de rapport mensuel du SITREP des prestations de soins, RSS Post-Ebola .. 70

Annexe 5 : Cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017 73

Annexe 6 : Domaines d'analyses spécifiques de l'évaluation du système national d'information sanitaire.... 76

Liste des figures et tableaux

Sigles et Acronymes

ABG	Appui budgétaire général
ABS	Appui budgétaire sectoriel
AT	Assistance technique
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
HN	Hôpital national
HR	Hôpital régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CID	Circuit informatisé des dépenses
CMC	Centre médical communal
CSA	Centre de santé amélioré
CS	Centre de santé
CCSS	Comité de Coordination du Secteur Santé
GTS	Groupe Thématique Santé
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CPN4	Quatrième consultation prénatale
CPCSS	Comité préfectoral de coordination du secteur santé
CRCSS	Comité régional de coordination du secteur santé
DAF	Division des affaires administratives et financières
BSD	Bureau de stratégie et de développement
DNHS	Direction nationale des services hospitaliers et de soins
SNISG	Section nationale d'information sanitaire et de gestion
DNPSC	Direction nationale de prévention et de santé communautaire
DNSMNF	Direction nationale santé familiale et nutrition
DIEM	Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance
DRMEG	Dépôt régionaux de médicaments essentiels génériques
DRH	Direction des ressources humaines
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
EDS	Enquête démographique et de santé
EPE	Etablissement public de l'Etat
FCFA	Franc de la communauté financière africaine
GAVI	*Global Alliance for Vaccination and Immunization*
HP	Hôpital préfectoral
HHA	*Harmonization for Health in Africa*
IGR	Interventions à gain rapide
IHP+	*International Health Partnership* – Partenariat international pour la santé et initiatives liées
IST	Infections sexuellement transmissibles
ITSS	Inspection technique des services de santé
OneHealth	Outil de Planification et de Budgétisation
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MS	Ministère de la santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/sida

PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNS	Politique nationale de santé
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SP/PNDS	Secrétariat technique de la coordination secteur santé du PNDS
SRFP	Stratégie de renforcement des finances publiques
TDR	Termes de référence
TPI	Traitement préventif intermittent
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VAT2	Vaccin antitétanique, deuxième dose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
DSRP	Document de Stratégie de réduction de la pauvreté
CBMT	Cadre budgétaire à moyen terme
MEF	Ministère de l'économie et des finances
PNDS	Plan national de développement sanitaire
MS	Ministère de la santé
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
PRRSS	Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
ODD	Objectifs de Développement Durable
IHP+	Partenariat international pour la santé
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
PNS	*Politique Nationale de Santé*
EDS	Enquête démographique et de santé
CMC	Centre Médical Communal

Introduction

Le Gouvernement de la République de Guinée, conscient 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.

C'est pourquoi, le Gouvernement Guinéen a également signé en mai 2012, le compact mondial du Partenariat International pour la Santé et les initiatives apparentées (IHP+). En adhérant à ce pacte mondial, il s'est engagé dans la réforme du système de santé et la réalisation d'interventions sanitaires à haut impact capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations à travers un partenariat innovant en application des principes de la Déclaration de Paris (2005) et du Plan d'action d'Accra (2007) sur l'efficacité de l'aide au développement.

Dans ce cadre, le Gouvernement guinée a entrepris, une réforme du secteur santé et s'est engagé d'un processus national de révision de sa politique nationale de santé, d'élaboration d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire, d'un Plan de relance et de résilience du système de santé (Plan triennal 2015-2017) d'un Plan National de Suivi Evaluation et d'un Compact National.

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

Nonobstant, le pic de la courbe épidémique de cette MVE, le Gouvernement à travers son Ministère de la santé et ses partenaires du dialogue politique en santé a, avec courage, abnégation et endurance, formulé ensemble une nouvelle Politique Nationale Santé dont la mise en œuvre a commencé à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) développé en janvier 2015, le Plan de Relance et Résilience du système de santé (PRRSS 2015-2017) élaboré en mars 2015 et validés le 26 juin 2015 par le Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS).

L'élaboration d'un plan unique de suivi, évaluation et revue prenant en compte les attentes des différentes parties prenantes s'inscrit dans cette dynamique en cours dans le secteur depuis 2012 dans le cadre du processus IHP+. Ce document vise surtout à faciliter le suivi des progrès et des performances et le dialogue politique autour de la mise en œuvre du PNDS.

Ce plan fournit un cadre commun de suivi de la progression dans l'atteinte des résultats du PNDS 2015-2024 et du Plan de Relance et de Résilience du Système de santé 2015-2017 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire impliquant toutes les parties prenantes et groupes d'intérêt du secteur. A cet égard, son élaboration est le fruit d'un processus participatif et consensuel des principales parties prenantes, y compris le secteur privé, les organisations de la société civile, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les Institutions Universitaires et de Recherche.

Le Plan de suivi évaluation et revue du PNDS 2015-2024 et du PRRSS 2015-2017 se fonde sur un cadre logique global basé sur une série d'indicateurs fondamentaux tirés de la matrice exhaustive de résultats du PNDS et des Programmes prioritaires de santé. Cette série limitée couvre parfaitement les différents domaines programmatiques du PNDS. En outre, le cadre logique définit précise les procédures et mécanismes pour combler les données manquantes, évaluer la qualité des données, procéder aux analyses, communiquer et diffuser les résultats à différents niveaux.

Chapitre 1 : LE PNDS COMME BASE DES RESULTATS ET DE LA REDEVABILITE

Le présent Plan National de Suivi Evaluation et Revue du PNDS 2015-2024 est élaboré sur la base des éléments et attributs de la Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité adoptée par les partenaires IHP+ en novembre 2011.

La redevabilité est l'obligation pour les parties prenantes de rendre compte des résultats vis-à-vis des engagements pris et des ressources promises par rapports aux engagements d'une part et par rapport à la mise en œuvre vis-à-vis du PNDS d'autre part.

Le plan national est destiné à soutenir la mise en œuvre du PNDS. Il a pour but d'optimiser l'organisation de la collecte d'informations solides et fiables afin d'évaluer les progrès et la performance du PNDS de façon holistique pour le système national de santé mais aussi de façon spécifique pour les programmes nationaux de santé.

Ce plan spécifie d'une manière transparente les résultats escomptés dont sont redevables toutes les parties prenantes du développement sanitaire et basés uniquement sur le PNDS ; Il clarifie les dispositions d'alignement des partenaires sur le cycle national de planification sanitaire ainsi que les processus et mécanisme nationaux de suivi évaluation et de revue du PNDS. Il précise enfin les modalités d'harmonisation des procédures de soutien des partenaires techniques et financiers au PNDS. C'est un outil qui facilite la prise de décision.

1.1 Définition des concepts de suivi, évaluation et de revue

Il importe de rappeler ici certains concepts du suivi, évaluation et revue afin de permettre aux parties prenantes (pouvoirs publics et partenaires) d'avoir une même compréhension des éléments de base du cadre de suivi et d'évaluation du PNDS.

- **Le suivi** consiste à réunir des données de toutes les sources pertinentes pour analyser la situation et déterminer qui sont les personnes concernées. On utilise à cette fin une série d'indicateurs et de cibles fondamentaux pour fournir aux pouvoirs publics et aux partenaires des informations précises en temps réel afin de faciliter les revues des progrès et de la performance et le dialogue politique.
- **L'évaluation** s'appuie sur les données tirées du suivi mais l'analyse est beaucoup plus approfondie et tient compte des modifications du contexte, des questions relatives à l'attribution et de situations hypothétiques.
- ***Les revues*** sont basés sur les données recueillies pendant le suivi et exigent l'existence de mécanismes institutionnels nationaux auxquels participent plusieurs acteurs. Les procédures existant pour la revue du secteur de la santé au niveau des pays sont un point de départ essentiel pour évaluer les progrès et la performance. Elles peuvent influer sur la fixation des priorités et l'allocation des ressources. Ces revues doivent être systématiquement liées aux mesures prises dans les pays et elles constituent la base de la redevabilité mutuelle.

1.2. Objectifs et programmes prioritaires du PNDS

Le présent plan de suivi, évaluation et de revue est orienté selon les objectifs de la politique nationale de santé et les résultats attendus définis dans le Plan National de Développement sanitaire PNDS 2015-2024 dont il est par ailleurs une composante essentielle.

Vision, but, objectifs et orientations stratégiques de la PNS, chaine de résultats

Vision d'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.

But

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

Objectifs

- **Objectif général :**

Améliorer l'état de santé de la population guinéenne.

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

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

- **Orientation stratégique 1 :** *Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence*
- **Orientation stratégique 2 :** *Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées*
- **Orientation stratégique 3 :** *Renforcement du système national de santé*

- *Sous-orientation stratégique 3.1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire*
- *Sous-orientation stratégique 3.2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé*
- *Sous-orientation stratégique 3.3 : Développement des ressources humaines de qualité*
- *Sous-orientation stratégique 3.4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité*
- *Sous-orientation stratégique 3.5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé*
- *Sous-orientation stratégique 3.6 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire*

Programmes prioritaires du PNDS 2015-2024

Le PNDS **2015-2024** est décliné en cinq (5) programmes dont quatre programmes « d'action » visant respectivement : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les

maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles; le cinquième programme transversal, vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre programmes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

Liste des programmes nationaux de santé - en Guinée

1. Programme National de prise en charge sanitaire des IST/VIH/SIDA (PNPCSP)
2. Programme National Elargi de Vaccination Soins de Santé Primaire et Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME)
3. Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP)
4. Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLAT)
5. Programme National de Maternité sans risque (MSR)
6. Programme National PCIMNE
7. Programme National de lutte contre le Cancer
8. Programme National de Santé Mentale
9. Programme National de lutte contre la Lèpre
10. Lutte contre les cancers gynécologiques
11. Programme National MTN (maladies tropicales négligées: Onchocercose, Buruli, Cécité, Schistosomiase, THA, etc…)
12. Programme National de lutte contre le Diabète
13. Programme National de lutte contre les maladies cardiovasculaires — Maladies Non Transmissibles
14. Programme national de lutte contre les traumatismes cérébraux
15. Programme national de santé et Nutrition

Tableau 1.1 : Structure du PNDS 2015-2024

Les actions prioritaires du PNDS

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

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

Orientation stratégique 1 : *Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence*		
Résultats attendus	**Stratégies d'intervention**	**Actions prioritaires**
D'ici fin 2015, l'incidence et la létalité de la Maladie à Virus Ebola, sont réduites à zéro (0)	*Renforcement de la surveillance intégrée à base communautaire et dans les établissements de soins, de la maladie à virus Ebola*	✓ Développer les capacités d'identification et de notification des cas suspects dans la communauté ✓ Renforcer les capacités de collecte, d'investigation, d'analyse de données et de riposte dans les établissements de soins publics et privés et au niveau central ✓ Renforcer les capacités des laboratoires en matière de diagnostic biologique ✓ Appliquer le règlement sanitaire international et mettre en place un système de contrôle sanitaire et de surveillance aux frontières terrestres, maritimes et aéroportuaires
	Amélioration de la mobilisation sociale et de la communication dans la communauté	✓ Renforcer la communication de proximité à travers les comités de veille, les comités de santé, les agents communautaires et les élus locaux ✓ Renforcer les capacités de communication et de mobilisation sociale des médias publics et privés ✓ Développer des activités de communication dans tous les établissements scolaires et universitaires dans l'ensemble du pays ✓ Améliorer les compétences des socio anthropologues en matière d'enquêtes, de formulation et de diffusion de messages clés
	Renforcement des capacités de prise en charge des cas (suspects et confirmés) et de gestion sécurisée des corps dans les établissements de soins publics et privés	✓ Mettre en place un dispositif de prise en charge adéquate des cas (formation du personnel, locaux dédiés, équipements/matériels appropriés) à tous les niveaux ✓ Améliorer la prévention, le contrôle de l'infection, la sécurité des patients/agents de santé hospitalisés dans les centres de traitement des cas et la gestion sécurisée des corps
	Développement des mécanismes de soutien nutritionnel et social aux familles affectées :	✓ Fournir un appui alimentaire et accorder des incitations financières aux familles, aux sujets contacts et aux sites de traitement ✓ Mettre en place des mécanismes de prévention de la stigmatisation des membres des comités de veille, des leaders communautaires et les familles des malades guéris d'Ebola en assurant leur insertion sociale
100% des personnels des établissements de soins publics et privés et des usagers sont protégés des infections nosocomiales et sécurisés contre tout risque en milieu de soins d'ici 2024	*Renforcement des capacités de prévention et de contrôle de l'infection dans les établissements de soins publics et privés*	✓ Renforcer le dispositif d'approvisionnement en eau potable dans les établissements de soins publics et privés ✓ Renforcer les compétences des personnels de santé en précautions standards et complémentaires de la maladie à Virus Ebola. ✓ Doter régulièrement les établissements de soins publics et privés en consommables, en matériels et équipements de protection individuelle ✓ Mettre en place un dispositif de tri et d'isolement des cas suspects ✓ Elaborer les plans de contingence dans tous les DS en y incluant le volet Ebola
	Renforcement de la qualité des prestations, la sécurité des patients et des personnels, ainsi que la gestion des risques en milieux de soins	✓ Elaborer et mettre en œuvre des textes législatifs et réglementaires sur la sécurité des patients et des personnels ; des Normes et recommandations en sécurité anesthésique et des actes médicaux et chirurgicaux ; une charte sur la qualité des soins et la sécurité des patients ✓ Mettre en place un dispositif d'évaluation de la qualité dans les établissements de santé

Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
D'ici 2024, 95% des enfants de moins de 5 ans et 90% des femmes enceintes et de celles en âge de procréer seront protégés contre les maladies évitables par la vaccination	*Amélioration de la disponibilité en vaccin de qualité, en matériels de vaccination, équipements et logistique*	✓ Approvisionner régulièrement en vaccin et en matériels de vaccination (seringues autobloquantes, de dilution, boites de sécurité, accumulateurs, glacières etc.) les structures de santé ✓ Doter les structures de santé en logistiques de vaccination (véhicules, moto, matériel de chaine de froid, source d'énergie etc.)
	Augmentation de la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes et de celles en âge de procréer	✓ Organiser des séances de sensibilisation de la population sur les avantages de la vaccination ✓ Renforcer dans les structures publiques et privées (la vaccination de routine, vaccination de rattrapage et de suivi, ACD) ✓ Introduire de nouveaux vaccins dans la vaccination de routine dans les structures publiques et privées ✓ Améliorer la disponibilité et compétences en ressources humaines
D'ici 2024, 100% des femmes enceintes séropositives reçoivent une prophylaxie ARV et 100% des PVVIH en stade avancé de la maladie reçoivent un traitement adéquat.	*Amélioration de la disponibilité des prestations de lutte contre le VIH/sida dans tous les établissements de santé*	✓ Réhabiliter/rénover/équiper les structures de santé pour intégration du CDV, PTME et PEC médicale ✓ Améliorer la disponibilité en intrants VIH (réactifs, consommables et médicaments) ✓ Renforcer la disponibilité et les compétences des ressources humaines à tous les niveaux ✓ Promouvoir les activités de prévention du VIH/sida (mettre en place des matériels de promotion en CDV, PTME et PEC…)
D'ici 2024, 100% des nouveaux cas de Tuberculose sont traités selon la stratégie DOTS	*Amélioration de la disponibilité des prestations de TB dans tous les CDT et autres établissements de santé*	✓ Augmenter le nombre de centres de diagnostic et de traitement TB ✓ Améliorer la disponibilité en intrants TB, TB/VIH, TB/MR et TB/RR (réactifs, consommables et médicaments) et les moyens de diagnostics ✓ Améliorer la disponibilité et les compétences des ressources humaines à tous les niveaux ✓ Promouvoir les activités de prévention de TB et la DOTS communautaire de qualité
D'ici 2024, au moins 90% de la population est protégée à travers le mesures préventives et 90% des cas confirmés reçoivent le traitement correct du Paludisme.	*Renforcement de la prévention et de la prise en charge*	✓ Augmenter la couverture universelle en moustiquaire imprégnée d'insecticide ✓ Organiser la lutte anti-vectorielle (assainissement du milieu, pulvérisation intra domiciliaire des ménages et des cours d'eau, utilisation des MILDA dans les ménages) ✓ Améliorer la qualité de la prise en charge ✓ Rendre disponible les tests de diagnostic rapide et les médicaments antipaludiques et renforcer les compétences du personnel
D'ici 2024, 100 % des maladies tropicales négligées (MTN) et autres maladies transmissibles sont prises en charge (Lèpre, THA, Ulcère de Buruli, Onchocercose, Trachome, filariose lymphatique, Schistosomiases, géo helminthiase…).	*Amélioration de l'accès aux interventions de dépistage précoce et de la prise en charge des cas*	✓ Renforcer les dispositifs de diagnostic à tous les niveaux ✓ Approvisionner les centres de prise en charge en médicaments, matériels et équipements ✓ Mettre à échelle des interventions de chimio prophylaxie préventive, de prise en charge des cas et des complications et renforcer les capacités de réhabilitation des malades victimes d'infirmité.
D'ici 2024, 100% des maladies non transmissibles (cancers, caries dentaires, Diabète, maladies cardiovasculaires, traumatisme, maladie mentale, Drépanocytose, Affections Respiratoires Chroniques etc.), sont prises en charge	*Renforcement des capacités de promotion, de prévention et de contrôle des MNT dans les politiques et programmes sectoriels de développement*	✓ Intégrer dans les politiques et programmes sectoriels les interventions liées aux MNT ✓ Organiser des tribunes pour promouvoir l'hygiène corporelle, les bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique et la lutte contre le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et les stupéfiants, l'utilisation des équipements de protection (port de casque, ceinture de sécurité tec.) ✓ Organiser les campagnes de dépistage précoce des MNT à tous les niveaux.

Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
D'ici 2024, développer la collaboration entre la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle et la Médecine moderne,	*Développement des mécanismes d'intégration, d'harmonisation et de normalisation des interventions de la Médecine Traditionnelle au système de santé formel*	✓ Elaborer/réviser et diffuser le document de politique et le plan stratégique, les normes et procédures de la médecine traditionnelle ; ✓ Définir les mécanismes de collaboration entre tradithérapeutes et les personnels de santé ; ✓ Améliorer le niveau de compétence des tradithérapeutes (Hygiène, Référence et contre-référence, pratiques thérapeutiques).
90% des ménages adoptent des comportements favorables à la bonne santé d'ici 2024	*Renforcement des attitudes et pratiques individuelles, familiales et communautaires favorables à la santé*	✓ Elaborer/réviser et mettre en œuvre les plans stratégiques de communication pour la santé ; ✓ Renforcer les capacités des communes, des ONG, Associations et la Société civile pour l'élaboration et la mise en œuvre d'action de promotion de la santé ; ✓ Développer un partenariat formel avec les médias du secteur privé et public pour la mise en œuvre des plans de communication ; ✓ Renforcer l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour les jeunes et adolescents y compris en milieu scolaire et universitaire ✓ Mettre à échelle toutes les interventions à haut impact au niveau communautaire
	Renforcement de l'autonomisation des communautés dans le processus de résolution des problèmes de santé	✓ Responsabiliser les communautés dans l'identification, la planification, la mise en œuvre et le suivi de toutes les interventions sanitaires ; ✓ Renforcer et/ou améliorer le dispositif d'approvisionnement en eau potable et de sanitation à tous les niveaux ; ✓ Doter régulièrement les communautés de moyens et équipements d'hygiène et d'assainissement ; ✓ Renforcer le niveau de compétence des acteurs communautaires à tous les niveaux

Orientation stratégique 2 : *Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées*		
Résultats attendus	**Stratégies d'intervention**	**Actions prioritaires**
D'ici 2024, la couverture en CPN4+ doit passer de 57% à 90%,	*Renforcement de la CPN recentrée dans toutes les structures publiques et privées*	✓ Réviser le module de formation en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) y compris la consultation prénatale recentrée (CPNr); Normes et procédures en SR; le guide de message éducatif pour la réduction de la mortalité maternelle; infantile et infanto juvénile ✓ Améliorer la disponibilité et la couverture en CPNr (formation des agents, plan d'accouchement, vaccination, TPI, Conseil nutritionnel) des secteurs publics et privés ✓ Intégrer la PTME dans toutes les structures publiques et privées ✓ Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des populations générale et des femmes en particulier pour améliorer la demande de l'offre des services de CPN, Accouchement assisté, CPoN, PF, Nutrition)
D'ici 2024, 80% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié et 80% d'entre elles bénéficient d'au moins une consultation postnatale	*Promotion de l'accouchement assisté*	✓ Elaborer/réviser le guide de réorganisation des SONU y compris la définition des infrastructures types, guide de SONU, Néonatologie et de prise en charge nutritionnelle des enfants nés des mères séropositives ✓ Réorganiser et étendre la couverture SONU de base Rénover/Equiper les blocs opératoires des 33 hôpitaux, des 5 CMC, les 10 CSA en équipements standards (boîtes césariennes, boîtes d'accouchement, kits césarienne, ambulances)
100% des complications obstétricales seront prises et le taux de césarienne passera de 2 à 5%, d'ici 2024.	*Renforcement de la gratuité des soins obstétricaux*	✓ Définir et faire appliquer les mesures d'accompagnement pour la gratuité des SONU ✓ Doter les structures de santé en équipement, matériels, médicaments et outils de gestion ✓ Renforcer le système de référence et de contre référence pour la prise en charge des complications obstétricales et pédiatriques ✓ Renforcer la prise en charge des nouveau-nés (réanimation, coin de nouveau-né)
	Mise en œuvre de la revue des décès maternels néonatals et infantiles et riposte	✓ Faire la notification, la revue et la riposte systématique de tous les décès maternels et néonatals. ✓ Mettre en œuvre le dispositif reportage par la téléphonie mobile
D'ici 2024 la prévalence contraceptive en Planification Familiale, passera de 19% à 51%.	*Repositionnement de la Planification Familiale*	✓ Intégrer la PF dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ✓ Mettre en œuvre les services du paquet intégré à base communautaire (CPN, PF) ✓ Offrir toutes les méthodes modernes de contraception aux femmes en âge de procréer; ✓ Doter les structures publiques et privées en Outils de Gestion et contraceptifs ✓ Organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités politiques, administratives, sanitaires, communautaires et des populations sur la PF
D'ici 2024, réduire le taux de malnutrition chronique de 31 à 21 % et le taux de malnutrition aig- e de 9 à 4 %	*Mise à l'échelle d'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, ...) :*	✓ Réviser la politique et le protocole de prise en charge de la malnutrition, le guide pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ✓ Renforcer les capacités des agents chargés de nutrition sur les protocoles et le guide ✓ Mettre à échelle la démarche formations sanitaires et Communautés « Amis des Bébés » ✓ Organiser des campagnes de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois; ✓ Promouvoir l'allaitement maternel (mise au sein précoce, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois) ✓ Mettre en œuvre la PCIMA dans les formations sanitaires et au niveau communautaire

Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
95% des enfants de moins de 5 ans seront pris en charge dans les structures de santé et au niveau communautaire selon les procédures standards PCIMNE, d'ici 2024	*Mise en œuvre de la PCIMNE clinique et communautaire (paquet intégré)*	✓ Elaborer/Réviser le plan stratégique survie de l'enfant, les modules et les outils de formation en PCIMNE clinique et communautaire ✓ Etendre la PCIMNE clinique dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ✓ Mettre à échelle la PCIMNE communautaire dans tous les villages
80% des ado-jeunes utiliseront les services de santé sexuelle et reproductive sans stigmatisation ni jugement	*Intégration de la santé sexuelle et reproductive des ado-jeunes dans les structures de santé publiques et privées*	✓ Elaborer/réviser le plan stratégique et les modules de formation des adolescents et jeunes ✓ Mettre en œuvre les standards adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures publiques et privées
D'ici 2024, l'objectif TOLERANCE ZER0 aux Mutilations Génitales Féminines et aux violences basées sur le genre est atteint	*Développement des mécanismes de prise en charge psychosociale et médicolégale des violences faites aux femmes et aux enfants*	✓ Organiser des campagnes de sensibilisation en direction des autorités politiques administratives, sanitaires, communautaires et des populations, sur les MGF/excision, les violences basées(VBG) sur le genre et leurs conséquences sur la santé des filles et des femmes ✓ Appuyer l'application des textes juridiques et réglementaires en faveur de l'abandon des MGF/E
90% de la population disposeront d'informations prenant en compte ses besoins tout au long du cycle de vie selon une approche genre	*Développement des mécanismes d'exemption de paiement pour les personnes âgées (hospitalisation et médicaments)*	✓ Intégrer la prise en charge gratuite dans les formations sanitaires publiques des personnes âgées dans la perspective de la Couverture Sanitaire Universelle ✓ Accorder des appuis nutritionnels spécifiques pour des personnes âgées en fonction des pathologies
	Promotion de la santé de la mère et de l'enfant	✓ Organiser les journées nationales, africaine et mondiale pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant ✓ Réviser et mettre en œuvre la stratégie de communication en appui à la SR ✓ Mettre en place des initiatives de développement communautaires Développer les programmes de lutte contre les substances abusives (Tabac, Alcool, Drogue…) ✓ Développer le partenariat entre le Ministère de la Santé avec les autres départements (finance, sécurité, communication, Action sociale…)
80% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité, d'ici 2024.	*Adoption et intégration des standards de performance y compris la Prévention et le contrôle de l'infection*	✓ Mise à l'échelle les standards de performance S-BMR (SONU, PF, PI, PCIMNE...) dans les structures publiques et privées. ✓ Mise aux normes des locaux et des équipements ✓ Appuyer la mise en œuvre des interventions (supervision, suivi, évaluation et recherche logistique)

Orientation stratégique 3 : *Renforcement du système national de santé*		
Sous-orientation stratégique 3.1 *: Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire*		
Résultats attendus	**Stratégies d'intervention**	**Actions prioritaires**
De 2015 à 2024, la couverture en paquet de service essentiel de santé de qualité est de 80%.	*Renforcement de l'organisation du système de soins*	✓ Définir les PMA par niveau ✓ Définir des directives, procédures, normes et standards sanitaires ✓ Définir les normes d'effectif de service des plateaux techniques et d'infrastructures ✓ Mettre à jour régulièrement la carte sanitaire
Amélioration des prestations de services :	Les axes d'interventions et les actions prioritaires retenues pour cette stratégie d'intervention oint été déclinées respectivement sous les orientations stratégiques N°1 et N°2.	
Sous-orientation stratégique 3.2 : *Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé*		
D'ici 2024, mobiliser au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS	*Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la santé*	✓ Elaborer une proposition de loi pour relever progressivement le taux du budget de la santé dans le Budget de l'Etat à 15% (dans le cadre de l'application des accords d'Abuja) ; ✓ Susciter la contribution des autres secteurs économiques et des communautés au financement des actions de santé ✓ Faire une étude sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la CSU ✓ Elaborer le COMPACT national ✓ Promouvoir les initiatives innovantes du financement de la santé
	Renforcement des capacités de gestion financière et de la CSU	✓ Renforcer les capacités du MS en matière de planification financière et de négociation auprès du Ministère en charge de l'Economie et des Finances, du Plan, du parlement et des PTF ✓ Renforcer les capacités de gestion de l'aide en partenariat avec les PTF (compact santé, harmonisation des procédures suivi conjoint…) ✓ Institutionnaliser les CNS ✓ Produire annuellement les CNS ✓ Elaborer et tenir le CDMT à horizon glissant ✓ Mettre en place des structures capables de jouer le rôle de contrôle technique, de piloter et de mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle (CSU) ; ✓ Mettre en œuvre le financement basé sur la performance
Assurer l'accessibilité financière des populations aux services essentiels de santé	Amélioration de l'accessibilité financière des populations	✓ Créer une structure d'encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l'ensemble des régimes d'assurance ✓ Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de protection sociale ; ✓ Appuyer la mise en place de l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des travailleurs de la fonction publique ✓ Faire une étude sur l'état actuel des mécanismes de recouvrement des coûts et de la gratuité des soins ✓ Faire la détermination et le choix du périmètre sur la base du paquet de prestations ✓ Définir le dispositif de mise en place des fonds d'achat des prestations multi donateurs en faveurs de diverses cibles (indigents, malades chroniques, femmes en âge de procréer, enfants, personnes âgées, malades en ambulatoire et hospitalisation de profil autre à travers une étude ✓ Mettre en place le fonds d'achat des prestations de santé ✓ Développer un mécanisme de l'assurance maladie et mise en place de systèmes alternatifs (mutuelles, fonds de solidarité, tarification spéciale pour les médicaments sociaux, etc.) et subventions de l'Etat, en vue de favoriser l'accès des plus pauvres aux médicaments et autres produits de santé ✓ Maintenir la gratuité effective des CTA, ARV, IO, anti-TB, Vaccins, Kits SONU, anti lépreux etc.

Sous-orientation stratégique 3.3 : *Développement des ressources humaines de qualité*		
Résultats attendus	**Stratégies d'intervention**	**Actions prioritaires**
D'ici 2024 augmenter la densité en ressources humaines de qualité, motivées et mieux réparties dans le pays	*Renforcement de la gestion des RHS orientée vers la performance*	- Actualiser le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé, - Elaborer les normes en personnel par niveau de soins - Organiser le recrutement du personnel, - Elaborer un plan harmonisé de formation continue, - Organiser les formations continues du personnel - Renforcer les capacités institutionnelles de gestion des ressources humaines du secteur - Mettre en place un observatoire des RHS, composante de l'observatoire nationale, - Décentraliser la formation, le recrutement et la gestion des RHS ;
	Renforcement des capacités des institutions de formation en santé	- Réviser les curricula de formation, pour leur alignement sur les besoins numériques et qualitatifs du système de santé en RHS - Mettre en place un système d'accréditation des institutions de formation initiale et des diplômes - Développer un partenariat international pour les formations spécifiques (spécialistes et techniciennes).
	Mise en place d'un système national de fidélisation des Ressources Humaines de la santé	- Elaborer un plan national de fidélisation des RHS - Mettre en place un système de motivation RHS basé sur la performance et selon zones défavorisées ou difficile d'accès - Mettre en œuvre la stratégie du dispositif de motivation/ fidélisation

Sous-orientation stratégique 3.4 : *Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité*		
De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle des établissements en infrastructures adéquates, en équipements essentiels de qualité, en ME, en produits sanguins et diagnostic de qualité sera de 100%.	*Développement et mise en œuvre d'un plan harmonisé de construction et de réhabilitation des infrastructures, d'acquisition et de distribution des équipements*	- Actualiser les normes en matière d'équipements et d'infrastructures - Réhabiliter/extension/construire les infrastructures sanitaires incluant des unités de prise en charge des maladies à potentiel épidémique conformément au paquet minimum d'activité pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. - Doter les structures sanitaires en équipements selon les normes nationales par niveau - Règlementer les dons d'équipements médicaux - Doter le CNTS, les CRTS et UHTS en infrastructures équipements techniques, moyens logistiques et autres intrants pour la collecte, le traitement, la conservation, la distribution des PSL et la gestion des activités transfusionnelles adaptés à leur niveau.
	Développement de la production locale des médicaments et autres produits de santé	- Promouvoir la production locale publique et privée des médicaments et autres produits de santé y compris les préparations galéniques dans les pharmacies hospitalières et les officines - Valoriser les plantes médicinales de Guinée - Promouvoir la coopération sous régionale pour la production et la commercialisation des produits de santé
	Amélioration des mécanismes de financement et d'acquisition des produits de santé	- Mettre en place de mécanismes de financement pérenne pour le fonctionnement des structures chargées de la mise en œuvre de la logistique intégrée des médicaments - Exonérer de tous droits de douanes et de taxes à l'importation des dispositifs médicaux, réactifs, petits matériels de laboratoire et matières premières - Améliorer les procédures d'appels d'offres et de passation des marchés pour l'acquisition des produits de santé - Développer les mécanismes d'incitation à l'installation des officines privées à l'intérieur du pays
	Promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments et autres produits de santé	- Renforcer l'Information/Education des populations et des prestataires sur l'usage rationnel du médicament et autres produits de santé et la publicité abusive à tous les niveaux - Développer la recherche opérationnelle sur la Pharmacie et le Médicament - Développer/vulgariser les outils d'aide à la prescription et la dispensation rationnelle à tous les niveaux
	Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits de santé	- Renforcer les capacités du laboratoire national de contrôle de qualité - Mettre en place/Renforcer les systèmes de vigilance des produits de santé : pharmacovigilance, hémovigilance, réacto-vigilance et matériovigilance ; - Adopter les normes et procédures en matière de contrôle pré et post marketing - Améliorer les capacités de stockage et de gestion des produits de santé des structures de santé

Résultats attendus	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle des établissements en infrastructures adéquates, en équipements essentiels de qualité, en ME, en produits sanguins et diagnostic de qualité sera de 100%. (suite)	*Renforcement de la coordination, de la régulation et du contrôle du secteur pharmaceutique*	- Renforcer le cadre institutionnel et les capacités de la DNPL pour la coordination et la mise en œuvre de la PPN - Instaurer les mécanismes de coordination entre les différents acteurs dans la mise en œuvre du plan directeur de la PPN y compris le partenariat public-privé - Développer/améliorer les capacités du pharmacien dans la gestion du médicament. - Renforcer le système d'information et de communication pour une gestion efficace et efficiente - Créer et opérationnaliser un corps de Pharmaciens Inspecteurs à la DNPL - Renforcer la lutte contre le marché illicite et les contrefaçons de médicaments - Renforcer les capacités des ordres professionnels dans la gestion et la régulation du secteur pharmaceutique - Développer les normes et procédures pour la gestion des déchets pharmaceutiques (périmés, détériorés…) et biomédicaux
	Renforcement des capacités des structures de la transfusion sanguine pour la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine	- Renforcer les capacités logistiques, techniques et humaines de production, de conservation et de distribution du CNTS, des structures régionales et unités hospitalières de transfusion sanguine; - Renforcer la coordination par l'élaboration des textes de loi, l'amélioration de la politique, du plan stratégique, des guides, des normes et procédures en matière de transfusionnelle ainsi que le développement d'un système d'assurance qualité incluant la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines - Renforcer la promotion du don de sang bénévole de sang à travers la mise en œuvre d'un programme national de mobilisation des populations incluant des campagnes de communication/sensibilisation, un appui aux associations de donneurs volontaires et bénévoles du sang , le financement des collectes de sang ; - Promouvoir l'utilisation rationnelle des Produits Sanguins
	Développement de la Biologie médicale	- Réviser la politique nationale de biologie, élaborer et mettre en œuvre le plan stratégique de biologie médicale - Renforcer la coordination des intervenants en matière de biologie médicale - Renforcer le système d'assurance qualité des examens biologiques - Développer un système fiable et pérenne d'approvisionnement en réactifs et dispositifs médicaux.
	Développement d'une politique nationale de maintenance et la mise en œuvre d'un plan national de maintenance	- Formuler une politique nationale de maintenance - Réviser et opérationnaliser un plan national de maintenance hospitalière
	Renforcement des capacités d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, des produits de santé	- Améliorer les capacités de la PCG pour les achats, le stockage, la distribution, l'assurance qualité des médicaments et autres produits de santé de tout le secteur public, associatif et confessionnel… - Améliorer la capacité financière de la PCG - Assurer la formation continue du personnel - Assurer la disponibilité en vaccins de qualité Renforcer les capacités de stockage et de gestion des vaccins à tous les niveaux du système - Mettre en place progressive des mécanismes d'importation nationaux des vaccins - Renforcer les systèmes d'assurance qualité des vaccins, de la vaccination et des injections - Promouvoir la communication et de l'information sur les vaccins pour garantir leur bonne utilisation. - Intégrer la logistique vaccinale à la PCG

Sous-orientation stratégique 3.5 : *Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé*		
Résultats attendus	**Stratégies d'intervention**	**Actions prioritaires**
De 2015 à 2024, la capacité opérationnelle du SNIS et des sous-systèmes d'information (Surveillance épidémiologique, enregistrement de naissances et de décès, données de recherche, ….) est renforcée de 90%.	*Réorganisation du SNIS par la mise en cohérence des divers sous-systèmes d'information sanitaire*	✓ Eriger la section SNIS en Division ✓ Renforcer la coordination pour l'ensemble du SNIS et la concertation avec les partenaires publics et privés; ✓ Développer un plan stratégique national du SNIS ✓ Renforcer un mécanisme de suivi évaluation du SNIS à tous les niveaux ✓ Mettre en place l'Observatoire national de santé (base de données, CHPP, DHIS, systèmes de rapportage harmonisés) ✓ Mettre en place un système national d'enregistrement des naissances et des décès (mères, enfants, etc.)
	Amélioration de la qualité de l'information sanitaire	✓ Développer les normes et procédures de gestion de données et les supports harmonisés pour la collecte et le calcul des indicateurs à tous les niveaux ✓ Développer un système informatisé de traitement, d'analyse et de diffusion des données, informations et connaissances sanitaires en temps réel à travers la plateforme «DHIS2» ✓ Réaliser un audit du SNIS à tous les niveaux du système de santé
	Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire	✓ Renforcer la production, le partage et la diffusion de l'information sanitaire ; ✓ Renforcer l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux dans la prise de décisions.
	Renforcement des ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures	✓ Renforcer les capacités du SNIS en ressources humaines en infrastructures et équipements de qualité selon les normes ✓ Mettre en réseau du SNIS à tous les niveaux, ✓ Accroitre le financement en faveur du SNIS.
De 2015 à 2024, les capacités institutionnelles et opérationnelles des structures de recherches sont améliorées à 90%	*Renforcement du cadre institutionnel et de la coordination de la recherche pour la santé*	✓ Elaborer/Réviser les textes législatifs et réglementaires de la recherche pour la santé ✓ Mettre en place/renforcer les organes consultatifs et de gestion ✓ Eriger la cellule en charge de la recherche pour la santé au rang de division ✓ Elaborer la politique et du plan stratégique National du développement de la recherche pour la santé ✓ Mettre en place un système de suivi et d'évaluation de la Politique Nationale de recherche pour la santé
	Renforcement les capacités des institutions de recherche pour la santé	✓ Développer une masse critique de ressources humaines et renforcer la capacité des jeunes chercheurs ; ✓ Développer un environnement favorable à la recherche par la construction des infrastructures et l'équipement ; ✓ Développer et mettre en œuvre un dispositif de management et d'un mécanisme de financement ; ✓ Développer de l'expertise en la recherche ; ✓ Développement du partenariat; ✓ Mettre en place un système performant pour la supervision et le mentorat des structures

Sous-orientation stratégique 3.6 : *Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire*		
Résultats attendus	**Stratégies d'intervention**	**Actions prioritaires**
La fonctionnalité des instances de coordination de régulation et de redevabilité est de 80%	*Renforcement de la coordination interne des interventions du Ministère de la Santé*	✓ Développer les cadres appropriés de coordination, concertation, de planification, de mise en œuvre et suivi et d'évaluation des actions de développement sanitaire ✓ Renforcer la déconcentration au sein du Ministère à travers les Régions et Districts sanitaires ✓ Renforcer les capacités en gestion axée sur les résultats, communication et mobilisation sociale ✓ Mettre en place un système fonctionnel de planification, de programmation et de budgétisation ✓ Organiser des réunions semestrielles et une revue annuelle du PNDS ✓ Elaborer le plan national de communication du PNDS ✓ Faire l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du PNDS ✓ Elaborer les plans triennaux et PAO des niveaux central et régional ✓ Réviser les plans des programmes prioritaires nationaux ✓ Faire l'audit organisationnel ✓ Réviser l'organigramme ✓ Mettre en place, au niveau national, régional et préfectoral un mécanisme de dialogue politique en santé ✓ Actualiser/renforcer les mécanismes/instances de coordination du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS) ✓ Elaborer un plan national de suivi évaluation du PNDS et plans de suivi-évaluation des PRDS ✓ Elaborer le cadre national de suivi-évaluation du PNDS
	Renforcement de la collaboration intersectorielle et partenariat	✓ Mettre en place une plateforme multisectorielle pour la prise en charge des déterminants de la santé et de l'offre de santé ✓ Promouvoir la contractualisation entre le ministère de la santé et les autres acteurs y compris le secteur privé, la société civile et les PTF ✓ Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le domaine de la santé dans le cadre de la décentralisation. ✓ Elaborer le plan national de santé communautaire
	Renforcement de la régulation et normalisation	✓ Réviser les textes législatifs réglementaires, les normes, les procédures, les directives, les PMA ✓ Renforcer les mécanismes d'audit, contrôle de gestion, inspection, supervision et monitorage
De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80%.	*Amélioration de la gestion sanitaire du district*	✓ Redynamiser les Comités Préfectoraux de santé ✓ Elaborer les plans de développement sanitaire des 38 districts de santé ✓ Renforcer les capacités des équipes-cadres de district ✓ Appuyer les activités de soutien (supervision, monitorage, revues annuelles, CTRS, CTPS, synthèses communales, formation) ✓ Renforcer les capacités des responsables des collectivités territoriales dans la gestion des compétences transférées dans le cadre de la décentralisation dans le domaine de la santé.

Liens PRRSS 2025-2017 avec le PNDS 2015 – 2024

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

Tableau 1.2 : Sous programmes du PNDS 2015-2024

PNDS 2015-2024	PLAN DE RELANCE
Orientations stratégiques (OS)	Priorités/Actions prioritaires
OS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence	**Elimination d'Ebola et autres maladies:** • 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 des services : PMA, PCA, interventions à haut impact (mère et enfant) • Renforcement du système de gestion
OS3 : Renforcer le système national de santé	**Gouvernance :** • Soutien à la gestion • Coordination • Redevabilité • Engagement des communautés • Régulation

1.3. Etat des lieux du système national d'information sanitaire

Le suivi, l'évaluation et la revue ne peuvent être réalisés correctement sans un système d'information sanitaire cohérent et exhaustif qui repose sur une approche globale pour déterminer les données à collecter et à utiliser à différents niveaux du système.

- **Gestion du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)**

Comme on peut le noter dans le tableau N°1.3 suivant, il existe plusieurs sous-systèmes d'information sanitaire fragmentés, plus ou moins fonctionnels qui sont gérés par différents départements ministériels et institutions nationales avec une faiblesse évidente de coordination.

La Division de l'Information, et Recherche en Santé (DIRS), mise en place en 2011 par décret D/2011/061/PRG/SGG, dont l'une des tâches essentielles est la consolidation et la coordination du système national d'information sanitaire. Elle présente des faiblesses au plan institutionnel et organisationnel pour suivre et coordonner les différentes composantes du SNIS. Par exemple elle s'occupe des données sanitaires de routine mais elle ne coordonne pas les données sanitaires des enquêtes nationales, de surveillance épidémiologique, de l'Etat Civil et les données des secteurs privés et parapublics.

Tableau 1.3 : Présentation des différents sous-systèmes d'information sanitaires

Sous système	Structure responsable	Fonctionnalité	Cible
Sous-système de surveillance épidémiologique	Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM)	Fonctionnel	Maladies cibles du PEV et à potentiel épidémique et évènements de santé (décès maternel et néonatal, les catastrophes et sinistres)
Sous-système de surveillance et suivi des activités des services de santé	Division système Informations en santé (section statistique et information sanitaire= SNIS)	peu fonctionnel	Toutes les maladies et activités des services de santé et les évènements de santé
Sous-système d'information pour la gestion des ressources (finance, personnel, matériel etc...)	DAF	peu fonctionnel	Ressources humaines, financières et matérielles
Sous-système d'information pour la gestion des ressources humaines	DRH	peu fonctionnel	Ressources humaines
Sous-système d'information pour la gestion des programmes (unités suivi /évaluation)	Les différents programmes de santé	fonctionnel pour certains programmes prioritaires (PNLP, PNPCSP, PNLT, PEV etc…), e,	Maladies et les activités relevant des différents programmes
Sous-système d'information à base communautaire	Division santé communautaire	peu fonctionnel	Interventions à base communautaire
Sous-système d'enquêtes sanitaires périodiques	- Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) - instituts de recherche (notamment l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé	Fonctionnel	Enquêtes ménages
Sous-système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil	Plusieurs départements (Justice, Administration territoriale, Santé, Planification)	Fonctionnel pour l'enregistrement des naissances (Taux d'enregistrement de l'ordre de 78%) Peu fonctionnel pour l'enregistrement des décès (moins de 25%)	Enregistrement des naissances et des décès

En réponse aux faiblesses de gestion coordonnée de l'information sanitaire relevées par l'audit organisationnel du SNIS réalisé en 2008 (Fond mondial), évaluation rapide du SNIS en novembre 2011 (OMS) et évaluation du SNIS en 2014 (MEASURE/USAID), une série de mesures a été proposée.

- **Qualité de l'information sanitaire**

L'analyse a montré que le système ne permet pas de fournir des informations complètes et fiables à intervalles adéquats. Le contrôle et l'audit systématiques des données sanitaires ne sont pas réalisés ce qui affecte leur fiabilité et leur qualité.

Selon l'évaluation du SNIS au niveau District en 2014, les complétudes des rapports pour trois mois étaient graduelles allant de 80, 90 et 100% respectivement. La promptitude globale des rapports était de 41% pour une complétude de 90% et une exactitude moyenne globale de 69% pour l'ensemble des indicateurs.

- **Utilisation de l'information sanitaire**

Les rapports du SISR sont disponibles dans 40% des Districts et l'utilisation dans les rapports est observable dans 33 % des cas (13% après ajustement au global) ce qui relève plutôt du partage de l'information que de l'utilisation de l'information.

- **Synthèse de l'analyse des goulots d'étranglement du SNIS et actions prioritaires**

L'évaluation du SIS avec l'approche et les outils PRISM a permis de déterminer le niveau de la performance du SIS et de dégager certaines de ses forces et faiblesses;

La qualité des données est faible en général particulièrement au niveau central. Le Système d'archivage était également très faible et quasi problématique á tous les niveaux à un degré moindre cependant au niveau région. Des grands écarts ont été notés entre les niveaux de confiance et de compétences des agents dans l'exécution des taches SISR en défaveur des niveaux de compétences suggérant fortement un besoin de formation particulièrement dans le domaine du calcul, du graphisme et de l'interprétation.
La faiblesse de la qualité des données en général est due en grande partie à (1) un très faible système d'archivage des registres et rapports mensuels d'activités à tous les niveaux et à celui des fichiers de données aux niveaux intermédiaires, (2) la faiblesse de la supervision en terme de fréquence et de qualité au niveau FS qui conduit à des déviations importantes dans les pratiques par manque d'appui technique des niveaux supérieurs singulièrement quand il s'agit de faire de la retro information et de l'aide pour la prise de décision, (3) l'absence des directives écrites et de procédures sur les processus SISR menant des pratiques différentes et non standardisées au niveau des acteurs du SISR,

L'utilisation de l'information est à un niveau globalement faible et traduit un faible niveau de formation des acteurs à tous les niveaux et par des pratiques encrées dans les habitudes des acteurs qui consistent à ne pas archiver les PV de réunions et parfois aussi par la mauvaise qualité des PV toutes les fois qu'elles ont été observées. Sans doute que l'absence de documentation d'une part et d'autre part la non-fidélité ou la mauvaise qualité des rares documents disponibles (procès-verbaux des discussions tenues lors des réunions) pourraient n'avoir pas permis l'observation de quelques exemples d'utilisation de l'information à certains niveaux de la pyramide sanitaire.

Le SNIS tel qu'il est aujourd'hui en Guinée ne permet pas au Gouvernement de se baser sur les réalités sanitaires du terrain.

Les problèmes inhérents au SNIS ont trait surtout à :

- l'absence d'un plan stratégique du SNIS orienté vers la gestion de la connaissance
- la quasi-absence de coordination des différents sous-systèmes,
- l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines intervenant dans le système de collecte et de traitement des données
- l'insuffisance de complétude et de la qualité des données ;
- l'insuffisance du matériel informatique et surtout le problème de sa maintenance

- la gestion verticale de données des programmes de santé et la mmultiplicité des canaux d'information spécifiques
- l'absence d'un canal fiable de transmission des données du niveau périphérique au niveau central,
- le sous financement des activités du SNIS et de suivi et évaluation par l'Etat.
- les services du ministère de la santé ne participent pas activement au processus d'enregistrement des naissances et des décès jusqu'à l'obtention des certificats.

Pour lever les goulots d'étranglement et lacunes identifiées, un nouveau plan stratégique du SNIS sera élaboré avec le soutien financier des partenaires (USAID/MEASURE, OOAS, OMS, UNICEF et autres).

Ce plan stratégique du SNIS va traduire en actions prioritaires les recommandations de l'évaluation du SNIS en 2014. Toutes les parties prenantes du processus national de renforcement de la qualité des données et de l'utilisation de l'information sanitaire seront impliqués de bout en bout. Subséquemment, il s'agit de :

❖ ***Interventions techniques***

- ✓ Élaborer et diffuser largement un manuel de gestion des données (normes et procédures);
- ✓ Développer des outils de supervision et former le personnel a leur utilisation
- ✓ Concevoir et introduire des registres CPN et PEV pour tenir compte du suivi de la continuité et la qualité des services et faciliter ainsi le suivi de l'exactitude des données
- ✓ Concevoir un formulaire de transmission des données standard des postes de santé vers les centres de santé pour éviter la déperdition des données et l'imprécision dans le rapportage
- ✓ Élaborer un format standard de procès-verbal des réunions sur les données pour faciliter la documentation de l'utilisation de l'information
- ✓ Adapter les rapports des hôpitaux et CMC pour recueillir les données sur la CPN et le PEV qui sont perdues avec le système actuel ;
- ✓ Assurer un accompagnement continue des agents du SIS dans la maitrisé du RAMIS en offrant des supervisions régulières suite aux formations
- ✓ Introduire un système spécifique de nomination des fichiers électroniques des données mensuels pour permettre une meilleur suivi de ces derniers dans le temps pour le contrôle de la qualité (complétude, l'actualité et la précision) ;
- ✓ Mettre à jour les formulaires des rapports et adapter les outils en conséquence
- ✓ Développer des procédures opérationnelles standards sur la révision des indicateurs, la validation des données, le développement de logiciels et la maintenance du système informatique.
- ✓ Ajouter un système de soutien à la décision (DSS) à l'application RAMIS pour générer des résultats visuels tels que des graphiques linéaires, histogrammes et cartes thématiques par niveaux pour améliorer l'utilisation des données et la prise de décision ;
- ✓ Étant donné les limites de l'application Access (RAMIS), se pencher sur la mise en place et le pilotage du Logiciel (DHIS2) pour se conformer au document de politique régionale de renforcement du SIS de l'OOAS pour favoriser l'intégration des données (entrepôt de données) et contribuer ainsi à une meilleure compréhension des problèmes de santé et l'amélioration de la prise de décision.

- ***Interventions comportementales et organisationnelles***
  - ✓ Former le personnel sur l'utilisation du manuel de procédures de gestion des données
  - ✓ Former le personnel a l'utilisation des outils de supervisons
  - ✓ Améliorer l'archivage des dossiers : registres, formulaires de transmission ou rapports et les fichiers électroniques (RAMIS)
  - ✓ Introduire la formation Pré-service dans les écoles des soins infirmiers et les écoles de médecine pour préparer les potentiels travailleurs à être directement opérationnels
  - ✓ Répondre plus efficacement aux besoins en personnel du SIS (faible niveau du personnel a tous les niveaux de la pyramide sanitaire) en introduisant la formation professionnelle continue pour favoriser les compétences des agents;
  - ✓ Mettre en place et soutenir des interventions de développement organisationnel (DO) pour répondre au problème de leadership, de gouvernance, la propriété et les questions de dotation.
  - ✓ Fournir un soutien direct aux unités SIS de haut en bas pour renforcer les fonctions critiques de gestion et support au SISR (gouvernance, de supervision, de planification, de financement, de formation et de problèmes de qualité de données) ;
  - ✓ Élaborer et mettre en place des formations sur l'analyse et l'interprétation des données et former le personnel pour aider à améliorer l'utilisation des données ;
  - ✓ Renforcer les capacités du personnel du niveau intermédiaire, central en systèmes d'information géographique (SIG) pour favoriser la présentation des données et son utilisation pour la prise de décision ;
  - ✓ Mettre en place un système décentralisée de maintenance informatique, d'accompagnement du personnel SIS, et l'approvisionnement en électricité (en utilisant le système solaire) pour soutenir pleinement la fonctionnalité du RAMIS ;
  - ✓ Tout en travaillant sur l'amélioration de l'application RAMIS, il faut fournir une formation complète au personnel sur la façon de l''utiliser efficacement et offrir un guide d'utilisation;

1.4 Justification et processus d'élaboration du cadre de suivi, évaluation

- **Justification du plan de suivi évaluation/ cadre de résultats et de la redevabilité**

Conformément au principe de l'alignement de l'aide au développement dans le cadre de la déclaration de Paris et des recommandations d'Accra, et avec l'élaboration du PNDS 2015-2024, la nécessité de disposer d'un plan de suivi/évaluation harmonisé et consensuel 2015-2024 est indispensable. Le Plan de suivi/évaluation constitue un cadre de référence devant orienter les parties prenantes sur le suivi de la mise en œuvre des activités du PNDS et permettre ainsi l'appréciation des progrès vers l'atteinte des résultats escomptés. Il contribuera à guider les partenaires vers une meilleure harmonisation des approches, une même compréhension des concepts et la fourniture d'une information stratégique de qualité sur les différents domaines programmatiques du PNDS.

- **Objectifs du plan de Suivi et Evaluation du PNDS**
  - ❖ 0rienter les parties prenantes sur le suivi de la mise en œuvre du PNDS pour une meilleure harmonisation des approches
  - ❖ Apprécier les progrès vers l'atteinte des résultats escomptés
  - ❖ Renforcer les capacités institutionnelles et humaines en matière de suivi et évaluation
  - ❖ Fournir une information stratégique de qualité sur les différents domaines programmatiques du PNDS.

- **Processus d'élaboration du plan de suivi évaluation / cadre de résultats et de la redevabilité 2015-2024**

Le présent plan de suivi et d'évaluation du PNDS 2015-2024 est élaboré de manière transparente dans le cadre du renforcement du dialogue politique sectoriel et du partenariat innovant enclenché par le Gouvernement Guinéen depuis 2013. Il est le résultat d'un processus participatif impliquant toutes les parties prenantes du secteur de la santé, notamment le Gouvernement, le secteur privé, les organisations de la société civile, les PTF et les institutions universitaires et de recherche.

Ce processus a suivi les étapes clés suivantes:

- mise en place d'une équipe technique sous la coordination du point focal IHP+ du ministère de la santé et du secrétariat technique du comité de coordination du secteur santé
- rédaction du draft initial par l'équipe technique et les PTF
- revue et rédaction du draft consolidé avec l'appui technique d'experts internationaux avec la participation des PTF
- partage à toutes les parties prenantes y compris le groupe thématique santé, le secteur privé, les organisations de la société civile, les PTF et les institutions universitaires et de recherche en vue d'obtenir leurs contributions
- finalisation du plan national de suivi évaluation au cours d'un atelier
- validation du plan de suivi évaluation par le Comité de Coordination du Secteur Santé.
- diffusion du plan de suivi et évaluation

1.5. Alignement du suivi, de l'évaluation et de la revue par programme :

Le Plan de suivi évaluation et revue du PNDS 2015-2024 s'appuie sur une série d'indicateurs traceurs tirés de la matrice exhaustive de résultats du PNDS et des Programmes prioritaires nationaux.

Parmi les différents programmes nationaux de santé concernés, les principaux sont les suivants :

- Programme National de prise en charge sanitaire des IST/VIH/SIDA (PNPCSP)
- Programme National Elargi de Vaccination Soins de Santé Primaire et Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME)
- Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP)
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLAT)
- Programme National de Maternité sans risque (MSR)
- Programme National PCIMNE
- Programme National de lutte contre le Cancer
- Programme National de Santé Mentale
- Programme National de lutte contre la Lèpre
- Lutte contre les cancers gynécologiques
- Programme National MTN (maladies tropicales négligées :Onchocercose, Buruli, Cécité, Schistosomiase, THA, etc…)
- Programme National de lutte contre le Diabète
- Programme National de lutte contre les maladies cardiovasculaires } Maladies NT
- Programme national de lutte contre les traumatismes cérébraux
- Programme national de santé et Nutrition

Des plans de S&E spécifiques sont élaborés pour la gestion de ces programmes de santé.

Ces plans, financés avec le soutien des partenaires, portent sur une liste d'indicateurs essentiels pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des principaux objectifs et assortis de précision sur la source et le flux d'information pour les indicateurs et sur la gestion des données (méthode de collecte de gestion et d'analyse, rôle et responsabilité à tous les niveaux).

Le circuit de l'information est en général identique à tous ces programmes et respecte le système classique : niveau opérationnel (district), niveau intermédiaire (Région) et niveau conceptuel (central) avec des feed-back aux différents niveaux.

Le cadre général de suivi et d'évaluation de ces programmes comprend entres autres :

- le calcul des indicateurs à partir de la collecte des données de routine par programme
- l'établissement de rapports trimestriels ou annuels d'activités
- le monitorage intégré des interventions de différents Programmes (PEV, Paludisme, Surveillance des maladies, Nutrition) au niveau local
- chaque programme tient au moins une revue en fin d'année ;
- l'évaluation (Chaque programme fait l'objet d'évaluation périodique selon ses objectifs et sa programmation).

Il importe maintenant de veiller à un alignement des procédures de revue afin que les résultats des programmes spécifiques servent à la revue de l'ensemble du secteur de la santé.

Pour cela, le suivi /évaluation des programmes nationaux suivra le même cadre technique et la même plateforme que ceux du PNDS, ce qui implique que la collecte, le transfert et l'analyse des données soient bien coordonnés. A cet égard, on mettra au point une approche harmonisée, par exemple pour la collecte de données d'enquête et les évaluations des établissements de soins. Cela suppose également des efforts pour renforcer le système d'établissement de rapports d'activités

Chapitre 2 : CAPACITES INSTITUTIONNELLES

Pour bien fonctionner, le système de S&E devra s'inscrire dans un environnement institutionnel propice, où les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis.

2.1 Mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation

Cadre institutionnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

, Le **Comité technique de suivi-évaluation du PNDS** est dénommé « Groupe Thématique Santé ». Au niveau national il est présidé par le Ministre de la Santé, au niveau régional par le Directeur Régional de la Santé et au niveau préfectoral par le Directeur Préfectoral de la Santé. Ce comité chargé du pilotage technique du PNDS, fera le suivi évaluation de la mise en œuvre du PNDS, donnera des avis techniques et organisera des revues annuelles aux niveaux national et déconcentré. Les délégués des principaux Partenaires Techniques et Financiers feront partie de ces comités.

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

- **Un Secrétariat permanent**

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

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

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

L'évaluation du PNDS se fera à mi-parcours (2020) appuyée par l'évaluation finale trois mois après échéance (2024) 2025. Chaque plan triennal sera évalué à la fin de son échéance.

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

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

En vue de suivre la mise en œuvre des interventions du DSRP et Plan de Relance et de résilience Socioéconomique, Le gouvernement a créé 08 Groupes Thématiques dont « le Groupe Thématique Santé » à travers le Dispositif institutionnel de Concertation et de Coordination entre le Gouvernement, les Partenaires au développement, de suivi et d'évaluation des politiques de Développement.

Au niveau du secteur de la santé, ce comité est dénommé Comité de Coordination du secteur Santé (CCSS) avec son comité technique dénommé « le Groupe Thématique Santé », organe de suivi évaluation du PNDS. Outre ce mécanisme principal, il existe (i) des sous- comités (CCM, CCIA), (ii) des organes techniques tels que le « Secrétariat Technique du CCSS, chargé du suivi technique du PNDS, le Bureau de Stratégie et Développement (BSD) (iii) des structures techniques du ministère de la santé (..) et (iv) des institutions connexes de recherche (INSP...).

2.2 Rôles et responsabilités des principales institutions et parties prenantes

La mise en œuvre harmonieuse et concertée de ce PNDS va exiger une réelle appropriation de tous les acteurs et un réel alignement de la part de toutes les autres parties prenantes. Les conclusions de l'enquête préliminaire sur la situation de « 7 comportements des partenaires » dans le cadre de la

promotion de IHP+ sera capitalisée dans une optique de la redynamisation des instances de coordination en phase avec la *Déclaration de Paris* sur l'efficacité de l'aide au développement.

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

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

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

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

2.3 Conditions et procédures de mise en œuvre

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

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

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

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

- l'adoption d'une stratégie communautaire claire dans un contexte où plus de la moitié des populations n'auraient pas accès aux structures publiques ou privées de santé,
- la formation d'agents de santé communautaires, ayant entre autres rôles, la sensibilisation des populations, la prise en charge des pathologies mineures et la distribution des intrants qui seraient retenus dans cette stratégie.

- l'amélioration de l'accès aux services préventifs, grâce :
    - à une amélioration de leur programmation,
    - à l'intégration d'interventions synergiques, et
    - au développement des stratégies avancées et mobiles visant les zones prioritaires et bénéficiant d'une programmation conjointe et intégrée. Par ailleurs, l'accès aux structures fixes fonctionnelles nécessitera la disponibilité au niveau des structures opérationnelles, des personnels de santé qualifiés et motivés; la question de la répartition et de l'équité dans la gestion des ressources humaines devrait être adressée de manière efficace et durable notamment la fidélisation aux postes dans les zones enclavées.
- la minimisation des occasions manquées en optimisant l'exploitation de tout contact avec le système de santé, afin de garantir ou d'assurer un service complet (exemple : 3 vaccinations au Penta, 4 CPN, contraception régulière, PTME,…).

Pour ce faire, il serait utile de travailler sur :

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

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

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

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

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

2.4 Outils de mise en œuvre du PNDS

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

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

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

- le « cadrage budgétaire sectoriel » est une estimation des coûts de la mise en œuvre du PNDS. Ce cadrage donne une idée globale sur les besoins financiers nécessaires pour l'atteinte des résultats visés et servira, entre autres, lors du plaidoyer en vue de la mobilisation des fonds pour financer les gaps ;
- le plan triennal 2015 – 2017 se focalisera sur les interventions prioritaires dans le cadre de la relance du système de santé éprouvé par l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola ;
- le plan triennal 2015 – 2017 par les deux niveaux : Direction Préfectorale de la Santé et Direction Régionale de la Santé. Il s'agit en effet d'une mise à jour permanente (plans glissants) des plans Triennaux de Développement Sanitaire Préfectoraux et régionaux 2015 - 2017 pour non seulement les arrimer au Plan Triennal 2015 – 2017 du PNDS mais aussi de tenir compte chaque année, de la réalité de mise en œuvre ; chacun de ces plans triennaux est assorti d'un cadrage budgétaire ;
- Le Cadre de Dépense à Moyen Terme du secteur de la santé, quatrième outil de la mise en œuvre du PNDS, est élaboré par les soins de la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) et du Bureau de Stratégies et de Développement (BSD), en fonction de ses objectifs et compte tenu des priorités du PNDS conformément à l'approche Gestion Axée sur les Résultats (GAR).
- le Plan d'Action Opérationnel (PAO) budgétisé, cinquième outil de la mise en œuvre du PNDS, découle de chacun des Plans triennaux par niveau. En effet, sur la base de son plan triennal, chaque niveau du système national de santé consolidera son PAO en fonction des micros plans élaborés par ses structures opérationnelles. Les micros plans sont élaborés suivant les directives de planification définies par le Comité Technique de Coordination du Secteur de la Santé et de suivi de la mise en œuvre du PNDS. Chaque PAO est assorti de son budget. Les budgets des PAO sont pris en compte lors de la confection du budget annuel de chaque structure;
- Le budget annuel, dernier outil, permet chaque année la mise en œuvre effective du PNDS. Le budget sera confectionné en tenant compte des besoins exprimés dans les PAO et des dispositions du CDMT sectoriel.

Tableau 2.1 : Rôles et responsabilités des différents organes de coordination et de suivi et évaluation

Organes	Missions	Forces	Faiblesses	Point d'action
I-NATIONAL				
Comité de Coordination du Secteur Santé	suivre l'élaboration des budgets programmes et des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) pour arrimer l'exécution des plans sectoriels au budget.	Définition claire des rôles et responsabilités des membres	Non représentation formelle d'autres secteurs (Plan, MEF, Statistiques nationales Etat civil) et partenaires dans le texte institutionnel	Poursuivre le plaidoyer pour l'inclusion toutes les parties prenantes
	assurer le suivi des ODD/OMD de leur secteur	Disponibilité des RH	Absence règlement intérieur non élaboré	Elaborer un règlement intérieur
	mettre à jour, suivre et transmettre à temps les tableaux de bord remplis au secrétariat du DSRP			
	collaborer avec la direction de la statistique et de la comptabilité nationale pour affiner les indicateurs et améliorer la qualité des données statistiques;			
	fournir des informations ou documentations nécessaires à l'élaboration de la stratégie nationale de la réduction de la pauvreté.			
Groupe Thématique Santé (ou Comité National de Suivi Evaluation) Et ST/CCSS ?	Assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans, programmes, suivi évaluation et projets	Création par arrêté	Cadre organisation non développé	Mettre en lien le GTSV & ST/CCSS/PNDS avec les sous-systèmes déjà existants
	Compilation des bases de données des régions			
	Synthèse et analyse de l'évolution des indicateurs du pays et de la contribution de chaque région sanitaire et des spécificités nationales dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices	Nomination des Points focaux GTSV & ST/CCSSSP	Ressources non encore définies	Affecter des ressources Matérielles et financières au SP PNDS
	Faire la restitution trimestrielle des tableaux de bord du PNDS		Encrage GTSV/PNDS et ST/CCSS non encore clairement défini	
	Faire des évaluations à mi-parcours et finale de l'exécution des différents plans et programmes			

Organes	Missions	Forces	Faiblesses	Point d'action
Directions Centrales/Programmes/Spécificités Nationales	Synthèse et analyse de l'évolution des indicateurs du pays et de la contribution de chaque région sanitaire et des spécificités nationales dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices	Production de rapports annuels d'activités Existence de gestionnaire de données dans certains programmes (PNLP, PNLT, SR, PNLS, PEV), Existence de chargé de suivi et évaluation dans certains programmes (PNLS, PNLP, PNLT) Existence d'un système de monitorage au niveau du PEV	Existence de système parallèle d'information sanitaire au niveau de certains programmes (PNLS, PNLP, PEV, SR ?) Insuffisance de coordination des sous - systèmes	
	Compilation des bases de données des régions			
	Production annuelle des annuaires statistiques			
	la Division du SNIS est la division technique chargée de coordonner sur le plan national le SNIS depuis la collecte des données jusqu'à la diffusion en passant par l'analyse et le traitement de ces données	Existence : 1médecin de santé publique, ingénieur informaticien, analyste programmeur, statisticien démographe ?, et personnel de soutien ??	Absence des autres compétences requises : épidémiologistes, cartographes, sociologues et autres Absence de chargé de suivi/évaluation Insuffisance de coordination de tous les sous systèmes Insuffisance de moyens techniques et financiers	Renforcer les capacités de la Division SNIS en matière de suivi/évaluation à tous les niveaux

Organes	Missions	Forces	Faiblesses	Point d'action
II- REGIONAL				
Comité Régional de Coordination du Secteur santé Groupe Thématique Santé régional		Existence du comité	Insuffisance de participation de toutes les parties prenantes Insuffisance de définition claire de la fonction S§E au niveau régional	Actualiser les membres des CRS Mettre en place un sous-comité régional de S§E
Direction Régionale/Spécificités Régionales	Compilation des bases de données statistiques des districts; Synthèse et analyse de l'évolution des indicateurs de la région et de la contribution de chaque district et des établissements de soins à caractère régional dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices. Copie semestrielle à la Division SNIS	Existence d'équipe cadre régional et un chargé de statistique sanitaire Positionnement de chargés de suivi/évaluation pour le PNLS dans 6 régions sanitaires Absence de supervision des bases de données	Absence de chargé de suivi et évaluation Equipements insuffisants Insuffisances de qualités de données (complétude, fiabilité,) Absence de sous-comités de revue régional de suivi/évaluation	Mettre en place un sous-comité suivi/évaluation dans chaque région Equiper les services de suivi/évaluation
III- PERIPHERIQUE				
Comité Préfectoral de Coordination du secteur Santé	Faire le suivi et l'évaluation des différents plans et programmes	Inexistence du comité et d'une équipe cadre de district	Absence de sous-comité de suivi évaluation au niveau district	Mettre en place un sous-comité S/E au niveau district
Direction Préfectorale/Spécificité préfectorale	Collecte et synthèse des données des activités de soins et de gestion du centre ;	Inexistence de chargé de statistique ??	Absence de chargé de suivi/évaluation	Mettre en place un chargé de suivi/évaluation
	Analyse de l'évolution des indicateurs de l'établissement			
	Saisie des données d'activités des Formations sanitaires du district			
	Synthèse et analyse de l'évolution des indicateurs du district et de la contribution de chaque formation dans la performance globale. Copie mensuelle de la base de données à la DRS			

Dans le cadre de la supervision institutionnelle le secteur santé doit collaborer avec les instituts nationaux externes au système de santé, cette supervision sera confiée à des structures comme la DGSCN.

Tableau 2.2. : Organes Partenaires

N°	INSTITUTS NATIONAUX	ROLES ET RESPONSABILITES
1	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN)	• Mettre à disposition les bases de données nécessaires à la production des indicateurs ; • Fournir la documentation sur les indicateurs disponibles ; • Appuyer sur le plan technique toutes les structures du secteur dans la réalisation des enquêtes ;
	SP/ DSRP	• Veiller à la disponibilité des outils tels que les tableaux de bord, le CDMT, les annuaires statistiques • Veiller à la diffusion de l'information à l'ensemble des acteurs concernés
5	INSP, ST-CCSS, cabinets d'études, facultés de médecine, etc.	• Appuyer les acteurs du secteur de la santé dans la réalisation des enquêtes ; • Fournir la documentation nécessaire pour renseigner certains indicateurs ;
	Partenaires Techniques et Financiers (OMS, UNICEF etc.) et ONG Internationales	Appuyer techniquement et financièrement la mise en œuvre du PSE du PNDS à travers leur participation à l'affinement des indicateurs, outils et processus, la mise en œuvre des activités retenus dans le plan ; et l'utilisation des résultats du PSE du PNDS

2.4 Renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et de revue

Des procédures claires sont à établir pour renforcer les capacités des parties prenantes en matière de S/E au niveau du pays servant à la revue des progrès et de la performance y compris la collecte, l'analyse, la synthèse, l'évaluation de la qualité, la diffusion et l'utilisation des données. Pour ce faire, le ministère prendra des mesures pour le renforcement des compétences des parties prenantes avec l'appui des institutions de formation universitaire et de recherche sur le plan national et international. Ainsi :

- Au niveau district : (i) doter les districts en équipement informatique, en logistiques et en ressources humaines, matériels et financières, (ii) former le GTSV ??? du district, l'ECD, le point focal statistique et le responsable S & E en collecte, analyse et diffusion des données ;
- Au niveau régional : (i) doter les districts en équipement informatique, en logistiques et en ressources humaines qualifiées, matérielles et financières, (ii) former le GTSV ??? régional ,l'ECR, le point focal statistique et le responsable S & E en collecte, analyse et diffusion des données, (iii) renforcer toute les six unités statistiques régionales en ressources humaines, matérielles et financières ;
- Au niveau national : (i) équiper la Division SNIS en équipements informatiques, en logistiques et en ressources humaines qualifiées, matérielles et financières, (ii) renforcer les capacités du BSD et des programmes prioritaires dans l'analyse, l'utilisation et la synthèse des données ainsi que la production des rapports.

L'approvisionnement en équipements adéquats et la dotation en moyens de fonctionnement devront être assurés.

La première année de la mise en œuvre du PNDS, il y aura la formation des formateurs en Suivi/Evaluation notamment la collecte, l'analyse, la synthèse, l'évaluation de la qualité, la diffusion et l'utilisation des données. Cette formation des formateurs sera suivie de la formation en cascade aux niveaux régionaux et districts. Après cela, suivront la supervision et le monitorage réguliers des fonctions de suivi /évaluation et de revues. La supervision institutionnelle sera organisée pour l'évaluation de la qualité et la validation des données.

En matière de collecte des données, le système de routine sera renforcé.

L'évaluation de la qualité des données sera systématique selon un processus ascendant : communautés, formations sanitaires, districts, régions, niveau central. La validation et les ajustements des données suivront ce même processus.

Une évaluation indépendante sera systématique pour la validation des données.

Les compétences en analyse des données seront renforcées à tous les niveaux pour améliorer l'utilisation in situ ainsi que les progrès et la performance du secteur de la santé au cours de la revue annuelle. Ainsi les processus décisionnels seront alimentés par des notes de politiques (policy brief) hebdomadaires au cours des réunions de cabinet et des directions centrales, régionales et périphériques.

Des modèles statistiques seront proposés pour corriger les biais et les valeurs manquantes, produire des estimations et faire des prévisions à des fins de planification.

A chaque niveau, des rapports de monitorage et d'évaluation seront produits et diffusés selon le calendrier national adopté par consensus au niveau de tous les acteurs de la mise en œuvre du PNDS.

Des canaux de communications appropriés (médias, bulletins d'information sanitaire, cartes sanitaires, tableaux de bord, annuaires statistiques, réseaux sociaux) pour améliorer l'utilisation de l'information sanitaire et de la visibilité des acquis du secteur santé.

L'évaluation des établissements de soins (SARA) sera organisée pour alimenter la revue nationale du PNDS. L'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé et l'inventaire annuel du secteur de la santé sera effective. Le CDMT sera actualisé avec le plan triennal glissant de mise en œuvre du PNDS.

Les enquêtes nationales (MICS, EDS, QUIBB, SONU, MISC ? SMART, etc.) vont constituer des opportunités d'information, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNDS. La documentation en matière de résultats de la recherche et la gestion des connaissances va contribuer à l'amélioration du suivi/évaluation du PNDS.

Le portail de l'information sanitaire et de la redevabilité en matière de processus national de dialogue politique sera chaque année mis à jour pour le secteur de la santé (CHPP), ce CHPP constituera la base de la revue annuelle de santé. Sur le plan renforcement du système de routine, les outils de collecte seront révisés et mis à jour.

La compilation et le stockage des données sanitaires sera centralisé au niveau du BSD pour constituer la base unique harmonisée des données sanitaires nationales (informations sanitaires, ressources) aux niveaux national et décentralisé (régions, districts, communautés).

Chapitre 3 : CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION

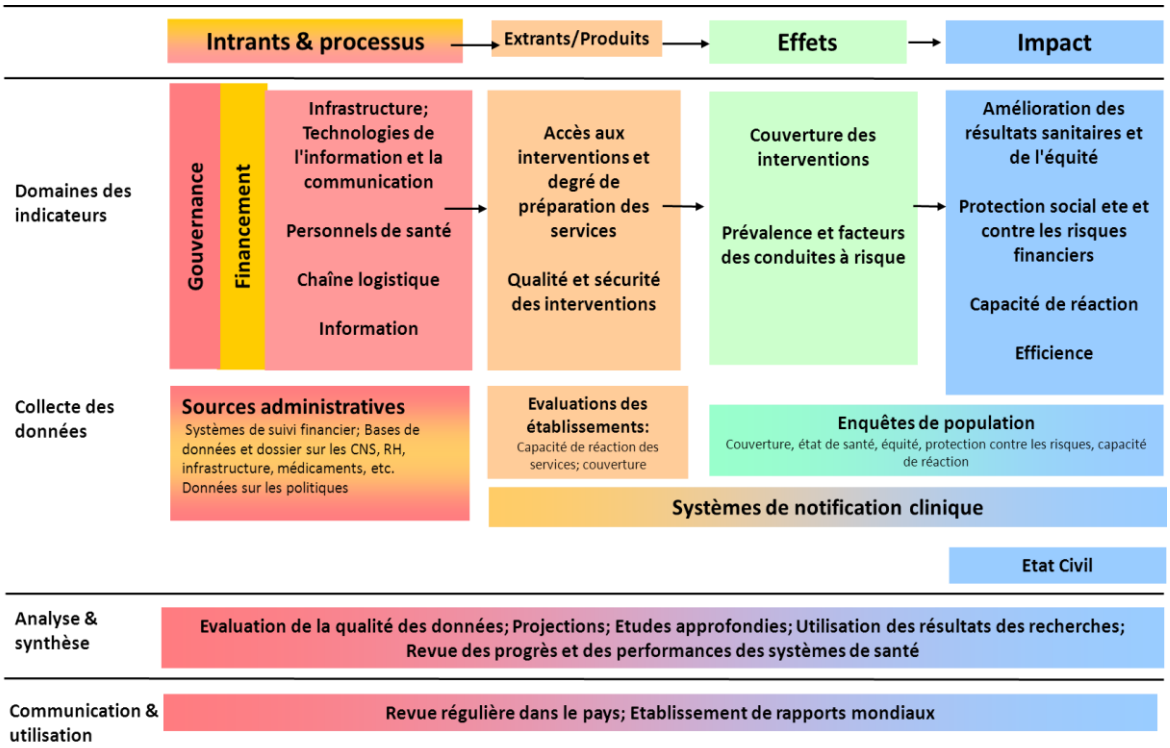
3.1 Cadre de suivi et d'évaluation

Le processus de suivi/évaluation du PNDS 2015-2024 se fonde sur un cheminement clair et logique axé sur des résultats. La figure 3.1 ci-dessous présente ainsi une représentation logique, sous la forme d'une chaîne de résultats, de la composante S&E du PNDS. Ce cadre global de suivi/évaluation comprend quatre grands domaines à savoir : les intrants et les processus, les produits/extrants, les effets et l'impact.

Il montre que chaque domaine d'indicateurs est lié préférentiellement à une source de données et que les intrants (p. ex. financement, infrastructure) et les processus (p. ex. chaîne logistique) du système de santé se reflètent dans les résultats directs (p. ex. disponibilité des services et des interventions), les résultats finals (p. ex. couverture des interventions) et l'impact (p. ex. amélioration des résultats sanitaires). Ce cadre va servir à démontrer l'efficacité des stratégies et interventions de mise en œuvre des six domaines programmatiques du PNDS.

Le cadre non seulement facilite l'identification des indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultats mais il permet également de relier ces indicateurs à des méthodes de collecte des données, il souligne la nécessité d'analyser et de synthétiser les données provenant de plusieurs sources, et d'en évaluer la qualité, et montre que les données doivent être communiquées et servir à la prise de décisions à différents niveaux.

Figure 3.1 Cadre logique de suivi/évaluation (renforcement du système de santé)



Source : Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité : IHP+ OMS

En d'autres termes, il s'agit pour un plan opérationnel de suivi/évaluation de se poser toujours les questions suivantes :

- ***Qu'est-ce qui est investi?*** il s'agit de déterminer les indicateurs d'intrants pour les intrants: par ex. personnels, équipements, fournitures, logistiques ;

- ***Qu'est-ce qui a été réalisé?*** il s'agit de déterminer les indicateurs de processus pour les activités notamment de formation, de renforcement des capacités institutionnelle et organisationnelle : par ex. nombre de réunions de coordination, nombre de personnels formés, nombre de supervisions ou stratégies avancées réalisées ;

- ***Quels ont été les résultats directs ?*** il s'agit de déterminer les indicateurs de produits pour les prestations de services : par ex. nombre de nouveau cas de tuberculose détectés, nombre de MILDA distribués, nombre de Couples-Années –Protection ; nombre de patients sous ARV, etc. ;

- ***Quels ont été les résultats à court et moyen terme?*** il s'agit de déterminer les indicateurs d'effets en rapport avec le système de santé (fonctionnalité des structures, gestion efficace et efficiente), les couvertures des structures et les changements de comportement : par ex., taux d'accouchement assistés par un personnel qualifié, pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la veille de l'enquête, pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPI ; couverture vaccinale,

- ***Quels ont été les résultats à long terme?*** il s'agit de déterminer les indicateurs d'impact sur la population : par ex. Incidence et prévalence des maladies, Taux de mortalité des moins de 5 ans ; impact économique liées aux maladies, etc.

Indicateurs de base compris dans le guide de référence (33 indicateurs traceurs)

Tableau 3.1 : Indicateurs fondamentaux

Recommandation d'indicateurs à ajouter* = indicateurs de la Commission

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

Tableau 1: Cadre national des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du PNDS et du système de santé

INTRANTS ET PROCESSUS	RESULTATS INTERMEDIAIRES (OUTPUTS)	RESULTATS FINALS (EFFETS/OUTCOMES)	IMPACT
Financement de la santé	Accès aux services et préparation des services	Couverture des interventions	Situation sanitaire
Dépenses totales en santé par habitant	Préparation générale des services (préparation spécifique des services)	Soins prénatals (4 consultations et plus)	Espérance de vie à la naissance
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques	Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments	Accouchement en présence d'un accoucheur qualifié (accouchement en milieu hospitalier ; soins post-natals)	Nombre de vies sauvées
Personnels de santé	Prix médian des médicaments témoins	Taux de couverture en DOTS	Taux de mortalité infanto juvénile
Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes ; pharmaciens, biologistes, Techniciens de labo ; milieu urbain – milieu rural)	Nombre absolu et nombre moyen de consultations ambulatoires par personne et par an	Vaccination par le DTC3/Penta3 (anti rougeoleux, anti-HiB, anti- HepB, pentavalent, Ebola et autres nouveaux vaccins)	Taux de mortalité infantile
Nombre annuel de diplômés pour 100 000 habitants	Qualité et sécurité des services	Besoins de planification familiale satisfaits (prévalence de la contraception)	
Infrastructure	Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS)	Enfants atteints d'une infection respiratoire aiguë et amenés dans un établissement de santé (prise d'antibiotiques)	Taux de mortalité néonatale
Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants (nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants)	Taux de létalité à 30 jours pour l'infarctus aigu du myocarde (les AVC) en milieu hospitalier	Enfants atteints de diarrhée recevant un TRO (avec poursuite de l'alimentation)	Taux de mortalité périnatale
Equipements	Taux de létalité des complications obstétricales	Utilisation de MILDA parmi les enfants (MII parmi les femmes enceintes ; possession de MII par les ménages)	Ratio de mortalité maternelle
Disponibilité des équipements biomédicaux fonctionnels pour 10 000 habitants	Niveau de respect des normes et procédures en PI	Traitement ARV parmi ceux qui en ont besoin	Taux de mortalité par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète sucré)
Information	Délai d'attente pour les interventions chirurgicales programmées (cataracte, angioplastie coronaire transluminale percutanée, prothèse de hanche)	Prophylaxie ARV parmi les femmes enceintes séropositives pour le VIH	Prévalence du Paludisme
Pourcentage de décès enregistrés et de naissances enregistrées	Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales)	Détection des cas de tuberculose	Prévalence du Paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans

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

3.2 Indicateurs clés

Le Plan de suivi évaluation et revue du PNDS 2015-2024 se fonde sur un cadre logique global basé sur une série de 33 indicateurs traceurs d'impact, d'effet, de produits et de processus dont la mesure permettra de suivre régulièrement et/ou périodiquement de façon objective et efficace la performance des différents programmes du PNDS dans l'optique plus globale de l'atteinte des principaux résultats concrets attendus de sa mise en œuvre.

- **Indicateurs fondamentaux du PNDS 2015_2024, valeurs initiales et cibles, périodicité des rapports**

Les indicateurs fondamentaux retenus pour le suivi, évaluation et la revue sont tirés aussi bien de la matrice exhaustive de résultats du PNDS 2015-2024 que des Programmes prioritaires nationaux (par ex. PEV, santé de la reproduction, PNPCSP/IST-VIH, PCIMNE, PNLAT, PNLP, nutrition et autres) ;

Ces indicateurs traceurs ont été sélectionnés en fonction de leur validité scientifique, de leur utilité pour les décideurs, des engagements internationaux notamment les OMD/ODD liés à la santé et de la disponibilité des données (routine, financement probable, d'enquêtes). Cette série d'indicateurs limitée couvre parfaitement les différents domaines programmatiques avec des valeurs de base et des cibles bien définies comme le montre le cadre de performance présenté ci-après.

Cadre de mesure de rendement

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

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de référence (2015)	Valeur cible (2024)				
IMPACT De 2015 à 2024 : L'espérance de vie est augmentée de 58 à 65 ans	Espérance de vie à la naissance (en années)	58	65	DNS	EDS	5 ans	MPlan
Impact 1 **De 2015 à 2024 :** La mortalité maternelle est réduite de 724 à 379 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 33‰ à 12,5‰ et la mortalité infanto juvénile de 123 à 47‰	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV	724	379	DNS	EDS	5 ans	MPlan
	Taux de mortalité infanto juvénile (‰)	123	47	DNS	EDS	5 ans	MPlan
	Taux de mortalité néonatale (‰)	33	12,5	DNS	EDS	5 ans	MPlan
Impact 1.1 De 2015 à 2024 : la mortalité spécifique et la prévalence liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence est réduite de : (principales maladies transmissibles, maladies à potentiel épidémique évitables par la vaccination, maladies non transmissibles), le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la malnutrition, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète sucré, les affections buccodentaires, les violences, les traumatismes et les accidents	Taux de mortalité et prévalence par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux maladies : paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré) - 90% des cas de paludisme sont pris en charge au niveau des structures sanitaires et des communautés. - 100% des tuberculeux sont pris en charge selon le protocole national - Le taux de détection de la Tuberculose est de 100% - 100% des femmes reçues en CPN bénéficient du dépistage du VIH et de la prise en charge des cas confirmés. - Réduction de 25% de l'usage nocif de l'alcool, 25% inactivité physique, 25% de consommation en sel, 30% usage du tabac, 25% hypertension et - 25% obésité et diabète - Réduction de l'indice CAO à 3,5			SNIS	Routine	an	MS
Effet 1.1.1 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité (protection, promotion, prévention, prise en charge et réadaptation) - ARV 100% des PVVIH - Utilisation de MILDA des femmes enceintes passe de 28% à 90% - la couverture DOTS passe de 82% à 95%. - Utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans passe de 26% à 90%			SNIS INS	Routine EDS	An 5 ans	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de référence (2015)	Valeur cible (2024)				
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 - 80% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) - 80% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l'infection et de sécurité des patients - 80% de la population ont accès à l'eau potable		80	MS	Enquête	an	MS
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)		80	SNIS	Enquête SARA	an	MS
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.) est réduite de 50%	Nombre de décès de mères Nombre de décès par tranche d'âge et par sexe (nouveau-nés, enfants, jeunes/adolescents et des personnes âgées) Incidence des maladies à déclaration obligatoire (rougeole, tétanos néonatal, fièvres hémorragiques) Taux de fécondité des adolescentes Mortalité liée aux complications obstétricales Prévalence du VIH chez les femmes enceintes Prévalence des MGF Prévalence de la malnutrition aig- e chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ans Consommation de tabac et d'alcool			MS	SNIS	an	MS
Effet 1.2.1 La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 51% et Césarienne : 2% à 5%	CPN4+ : (%)	57	95	INS	EDS	5 ans	MPlan
	Accouchement assisté (%)	45	80	INS	EDS	5 ans	MPlan
	Césarienne (%)	2	5	INS	EDS	5 ans	MPlan
	PF (%)	19	51	INS	EDS	5 ans	MPlan
	Enfants complètement vaccinés (%)	37	95	INS	EDS	5 ans	MPlan
	Taux d'allaitement maternel exclusif (%)	21	32	INS	EDS	5 ans	MPlan
	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%)	31	20	INS	EDS	5 ans	MPlan
Produit 1.2.1.1 La capacité opérationnelle des services de santé est de 80% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, adolescents, personnes âgées, etc.)	Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) indice de capacité opérationnelle des services de santé			SNIS	Enquête SARA	an	MS
	SONUB (%)	0,67	80	SNIS	Enquête	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de référence (2015)	Valeur cible (2024)				
	SONUC (%)	13,4	80	SNIS	enquête	an	MS
Produit 1.2.1.2 **De 2015 à 2024 :** La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80%	Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.)			SNIS	Enquête SARA	an	MS
Impact 2 **De 2015 à 2024 ;** Au moins 70% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	25	CNS	Etude	an	MS
	Satisfaction des usagers (%)	39	70	SNIS	Enquête SARA		
Effet 2.1 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité	PM	80	SNIS	Enquête	an	MS
Produit 2.1.1 La capacité opérationnelle des services de santé est de 80%	Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %) Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales)	PM	80	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Produit 2.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 80%	Préparation générale des services de santé à base communautaire	PM	80	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Produit 2.1.3 80% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé	Part du budget de l'Etat alloué au secteur santé (%)	3,5	15	CNS	Etude	an	MS
	Dépenses totales en santé /habitant (USD)	26	45	CNS	Etude	an	MS
	Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques (%)	8	15	CNS	Etude	an	MS
	Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé			CNS	Etude	an	MS
Produit 2.1.4 La densité en ressources humaines de qualité et la répartition sont améliorées	Nombre de médecins pour 10 000 habitants milieu urbain – milieu rural)	(1,7) 0,27	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité DS	an	MS
	Nombre d'infirmiers/infirmières pour 10000 habitants	1,29	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité DS	an	MS

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

- **Lien entre indicateurs fondamentaux et indicateurs par maladie ou programme prioritaire national**

Des plans de S&E spécifiques sont élaborés pour la gestion des différents Programmes nationaux prioritaires (par exemple SMNI, VIH/sida, tuberculose, paludisme). Ces plans, financés avec le soutien des partenaires, portent sur une liste élargie d'indicateurs essentiels pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des principaux objectifs et assortis de précision sur la source et le flux d'information ainsi que sur la gestion des données (méthode de collecte de gestion et d'analyse, rôle et responsabilité à tous les niveaux).

Comme mentionné précédemment, les indicateurs fondamentaux retenus pour le suivi, évaluation et la revue sont tirés aussi bien de la matrice exhaustive de résultats du PNDS 2012-2015 que des Programmes prioritaires nationaux afin de montrer les effets de renforcement du système de santé sur les résultats sanitaires. Cette série d'indicateurs fondamentaux a été définie selon un processus participatif impliquant les chargés de suivi, évaluation des différents programmes spécifiques.

Par ailleurs, il existe un registre national intitulé « indicateurs essentiels de santé » mis en place par le ministère de la santé en 2003 pour le suivi de la mise en œuvre des activités sanitaires à tous les niveaux. Cependant, pour de nombreux indicateurs de ce document, les données de calcul n'ont pas toujours la pertinence et la fiabilité suffisante (par exemple des sources différentes sont utilisées d'une zone à l'autre). Il importe de mettre à jour ce registre pour servir de norme de référence au niveau national fédérant aussi bien les indicateurs fondamentaux que des indicateurs des programmes sanitaires spécifiques.

3.3 Sources de données

3.3.1 Données collectées pour les principaux indicateurs

Les principales sources de données pour la collecte des données et le calcul des principaux indicateurs sont :

- ***Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)***

Il se déroule en principe à un rythme décennal. Il s'agit d'une grosse opération de collecte qui emploie un questionnaire ménage.

Faiblesse Identifiées :

- l'irrégularité de l'organisation des recensements peut avoir des conséquences sur la qualité des indicateurs calculés sur la base de la population estimée.

Faible participation du ministère de la santé (Division SNIS et Programmes de santé) à la préparation et la mise en œuvre des enquêtes et de recensements organisés par la Direction Nationale des Statistiques (DNS) ce qui a pour conséquence le non prise en compte des besoins spécifiques du MS dans ces domaines

Mesures correctrices

Participer activement à la préparation et à la mise en œuvre des enquêtes et des recensements organisés par la DNS en vue d'influencer la prise en compte des besoins d'informations en matière de santé.

- ***Les Enquêtes ménages (SMART; MICS; QUIBB; STEPS EDS)***

Elles permettent de disposer des données sur la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition; le statut vaccinal ; la connaissance des maladies transmissibles et non transmissibles et les mesures de préventions. Ces enquêtes sont menées dans la population respectivement à des périodes de 1 ; 3 ; 4 ou 5 ans.

Faiblesse

- Non-respect de la périodicité surtout pour l'EDS ; ceci a pour conséquence l'absence de données actualisées sur les taux de mortalité maternelle et néonatale. A défaut d'avoir à disposition ces données, on utilise celles disponibles au niveau des établissements de soins.

Mesures correctrices

- En attendant l'organisation de l'EDSG, il faut renfoncer le système d'enregistrement des naissances et des décès au niveau communautaire et dans les formations sanitaires.

- ***L'Etat civil***

Il Constitue la meilleure source d'information sur l'enregistrement continue des naissances et des décès

Faiblesses

- Insuffisance de coordination et de collaboration entre les différents intervenants du système,
- L'enregistrement des décès dans les hôpitaux se fait de manière incomplète et sans préciser de façon systématique la cause des décès
- Les données issues de l'état civil ne sont pas exhaustives

Mesures correctrices

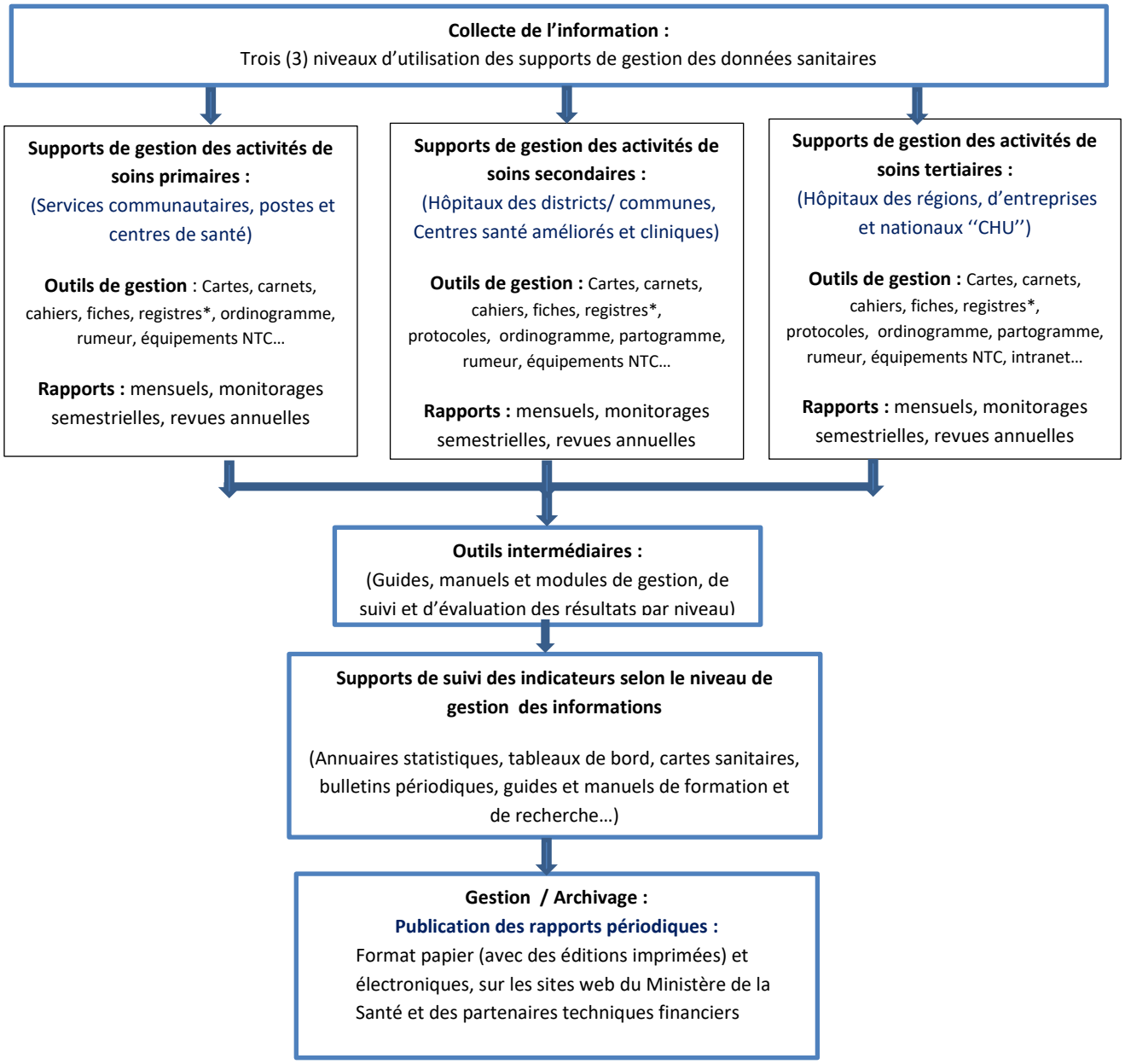
- Mener une évaluation rapide du système d'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès.
- Renforcer les capacités du personnel de santé (former, recycler, équiper, motiver) à l'utilisation de la classification internationale des maladies (CIM).
- Introduire l'utilisation de technologies innovantes (Informatisation, téléphones portables) pour renforcer le système existant d'enregistrement des naissances, des décès et des causes des décès par les ASC.
- Créer un système de surveillance démographique
- Créer un cadre de coordination des acteurs impliqués dans l'enregistrement des naissances, décès et causes de décès

❖ *Les données des établissements de soins*

Le système de collecte et de production de l'information suit un procédé relativement simple qui est composé de deux systèmes de collecte (supports fixes et supports mobiles de collecte) et de deux systèmes de production (information sur les soins internes et les soins externes).

Le système de collecte et de production de l'information sanitaire peut ainsi être résumé par le schéma suivant :

Figure 1 : Schéma de collecte, de gestion des supports, et production des informations selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire (source SNIS – 2015)



NB: Les rapports mensuels sont réalisés en trois (3) exemplaires dont, une (1) copie pour archive de la structure et les (2) autres copies sont transmise au niveau supérieur.

(*) Registres : Consultation, consultants, hospitalisation, laboratoire, banque de sang, radio – imagerie, DOT, PTME, SMI, PF, inventaires ressources, équipements et matériels, pharmacie…

La décentralisation, du traitement informatique des données de routine déjà opérationnelle dans les régions, s'est étendue à la plupart des districts.

Faiblesses

Les problèmes inhérents aux données des établissements de soins ont trait surtout à :

- la complétude, à la promptitude et à la qualité des données.
- l'insuffisance du matériel informatique et surtout le problème de sa maintenance
- la gestion verticale de données des programmes de santé et la multiplicité des canaux d'information spécifiques
- l'absence d'un canal fiable de transmission des données du niveau périphérique au niveau central.

Mesures correctrices

- Mettre en place le mécanisme de contrôle de la qualité des données à travers le DQS par exemple ;
- Renforcer les capacités d'analyse des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Harmoniser et diffuser les outils iintégrant les données provenant des structures privées et parapubliques dans les rapports SNIS au niveau des structures
- Mettre en place un système performant de transmission des données (NTIC par exemple)

Des mesures correctrices seront prises dans le cadre de l'évaluation du SNIS qui sera menée (utilisation de l'outil HMN.)

- ***Les comptes nationaux de santé***

Les comptes nationaux de la santé sont utilisés pour retracer le flux financier issu des différentes sources de financement et pour permettre aux autorités du secteur de la santé d'opérer des choix raisonnés de politiques et de stratégies basées sur l'équité dans la contribution financière aux soins et services de santé de qualité pour tous, en particulier aux populations les plus vulnérables.

Les Faiblesses

- Les ressources humaines qualifiées et les ressources matérielles pour l'élaboration des CNS sont insuffisantes ;
- le mécanisme de collecte des données ne permet pas d'avoir les informations de façon systématique en l'occurrence les données des dépenses en santé des administrations publiques et des ressources externes ;
- L'adhésion de tous les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire surtout celui des gestionnaires comptables est un défi à relever.

Mesures correctrices :

- Elaborer un plan triennal et un document méthodologique des CNS
- Etablir une correspondance entre la classification internationale des dépenses des administrations publiques et le SCS (Système des Comptes de Santé) y compris les sous comptes (collaboration Ministère des finances et MS)
- Avoir un engagement formel des partenaires pour fournir les données financières relatives à leur appui à la santé au ministère de la santé
- Réaliser les CNS 2015 couplés des sous comptes SMNI.
- Renforcer les capacités des membres de l'équipe technique en traitement et analyse des données des CNS.
- Mettre en place un mécanisme de collecte et de traitement systématique des données dans le cadre de la réalisation des CNS (exemple du Burkina Faso et Rwanda)

- Réaliser les CNS de 2016
- Réaliser les CNS de 2017

❖ ***Autres sources de données :***

Surveillance des décès maternels et néo-natals et évaluation de la qualité des soins

Faiblesse

Le système de notification des décès maternels dans les 24 heures n'est pas fonctionnel.

Depuis 2006, la pratique de revue (audit) de décès maternel se fait sen Guinée. Une évaluation a été réalisée en 2013. Une mini évaluation du suivi décès maternels a été faite en 2015 et les résultats ont été validés en septembre 2015. Par ailleurs la notification des décès par les agents de santé communautaires (ASC) sera effective dans la communauté dès l'année 2015.

Les procédures d'évaluation de la qualité des soins existent mais la mise en application n'est pas systématique et ne se concentre pas suffisamment sur la santé de la mère et de l'enfant. Néanmoins les supervisions sur la qualité des soins sont organisées.

Mesures correctrices:

- Intégrer la notification obligatoire du décès maternel dans les 24 heures dans le document des normes et politiques en matière de Santé de Reproduction
- Faire l'évaluation du système de revue des décès maternels mise en œuvre dans les sites pilotes
- Adapter la grille de notification des cas de décès maternel (communautaire, formation sanitaire)
- Etendre progressivement l'expérience dans les autres formations sanitaires en tenant compte des leçons tirées
- Rendre systématique l'évaluation de la qualité des soins (prise en compte de l'aspect femme et enfant)

3.3.2 Gestion des données

3.3.2.1 Les données de routine

Les données sont produites, collectées, traitées analysées et utilisées au niveau local puis transmises selon le circuit établi : communauté, formations sanitaires, district sanitaire, région sanitaire, Programmes et Division SNIS.

Le GTSV ou le ST-CCSS du PNDS mettra en place des outils à différents niveaux pour collecter les données complémentaires pour le calcul de ces indicateurs

Le circuit des données est le suivant :

Niveau Communautaire : A la fin du mois l' ASC produit son rapport qu'il transmet au Chef de poste de santé (CPS) ou au Chef de Centre de santé (CCS). Les ONG participent à la compilation et à la validation des rapports des ASC.

Niveau Poste de santé, centre de santé et Hôpital de district : . A la fin du mois, le Chef du centre de santé produit les rapports sur la base des données des prestations de la formation sanitaire: soins préventif pour les adolescents & femmes ; Soins préventifs de la grossesse ; Soins et prévention du VIH/SIDA ; Soins préventif de l'enfant et nourrisson et le paquet intégré de soins curatifs.En plus de son rapport d'activités, le Chef du centre de santé valide et compile les rapports des ASC en collaboration avec l'animateur de l'ONG/superviseur en charge de la zone . Il transmet les rapports à la réunion mensuelle du district.

L'hôpital de district et les formations sanitaires privées, élaborent et transmettent leurs rapports d'activités selon le même schéma.

Niveau district : A la fin de chaque mois et après réception des rapports provenant de toutes les formations sanitaires et des ONG/Associations relevant du district, le chargé de la statistique, sous la supervision du DPS, fait la synthèse des données dans les supports mis à sa disposition. Il envoie ensuite ce rapport à la région sanitaire dont relève son district une semaine après la fin du mois.

Le responsable de suivi évaluation du district devra transmettre à son homologue régional le tableau de bord des indicateurs traceurs du PNDS

Niveau Régional **:** Le chargé de la statistique régional, sous la supervision du DRS, compile les rapports des différents districts mensuellement. Il fait la synthèse par type de rapports, assure la transmission à la Division SNIS et en fait copie au ST-CCSS et aux programmes deux semaines après la fin du mois.

Le responsable de suivi évaluation régional devra transmettre au ST-CCSS et au GTSV le tableau de bord des indicateurs traceurs du PNDS

Niveau Programme : Les rapports d'activités des districts transmis par les DRS sont traités et validés par le Chargé de Suivi et Evaluation sous la supervision du coordonnateur dans les quatre semaines suivant la fin du mois.

Le responsable de suivi évaluation du programme devra transmettre au ST-CCSS et au GTSV le tableau de bord des indicateurs traceurs du PNDS

Unité de suivi évaluation du PNDS :

L'unité de suivi évaluation consolide les données des tableaux de bord des indicateurs traceurs du PNDS les traite, les analyse et élabore un rapport trimestriel de progrès

Le SP PNDS organise une tournée semestrielle de suivi du bon fonctionnement des mécanismes mise en place en collaboration avec la Division de l'Information et de la Recherche, les responsables de suivi évaluation des programmes, des OSC, du secteur privé et des DRS

3.3.2.2 Les données d'enquête

Le SP PNDS participera à la préparation et à la mise en œuvre des enquêtes, études et évaluation afin de disposer des données pour renseigner les indicateurs du PNDS.

3.3.2.3 Archivages des données

Toutes les données seront stockées et archivées en format dur et /ou électronique avec un système de sécurisation à tous les niveaux

3.3.4 Analyse synthèse et qualité des données

L'analyse et la synthèse de données sera une composante essentielle du suivi évaluation du PNDS 2015-2024. Cette analyse doit prendre en compte les données des différentes sources y compris les données qualitatives. Les rapports d'activités réguliers seront produits et diffusés à tous les échelons de la pyramide sanitaire. La participation d'institutions nationales universitaires, de santé publique et de recherche permettra de mieux faire connaître les possibilités d'analyse et ainsi d'améliorer les statistiques liées à la santé.

- **Les activités d'analyse et de synthèse des données**

Pour évaluer le niveau d'atteinte des objectifs du PNDS, les différents acteurs (depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central) de mise en œuvre devront collecter périodiquement les données, les analyser et sortir des indicateurs retenus pour l'évaluation du PNDS.

Les données de routine et d'enquêtes seront analysées et présentées sous forme désagrégée en tableaux et graphiques et les résultats générés permettront de mesurer les progrès et les performances à chaque niveau.

- **Qualité des données**

Le contrôle de la qualité des données sera rendu systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A cet effet, les actions de supervision intégrées seront renforcées et orientées davantage sur le contrôle de qualité des données. Il en est de même pour le monitorage qui constitue une pratique généralisée dans toutes les zones sanitaires. Ainsi, le niveau central organisera 2 supervisions par an, le niveau intermédiaire fera 4 supervisions par an alors que les districts feront 4 supervisions par an. Des réunions de monitorages seront régulièrement organisées à raison de 2 fois par ans au niveau central, 4 fois par an au niveau régional et 12 fois par an au niveau district afin de faire l'harmonisation et la validation des données.

- **Evaluation des progrès et les performances**

Une évaluation des progrès et des performances sera faite annuellement sur la base des différents aspects des analyses quantitatives et qualitatives, notamment : i) les progrès dans l'atteinte des objectifs du PNDS ; ii) l'équité ; iii) l'efficacité ; iv) les analyses qualitatives de l'évolution du contexte ; et v) la comparaison des performances. Un système de motivation incitative utilisant une grille de performance sera instituée à tous les niveaux.

3.3.5 Composante évaluation

- Le PNDS 2015-2024 fera l'objet d'évaluation à mi-parcours et finale. Il s'agira des évaluations internes et externes.

- **L'évaluation à mi-parcours**

L'évaluation à mi-parcours du PNDS sera réalisée en fin 2020 et se fera suivant une double approche qualitative et quantitative :

  - Le volet qualitatif utilisera les techniques habituelles de recherche participatives : groupes de discussion dirigés (focus groups, entretiens approfondis avec les responsables, élus locaux membres des comités de santé…), groupes de réflexion collective… Elle portera entre autre sur les thèmes suivants: La participation des populations aux actions de santé, La gestion par les collectivités locales de la compétence santé, La satisfaction des usagers des services de santé ….
  - Le volet quantitatif portera sur les indicateurs d'effets et d'impact du PNDS et se fera sur un échantillon représentatif de la population guinéenne, suivant une approche transversale descriptive, stratifiée à l'échelle de la région sanitaire…

- **L'évaluation finale**

Elle sera réalisée en juillet/décembre 2024. Il s'agira d'une évaluation globale, à la fois quantitative et qualitative. Ces 2 volets seront complémentaires, et on s'attachera à ce que les résultats de l'évaluation qualitative puissent fournir des éléments d'explication pour une meilleure compréhension de l'évolution des indicateurs quantitatifs. L'évaluation portera sur l'atteinte des objectifs sectoriels du PNDS, et servira à fixer de nouvelles normes pour le PNDS. Plusieurs modules d'évaluation seront développés : Pour la mesure des indicateurs d'impact et d'effet, l'audit des performances du système de santé, L'appréciation qualitative du processus.

3.3.5 Modalités de diffusion de résultats de suivi évaluation du PNDS

Les résultats de l'analyse des données faite à tous les niveaux seront diffusés à tous les acteurs qui les utiliseront pour la planification et la prise de décision.

La dissémination de l'information qui portera sur les différents résultats, les performances et expériences de chaque niveau se fera à travers: i) les annuaires statistiques, ii) les bulletins de retro-

information, iii) les conférences et colloques ; iv) les mémoires et les thèses par les étudiants ; v) les publications dans les revues internationales dans les normes de l'éthique; vi) le site web.

Tableau 3.3 : modalités de diffusion

Niveau	Eléments à transmettre	Canaux de transmission	Périodicité
Formations sanitaires +Spécificités du district	• Rapport mensuel • Rapport hebdomadaire	• Courrier • Réunions • Téléphone	Hebdomadaire (système de surveillance épidémiologique) Mensuel (rapports des données de routine)
District Sanitaire	• Rapport mensuel • Rapport trimestriel • Rapport semestriel • Rapport d'activité N-1 • Budget programme N+1	• Courrier • Réunions • Radio communautaire • Internet	Mensuelle
Direction Régionale	• Rapports de suivi – évaluation • PV de réunions	• Réunion • Internet • Courrier • Radio	Mensuelle
National	• Rapports de suivi – évaluation • PV de réunions	• Réunion • Internet • Courrier • Bulletin d'info • Annuaire statistique • Publi – reportage • Conférences /débats	Trimestrielle

3.7 Activités préalables pour le suivi évaluation du PNDS

Il s'agit d'activités à réaliser pour permettre la mise en place d'un système de suivi évaluation efficace du PNDS à tous les niveaux. Il faudrait au préalable :

- ✓ Mettre en place un système de suivi évaluation qui soit systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- ✓ Organiser un atelier national de validation du présent Plan de Suivi Evaluation (PSE);
- ✓ Organiser des ateliers de formation à l'intention des GTSV, ECR et ECD pour l'utilisation de ce PSE
- ✓ Les GTSV, ECR et ECD seront chargés de former les acteurs des formations sanitaires et les ASC

Chapitre 4. MECANISMES NATIONAUX DE REVUE

4.1 Système national de revues périodiques conjointes des progrès et de la performance

Le principe de revues annuelles a été institué au Ministère de la Santé en 1989 avec les revues du PEV, de certains projets (BM, GTZ) et ONG (MSF France, MSF Belgique, Médicus Mondi etc.).L'harmonisation de la tenue de ces revues a été effective en 1994 pour les trois niveaux du système de santé, les institutions sanitaires autonomes et les programmes de santé. Parmi les critères de la qualité des revues les éléments suivant sont importants : la participation et la représentativité des différentes parties prenantes le niveau de préparation et la qualité de l'analyse.

4.1.1 Revues annuelles

L'organisation des revues des activités devra suivre une démarche partant de la base (district) vers le sommet (niveau national) en passant naturellement par les régions sanitaires.

Les revues aux niveaux régional (CTRS) et préfectoral (CTPS) se tiennent systématiquement 2 fois par an, cependant celle au niveau national (CTC, une fois par an) est irrégulière. Toutes ces revues rassemblent les responsables du système public de santé, les chefs ou points focaux de Programmes, les OSC, les représentants du secteur privé, les représentants des ministères connexes à la santé ainsi que les PTF.

Ce processus mérite d'être affiné sur le plan qualitatif par le renforcement des équipes cadre des DPS et DRS pour l'organisation des CTPS et CTRS l'implication des parties prenantes et la création des groupes thématiques Santé afin de mieux renforcer le mécanisme de S&E dans la mise en œuvre du PNDS 2015-2024.

Hormis les revues annuelles, il sera organisé des revues spécifiques des programmes prioritaires pour le suivi régulier des indicateurs y afférents et une revue à mi-parcours du PNDS en fin 2019 au niveau national pour apprécier l'avancement de la mise en œuvre et la réalisation des résultats escomptés.

Enfin, la revue finale du PNDS aura lieu en fin 2024.

Tableau 4.1 : Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales

Instances	Période	Résultat attendu
REVUE		
Revue Nationale (CTC)	Avril	Rapport de revue
Conseil de Cabinet	hebdomadaire	Rapport de conseil
Réunion de suivi SG/MS + Directions nationales,	hebdomadaire	Tableau de bord de suivi des activités planifiées de l'année en cours
Réunion du Cabinet	mensuel	Rapport mensuel d'activités
Revue à mi-parcours	2020	Rapport de revue à mi-parcours
Evaluation/Revue finale	2025	Rapport d'évaluation/Revue finale
Régional		
Revue annuelle	Février	Rapport annuel d'activités n-1 Budget/programme n+1
Revue semestrielle (CTRS)	Août et Février	Rapport semestriel d'activités n Rapport semestriel d'activités n-1 Budget/programme n
Rapport trimestriel	Avril/juillet/Septembre	-Rapport trimestriel d'activités
Périphérique		
Revue annuelle	Janvier	Rapport annuel d'activités n-1 Budget/programme n+1
Revues Semestrielles (CTPS)	Juillet et Janvier	Rapport semestriel d'activités n Rapport semestriel d'activités n-1 Budget/programme n
Réunion mensuelle de suivi	Chaque mois	Rapport d'activités mensuelles

Les revues régulières doivent permettre d'évaluer la performance à partir des résultats obtenus par les services ou les programmes. Les revues à mi-parcours et finale doivent être plus étendues pour couvrir également les indicateurs d'impact.

Malgré l'existence de ces mécanismes de revue, souvent les recommandations ne sont pas traduites en action concrètes et l'insuffisance de financement entrave la mise en œuvre des stratégies développées.

4.1.2 Les liens systématiques entre les revues du secteur de la santé, les revues par maladie et par programme et l'établissement de rapports nationaux

Les rapports des revues des différents niveaux du système et des programmes de santé sont indispensables pour la rédaction du rapport annuel et la mise à jour de la plateforme internet sur le dialogue politique sectoriel santé « Country Health Policy Portal (CHPP) Les revues détaillées par programme ne doivent pas être effectuées isolément mais liées à la revue de l'ensemble du secteur de la santé et y contribuer. Idéalement, une revue par programme doit être effectuée avant la revue du secteur de la santé et aider à en déterminer le contenu dans le domaine concerné. Le personnel et les chercheurs qui ne participent pas au programme doivent prendre part à la revue de ce programme afin d'en connaître objectivement les progrès.

Les rapports nationaux doivent être structurés selon le modèle CHPP comportant les six piliers du système de santé à savoir (i) le leadership et la gouvernance, (ii) la prestation de services, (iii) les ressources humaines pour la santé, (iv) le financement de la santé, (v) les produits de santé et les technologies médicales, (vi) le système d'information sanitaire.

4.2. Les mesures correctives

Les résultats des débats lors des revues doivent servir à orienter les priorités en matière de planification, à formuler des recommandations opérationnelles et à soutenir le plaidoyer auprès des autorités et autres parties prenantes concernées en vue de trouver les solutions aux insuffisances ou problèmes constatés. A cet effet, il serait nécessaire d'élaborer ou renforcer le mécanisme permettant de compiler toutes les informations relatives aux politiques/informations qualitatives destinées aux revues annuelles.

4.2.1 Les résultats des revues pour l'allocation des ressources et les dépenses

Les résultats des revues vont renseigner davantage les forces et les faiblesses ainsi que les différents écarts dans la satisfaction des besoins et vont aider à la formulation des orientations sur la gestion des ressources humaines, matérielles et financières. Concrètement, la revue va donner des indications pour la réallocation des ressources, le redéploiement ciblé du personnel et la mobilisation additionnelle des financements de même que le niveau d'utilisation des dépenses (le budget de l'Etat et les financements bi et multilatéraux).

4.2.2 Retro-information

Les rapports annuels nationaux devront systématiquement être envoyés à tous les districts et à toutes les régions en guise de retro-information. Le CHPP va constituer l'opportunité de pouvoir disposer des données périodiques mises à jour à partager avec toutes les parties prenantes en particulier les régions, les districts, les OSC et le secteur privé.

Annexe 1 : Plan de renforcement du suivi évaluation du PNDS et du SNIS 2015 - 2017

			Budget en USD			
NO	**Domaines**	**Activités**	**2015**	**2016**	**2017**	**Total**
A	**Renforcement SE SNIS**		**19 034 286**	**21 103 286**	**21 103 286**	**61 240 857**
1.1	**Plan de suivi évaluation**		**15 000**	**60 000**	**70 000**	**145 000**
	1.1.1	Organiser l'Atelier de finalisation du Plan national de SE du PNDS	10 000	0	0	10000
	1.1.2	Organiser l'Atelier de validation du Plan national de SE du PNDS	5 000	0	0	5000
	1.1.3	Former les équipes nationale, régionales, préfectorales en planification et mise en œuvre du plan de SE	0	60 000	70 000	130 000
1.2	**Coordination du suivi évaluation**		**15 000**	**230 000**	**230 000**	**475 000**
	1.2.1	Elaborer les arrêtés portant création du comité régional de coordination du secteur santé (CRCSS), comité préfectoral de coordination du secteur santé (CPCSS), groupes thématiques santé régional (GTSR) et groupe thématique santé préfectoral (GTSP).	5 000	0	0	5000
	1.2.2	Mettre en place les comités régionaux et préfectoraux de coordination du secteur santé	5 000	30 000	30 000	65 000
	1.2.3	Mettre en place les groupes thématiques santé régionaux et préfectoraux faisant fonction du comité de suivi- évaluation	5 000	10 000	10 000	25 000
	1.2.4	Former les CRCSS, CPCSS, GTSR, GTSP en dialogue politique décentralise	0	60 000	70 000	130 000
	1.2.5	Doter les CRCSS, CPCSS, GTSR, GTSP en ressources nécessaires à leur fonctionnement optimal;	0	70 000	60 000	130 000
	1.2.6	Appuyer la tenue des instances et réunions mensuelles, trimestrielles, semestrielles et annuelles	0	60 000	60 000	120 000
1.3	**Enquêtes sanitaires**		**120 000**	**85 000**	**95 000**	**300 000**
	1.3.1	Finaliser la stratégie nationale d'enquêtes	0	20 000	0	20000
	1.3.2	Réaliser les prochaines enquêtes: EDS - MICS 2016, SARA 2015,	120 000	30 000	0	150000
	1.3.3	Evaluer la mise en œuvre des recommandations de l'enquête SONU en 2016	0	0	30 000	30 000
	1.3.4	Evaluer l'impact de l'application de la gratuité des soins obstétricaux en 2017	0		30 000	30 000
	1.3.5	Organiser l'évaluation de l'opérationnalité des districts en 2016	0	35 000	35 000	70 000
1.4	**Données provenant des établissements (SNIS, Surveillance, alerte…)**		**100 000**	**515 000**	**515 000**	**1 130 000**
	1.4.1	Former les équipes nationales, régionales et préfectorales en collecte, traitement, analyse, interprétation et diffusion des données et des résultats du SNIS,	0	60 000	60 000	120 000
	1.4.2	Produire chaque année l'annuaire des statistiques sanitaires	0	35 000	35 000	70 000
	1.4.3	Organiser l'enquête sur l'évaluation des établissements de soins et de la qualité des soins	0	30 000	30 000	60 000
	1.4.4	Organiser l'évaluation de la qualité des données,	0	20 000	20 000	40 000
	1.4.5	Former les équipes nationale, régionales et préfectorales en : Surveillance épidémiologique, alerte/réponse et évènements vitaux	0	40 000	40 000	80 000
	1.4.6	Equiper le SNIS, les DRS et DPS,	0	200 000	200 000	400 000
	1.4.7	Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique du SNIS,	100 000	100 000	100 000	300 000
	1.4.8	Réaliser des enquêtes systématiques annuelles auprès des établissements	0	30 000	30 000	60 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
1.5		**Capacités d'analyse**	**18 784 286**	**19 394 286**	**19 394 286**	**57 572 857**
	1.5.1	Organiser la collecte des données de toutes les parties prenantes du SNIS (publique, privée à but lucratif et non lucratif, forces armées, santé au travail, santé carcérale, communauté) , ainsi que tous les sous-systèmes du SNIS (routine, surveillance, alerte et réponse, évènements vitaux etc.)	0	30 000	30 000	60 000
	1.5.2	Former le personnel du SNIS en collecte, traitement, analyse, diffusion des données et de l'information sanitaire;	0	10 000	10 000	20 000
	1.5.3	Organiser un atelier de validation des données et de la présentation de l'annuaire des statistiques (forme et fond)	0	10 000	10 000	20 000
	1.5.4	Recruter/redéployer du personnel complémentaire du SNIS à tous les niveaux (communautaire, District/DPS (Postes de santé, Centres de santé, CMC et Hôpital de District, bureau du District), DRS, Niveau central)	18 784 286	18 784 286	18 784 286	56 352 857
	1.5.5	Former les équipes nationales, régionales, préfectorales en recherche en santé et en élaboration en Policy brief (note de politique),	0	500 000	500 000	1 000 000
	1.5.6	Equiper en outils informatiques et supports de collecte et d'analyse des données du SNIS à tous les niveaux	0	30 000	30 000	60 000
	1.5.7	Mettre à échelle le système national de collecte des données par téléphonie mobile aux niveaux communautaire, Districts, DRS, Central	0	30 000	30 000	60 000
1.6	**Equité**		**0**	**27 000**	**27 000**	**54 000**
	1.6.1	Actualiser les supports de collectes des données en prenant en compte les déterminants de la santé (âge, sexe, niveau géographique, niveau économique, niveau éducatif, etc.)	0	15 000	15 000	30 000
	1.6.2	Faire l'analyse de l'équité de la situation sanitaire pour informer les revues annuelles du secteur santé	0	12 000	12 000	24 000
1.7	**Echange de données**		**0**	**152 000**	**132 000**	**284 000**
	1.7.1	Mettre en place la base de données nationale unique de l'information sanitaire y compris les rapports de recherche et de toutes les sources de données,	0	30 000	10 000	40 000
	1.7.2	Mettre en place l'observatoire national de la santé avec une plateforme décentralisé aux niveaux régional et préfectoral,	0	30 000	30 000	60 000
	1.7.3	Former les équipes nationales, régionale et préfectorale en utilisation des données pour la planification et la gestion du système de santé à tous les niveaux,	0	30 000	30 000	60 000
	1.7.4	Intégrer les données du secteur santé de la Direction nationale des statistiques au SNIS,	0	2 000	2 000	4 000
	1.7.5	Sous-traiter le traitement et l'analyse des données de recherche et des enquêtes secteur santé a la Direction nationale des statistiques,	0	30 000	30 000	60 000
	1.7.6	Participer/organiser les réunions d'échanges Sud-sud sur l'information sanitaire.	0	30 000	30 000	60 000
1.8	**Monitorage**		**0**	**280 000**	**280 000**	**560 000**
	1.8.1	Organiser des missions de collecte des données (nationales 2, régions 4, districts 12)	0	60 000	60 000	120 000
	1.8.2	Organiser des missions de monitorage des activités (nationales 2, régions 4, districts 12)	0	60 000	60 000	120 000
	1.8.3	Organiser des contrôles de qualité des données (nationales 2, régions 4, districts 12)	0	40 000	40 000	80 000
	1.8.4	Organiser des revues annuelles des activités (nationales 1, régions 1, districts 1)	0	120 000	120 000	240 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
1.9	**Supervision**		**0**	**40 000**	**40 000**	**80 000**
	1.9.1	Organiser des missions de supervisons intégrées (nationales 2, régions 4, districts 12)	0	40 000	40 000	80 000
1.10	**Approvisionnement**		**0**	**120 000**	**120 000**	**240 000**
	1.10.1	Approvisionner 61200 ASC, 38 DPS, 8 DRS et le SNIS en Kits de téléphonie mobile	0	50 000	50 000	100 000
	1.10.2	Approvisionner 38 DPS, 8 DRS et le SNIS en Kits informatiques (laptop, desktop et accessoires NTC)	0	70 000	70 000	140 000
1.11	**Motivation**		**0**	**200 000**	**200 000**	**400 000**
	1.11.2	Octroyer des primes de performances basées sur les résultats	0	100 000	100 000	200 000
	1.11.3	Assurer la prise en charge des personnels de santé sous contrats	0	100 000	100 000	200 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
B	**Renforcement de l'Evaluation : Suivi des ressources**		**20 000**	**1 120 000**	**908 000**	**2 048 000**
1.1	**Cadre et gouvernance pour les comptes nationaux de l a sante (CNS)**		**0**	**122 000**	**122 000**	**244 000**
	1.1.1	Élaborer et valider un cadre de gouvernance formel pour les comptes nationaux de la santé, qui spécifie les procédures de coordination, de gestion, les indicateurs nationaux et le budget de mise en œuvre.	0	120 000	120 000	240 000
	1.1.2	Créer une ligne budgétaire pour les comptes nationaux de la santé.	0	2 000	2 000	4 000
1.2	**Pacte**		**0**	**2 000**	**2 000**	**4 000**
	1.2.1	Accélérer le processus d'élaboration du compact (plaidoyer, mobilisation des ressources et mise en œuvre de la feuille de route PNS, PRRSS et PNDS).	0	2 000	2 000	4 000
1.3	**Coordination**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.3.1	Rendre les comités de pilotage et techniques fonctionnels conformément aux principes de la gestion axée sur les résultats	0	2 000	2 000	4 000
	1.3.2	Renforcer la participation de toutes les parties prenantes au suivi des ressources et à l'élaboration des comptes nationaux de la santé	0	2 000	2 000	4 000
1.4	**Production**		**0**	**602 000**	**402 000**	**1 004 000**
	1.4.1	Former le personnel à l'utilisation du système des comptes nationaux aux différents niveaux du système.	0	2 000	2 000	4 000
	1.4.2	Cartographier les codes utilisés par l'Etat en recourant aux codes utilisés pour les comptes nationaux de la santé, et élaborer un outil de conversion informatique pour les comptes nationaux de la santé	0	300 000	200 000	500 000
	1.4.3	Élaborer une base de données pour la production des comptes nationaux de la santé	0	300 000	200 000	500 000
1.5	**Analyse**		**0**	**300 000**	**300 000**	**600 000**
	1.5.1	Renforcer la capacité d'analyse du Ministère de la santé et d'autres institutions Etatiques partenaires	0	200 000	200 000	400 000
	1.5.2	Finaliser l'analyse et la rédaction du second rapport. Diffuser les informations et les analyses sur le site Web public	0	100 000	100 000	200 000
1.6	**Utilisation des données**		**0**	**20 000**	**20 000**	**40 000**
	1.6.1	Promouvoir l'utilisation des données relatives aux comptes nationaux de la santé dans l'élaboration des politiques et programmes	0	20 000	20 000	40 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
C	**Innovation et informatique sanitaire**		**20 000**	**70 000**	**58 000**	**148 000**
1.1	**Politique**		**0**	**22 000**	**10 000**	**32 000**
	1.1.1	Élaborer une stratégie nationale pour l'informatique sanitaire, avec un leadership exercé par le pays et une large adhésion.	0	2 000	2 000	4 000
	1.1.2	Elaborer le Plan National du Suivi Evaluation du PNDS, PRDS, PPDS	0	5 000	2 000	7 000
	1.1.3	Elaborer le Plan Stratégique du SNIS intégrant la SIMR.	0	5 000	2 000	7 000
	1.1.4	Elaborer la stratégie de collaboration intersectorielle pour le SNIS avec un accent sur les ministères chargés de l'agriculture, de l'élevage, des transports, des TIC, etc	0	5 000	2 000	7 000
	1.1.5	Elaborer le Plan Stratégique du SNIS intégrant la SIMR. Elaborer la stratégie de collaboration intersectorielle pour le SNIS avec un accent sur les ministères chargés de l'agriculture, de l'élevage, des transports, des TIC, du MATD, etc	0	5 000	2 000	7 000
1.2	**Infrastructure**		**15 000**	**23 000**	**23 000**	**61 000**
	1.2.1	Réaliser une évaluation de l'équipement existant, fournir en fonction des besoins.	0	2 000	2 000	4 000
	1.2.2	Equiper les structures en énergie solaire.	5 000	5 000	5 000	15 000
	1.2.3	Renforcer le service national de maintenance et créer des antennes régionales.	10 000	10 000	10 000	30 000
	1.2.4	Développer des stratégies de financements de ces actions par le Budget National de Développement (BND)	0	2 000	2 000	4 000
	1.2.5	Encourager et intégrer au SNIS les initiatives en cours et planifiées (eHealth et mHealth)	0	2 000	2 000	4 000
	1.2.6	Construire et équiper des locaux adaptés pour le SNIS à tous les niveaux	0	2 000	2 000	4 000
1.3	**Services**		**5 000**	**9 000**	**9 000**	**23 000**
	1.3.1	Déterminer les services d'informatique sanitaire qui sont nécessaires pour promouvoir les programmes et objectifs prioritaires du pays, tout particulièrement en ce qui concerne les flux d'information.	0	2 000	2 000	4 000
	1.3.2	Doter les structures en source d'énergie et en service de maintenance.	5 000	5 000	5 000	15 000
	1.3.3	Renforcer le service de planification du ministère de la santé. Renforcer l'analyse des données pour une meilleure répartition des ressources humaines pour les soins de santé aux enfants.	0	2 000	2 000	4 000
1.4	**Normes**		**0**	**10 000**	**10 000**	**20 000**
	1.4.1	En fonction des normes de la nouvelle stratégie du SNIS et des besoins, former du personnel pour le SNIS.	0	2 000	2 000	4 000
	1.4.2	Renforcer dans l'immédiat l'initiative prise en la faveur de la riposte contre Ebola de la formation en statistiques et en épidémiologie des cadres du SNIS à l'étranger.	0	2 000	2 000	4 000
	1.4.3	Créer des mécanismes de motivation des personnels du SNIS.	0	2 000	2 000	4 000
	1.4.4	Recruter et Former les agents communautaires à la collecte et à la transmission des données sanitaires.	0	2 000	2 000	4 000
	1.4.5	Informatiser le système d'information au niveau district, mettre en place un réseau intranet entre les districts suivi de renforcement des compétences des acteurs.	0	2 000	2 000	4 000
1.5	**Gouvernance**		**0**	**2 000**	**2 000**	**4 000**
	1.5.1	Élaborer des stratégies, des lois et mécanismes pour rendre opérationnel une coordination solide et efficace	0	2 000	2 000	4 000
1.6	**Protection**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.6.1	Elaborer la politique, le cadre légal et réglementaire pour la protection et le partage des données sanitaires et les intégrer dans la loi statistique nationale.	0	2 000	2 000	4 000
	1.6.2	Elaborer et diffuser les textes d'application.	0	2 000	2 000	4 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
D	**Surveillance des décès maternels et riposte**		**6 000**	**91 000**	**91 000**	**188 000**
1.1	**Déclaration**		**0**	**2 000**	**2 000**	**4 000**
	1.1.1	Renforcer la notification des décès maternels à tous les niveaux (structures de soins et communautés)	0	2 000	2 000	4 000
1.2	**Capacité de revue et d'action**		**1 000**	**8 000**	**8 000**	**17 000**
	1.2.1	Renforcer la capacité nationale via la formation portant sur la surveillance des décès maternels et sur la riposte	0	2 000	2 000	4 000
	1.2.2	Mettre en œuvre les recommandations issues de l'évaluation de la surveillance des décès maternels;	0	2 000	2 000	4 000
	1.2.3	Faire le suivi de la surveillance des décès maternels à tous les niveaux.	0	2 000	2 000	4 000
	1.2.4	Recruter et former le personnel.	1 000	2 000	2 000	5 000
1.3	**Hôpitaux/établissements**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.3.1	Améliorer la communication et l'information provenant des structures sanitaires et de la communauté ; opérationnaliser l'utilisation des guides SIMR et SDMR; dispenser une formation portant sur la certification et sur le codage conformément à la CIM (liens avec les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil).	0	2 000	2 000	4 000
	1.3.2	Renforcer la capacité et la pratique des revues des décès maternels dans les structures sanitaires publiques, privées et des forces de défense et de sécurité par la formation, le suivi et la supervision.	0	2 000	2 000	4 000
1.4	**Qualité des soins**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.4.1	Promouvoir un système d'évaluation régulier de la qualité des soins, avec une bonne diffusion des résultats des politiques et de la planification	0	2 000	2 000	4 000
	1.4.2	Mettre à échelle la Stratégie Basée sur les Standards et la Performance (SBMR) pour apprécier la qualité des soins maternels.	0	2 000	2 000	4 000
1.5	**Informations et retour d'informations provenant de la communauté**		**0**	**22 000**	**22 000**	**44 000**
	1.5.1	Développer un système communautaire de déclaration des décès et de riposte à l'aide des TIC	0	2 000	2 000	4 000
	1.5.2	Développer un système de déclaration des décès maternels et d'activation d'une riposte par des dispositifs électroniques	0	10 000	10 000	20 000
	1.5.3	Développer/renforcer les autopsies verbales portant sur les décès maternels survenus dans une communauté	0	5 000	5 000	10 000
	1.5.4	Développer/ renforcer le système de participation des communautés à la revue et à la riposte	0	5 000	5 000	10 000
1.6	**Revue du système**		**0**	**5 000**	**5 000**	**10 000**
	1.6.1	Mettre en place le système de revues annuelles de la surveillance des décès maternels et riposte.	0	5 000	5 000	10 000
1.7	**Plan de Suivi /Evaluation**		**0**	**7 000**	**7 000**	**14 000**
	1.7.1	Accélérer le processus d'élaboration de la composante S&E du PNDS (2015-2024);	0	2 000	2 000	4 000
		Finaliser le SITREP par un consensus sur les indicateurs, la fréquence, le circuit de transmission, la rétro information.....	0	5 000	5 000	10 000
1.8	**Coordination du suivi/Evaluation**		**0**	**2 000**	**2 000**	**4 000**
	1.8.1	Poursuivre le renforcement du BSD en affectant du personnel selon les spécificités du service (statisticiens, épidémiologistes, démographes, informaticiens...)	0	2 000	2 000	4 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
1.9	**Enquêtes sanitaires**		**0**	**5 000**	**5 000**	**10 000**
	1.9.1	Mettre en place le mécanisme de contrôle de la qualité des données à travers le DQS par exemple.	0	5 000	5 000	10 000
1.10	**Données provenant des établissements (SNIS)**		**0**	**15 000**	**15 000**	**30 000**
	1.10.1	Mettre les conditionnalités de la transmission des rapports SNIS dans le document d'accréditation des structures privées par la DNEHS.	0	2 000	2 000	4 000
	1.10.2	Intégrer les données provenant des structures privées et parapubliques dans les rapports SNIS au niveau des structures.	0	5 000	5 000	10 000
	1.10.3	Impliquer les structures privées dans les instances de coordinations (CTPS, CTRS, CTC .....).	0	2 000	2 000	4 000
	1.10.4	Harmoniser et diffuser les outils de collecte des données;	0	2 000	2 000	4 000
	1.10.5	Renforcer la capacité d'analyse, compilé chaque année les statistiques provenant des établissements (annuaire statistique)	0	2 000	2 000	4 000
	1.10.6	Evaluer la qualité des données	0	2 000	2 000	4 000
1.11	**Capacité d'analyse**		**0**	**6 000**	**6 000**	**12 000**
	1.11.1	Renforcer les capacités d'analyse à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	0	2 000	2 000	4 000
	1.11.2	informatiser le système d'information sanitaire,	0	2 000	2 000	4 000
	1.11.3	Promouvoir la rétro information systématique	0	2 000	2 000	4 000
1.12	**Equité**		**5 000**	**7 000**	**7 000**	**19 000**
	1.12.1	Actualiser les outils révisés du SNIS en y intégrant au moins 80% des besoins d'information contenus dans le PNDS (2015-2024)en prenant en compte la ventilation des données.	5 000	5 000	5 000	15 000
	1.12.2	Organiser des enquêtes (EDSG, MICS) selon la périodicité définie.	0	2 000	2 000	4 000
1.13	**Echanges de données**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.13.1	Développer/renforcer la banque nationale de données avec la totalité des données et rapports pertinents	0	2 000	2 000	4 000
	1.13.2	Assurer la migration de la banque de données dans une plateforme sous régionale (DIHS2)	0	2 000	2 000	4 000

NO	Domaines	Activités	2015	2016	2017	Total
E	**Mécanisme de revue et d'action**		**0**	**16 000**	**16 000**	**32 000**
1.14	**Revues**		**0**	**8 000**	**8 000**	**16 000**
	1.14.1	Organiser le CTC au niveau national en tenant compte des objectifs et des cibles définis	0	2 000	2 000	4 000
	1.14.2	Créer des groupes thématiques Santé aux niveaux Préfectoral et Régional	0	2 000	2 000	4 000
	1.14.3	Renforcer les équipes cadre des DPS et DRS pour l'organisation des CTPS et CTRS	0	2 000	2 000	4 000
	1.14.4	Organiser des revues spécifiques des programmes de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile pour le suivi régulier des indicateurs y afférents	0	2 000	2 000	4 000
1.15	**Synthèse des informations et des données contextuelles**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.15.1	Renforcer la capacité du personnel à collecter, analyser les données et préparer les rapports avant les revues	0	2 000	2 000	4 000
	1.15.2	Élaborer/renforcer le mécanisme de compilation de toutes les informations relatives aux politiques/informations qualitatives destinées aux revues annuelles	0	2 000	2 000	4 000
1.16	**De la revue à la planification**		**0**	**4 000**	**4 000**	**8 000**
	1.16.1	Traduire les recommandations formulées lors des revues en actions concrètes et mobiliser les ressources financières pour leur mise en œuvre	0	2 000	2 000	4 000
	1.16.2	Faire en sorte que toutes les parties prenantes participent davantage au processus de planification	0	2 000	2 000	4 000
F	**Plaidoyer et sensibilisation**		**32 000**	**20 000**	**20 000**	**72 000**
1.14	**Parlement actif sur les questions relatives à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile**		**32 000**	**20 000**	**20 000**	**72 000**
	1.17.1	Elaborer le plan national de communication du PNDS	17 000	0	0	17 000
	1.17.2	Produire les supports de communication pour les médias	10 000	10 000	10 000	30 000
	1.17.3	Appuyer les missions de plaidoyer des parlementaires de la société civile et des institutions	5 000	10 000	10 000	25 000
$	**Total Guinée**		**19 112 286**	**22 420 286**	**22 196 286**	**63 728 857**

Annexe : 2 Estimation des besoins en ressources humaines et des coûts de motivation pour le SNIS 2015

N0	Niveau du système	Nbre de structures retenues	Coût Motivation Mensuel des Personnels par niveau (en Milliers USD)				Coût Total des prises en charge
			Agent Santé Com.	IE ou ATS	Statisticien	Médecin Epidémio.	des personnels
	Coût Unitaire Mensuel		71	171	200	214	
1	Communautaire	32 035	4 371 429	246 000	0	0	4 617 429
	Villages /SBC	30 600	4 371 429	0	0	0	4 371 429
	Dispensaires /Infirmeries	110	0	18 857	0	0	18 857
	Postes de santé	912	0	156 343	0	0	156 343
	Centres de santé	410	0	70 286	0	0	70 286
	Centres de santé amélioré	3	0	514	0	0	514
2	Structures Privées	300	0	51 429	0	214	51 643
	Cabinet de soins	100	0	17 143	0	0	17 143
	Cab. Médical (ONG)	100	0	17 143	0	0	17 143
	Clinique Médicale	100	0	17 143	0	214	17 357
3	Districts sanitaires	69	0	11 829	600	643	13 071
	DPS	38	0	6 514	200	214	6 929
	Hôpital du district/CMC	29	0	4 971	200	214	5 386
	Centre medico-chirurgical bqg	2	0	343	200	214	757
4	Régions sanitaires	18	0	3 086	600	643	4 329
	DRS	8	0	1 371	200	214	1 786
	Hôpital régional	7	0	1 200	200	214	1 614
	Hôpital Entreprise	3	0	514	200	214	929
5	National	27	0	4 629	2 400	2 571	9 600
	Services Centraux (SNIS)	2	0	343	400	429	1 171
	Programmes de santé	14	0	2 400	200	214	2 814
	Hôpital national	3	0	514	200	214	929
	Centres références spécialisés	1	0	171	200	214	586
	Centre transfusion sanguine	1	0	171	200	214	586
	Services santé armées	1	0	171	200	214	586
	Laboratoire de référence (FHG)	1	0	171	200	214	586
	Institut nutr. et sante enfant	1	0	171	200	214	586
	Institut sante publique	1	0	171	200	214	586
	Labo. Contrôle qualité méd.	1	0	171	200	214	586
	Pharmacie centrale	1	0	171	200	214	586
	Total	32 449	4 371 429	316 971	3 600	4 071	4 696 071
	Coût Motivation annuelle des Personnels par niveau		52 457 143	3 803 657	43 200	48 857	56 352 857
	NB: (*) Laptop, Desktop, Serveur et accessoires						

Annexe 3 : Estimation des besoins et des coûts des équipements NTIC pour le SNIS

N0	Niveau du système	Nbre de structures retenues	Coût total des Equipements TIC (en Milliers USD)			Coût Maintenance annuelle des Supports de Gestion Informatique	Besoins en Matériels
			Phonie mobile	Kits Desktop (*)	Laptop (*)	(Applic. stand. de traitement)	(canevas stand. de collecte)
	Coût Unitaire Mensuel		86	1 000	1 286	143	71
1	Communautaire	32 035	5 368 714	0	0	714	357
	Villages /SBC	30 600	5 245 714	0	0	143	71
	Dispensaires /Infirmeries	110	9 429	0	0	143	71
	Postes de santé	912	78 171	0	0	143	71
	Centres de santé	410	35 143	0	0	143	71
	Centres de santé améliorée	3	257	0	0	143	71
2	Structures Privées	300	25 714	100 000	0	429	214
	Cabinet de soins	100	8 571	0	0	143	71
	Cab. Médical (ONG)	100	8 571	0	0	143	71
	Clinique Médicale	100	8 571	100 000	0	143	71
3	Districts sanitaires	69	5 914	69 000	88 714	429	214
	DPS	38	3 257	38 000	48 857	143	71
	Hôpital du district/CMC	29	2 486	29 000	37 286	143	71
	Centre médico-chirurgical BQG	2	171	2 000	2 571	143	71
4	Régions sanitaires	18	1 543	18 000	23 143	429	214
	DRS	8	686	8 000	10 286	143	71
	Hôpital régional	7	600	7 000	9 000	143	71
	Hôpital Entreprise	3	257	3 000	3 857	143	71
5	National	27	2 314	27 000	34 714	1 571	786
	Services Centraux (SNIS)	2	171	2 000	2 571	143	71
	Programmes de santé	14	1 200	14 000	18 000	143	71
	Hôpital national	3	257	3 000	3 857	143	71
	Centres références spécialisés	1	86	1 000	1 286	143	71
	Centre transfusion sanguine	1	86	1 000	1 286	143	71
	Services santé armées	1	86	1 000	1 286	143	71
	Laboratoire de référence (FHG)	1	86	1 000	1 286	143	71
	Institut nutr. et sante enfant	1	86	1 000	1 286	143	71
	Institut sante publique	1	86	1 000	1 286	143	71
	Labo. Contrôle qualité méd.	1	86	1 000	1 286	143	71
	Pharmacie centrale	1	86	1 000	1 286	143	71
	Total	32 449	5 404 200	214 000	146 571	3 571	1 786
	NB: (*) Laptop, Desktop, Serveur et accessoires						

Annexe 4. Liste des Indicateurs de rapport mensuel du SITREP des prestations de soins, RSS Post-Ebola

Indicateurs de performance du rapport mensuel SITREP de redevabilité de la mise en œuvre du plan de relance et de résilience du système de sante 2015-2017 post-Ebola - Mois d'août 2015

GUINEE					
SITREP DE REDEVABILITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE RELANCE POST EBOLA 2015-2017 GUINEE					
Rapport Mensuel					
Période de déclaration (de l'année):			***2015***	**Mois:**	***Aout***
Nr. total d'Hôpitaux				Populations dénominateurs	
Nr. total de Centre de Sante (CS)				Nr. accouchements attendu	-
Nr. total de Poste de Sante				Nr. de grossesses attendu	-
Nr. des hôpitaux qui ont rapporte			#DIV/0!	Population < 1	-
Nr. de CS qui ont rapporte			#DIV/0!	Pop. <5	-
Nr. Poste de Sante qui ont rapporte				Nr. Cas TBC attendu	-
N°	**INDICATEURS**	**Données**		**Source de données**	**Période de rapportage**
		#	**%**		
	INDICATEURS ESSENTIELS				
	Santé de la mère et de l'enfant				
1	Nombre de décès maternels			*SNIS*	mensuel
2	Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes			*SNIS*	mensuel
3	Nombre de décès néonatals			*SNIS*	mensuel
4	Taux de mortalité néonatale pour 1.000 naissances vivantes			*SNIS*	mensuel
5	Nombre de décès des enfants de 0 à 5 ans			*SNIS*	mensuel
6	Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 habitants			*SNIS*	mensuel
7	Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme traités par la combinaison thérapeutique d'Artémisinine (ACT)			*SNIS/PNLP*	mensuel
8	Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de pneumonie et traités par antibiotiques			*SNIS*	mensuel
9	Nombre et % de césariennes réalisées			*SNIS*	mensuel
	PEV				
10	Nombre total de cas de rougeole confirmés (tous âges confondus)			*Notification SIMR/SMIR IDSRI*	mensuel
11	Couverture vaccinale des enfants d'un an (% Rougeole) ;			*SNIS (PEV, Registre PEV)*	mensuel
12	Couverture vaccinale des enfants d'un an en DPT3 ou Penta 3				mensuel
	TB et VIH				
13	Nombre et % de nouveaux cas de tuberculose (Pourcentage de tuberculoses à bactériologie pulmonaire positive confirmées)			*SNIS (TB système de déclaration)*	mensuel

14	Nombre et % de anciens cas de tuberculose (Pourcentage de tuberculoses à bactériologie pulmonaire positive confirmées)			*SNIS (TB système de déclaration)*	mensuel
15	Nombre de personnes (PVVIH) sous ARV			*PNPCVIH*	mensuel
	Santé mentale				
16	Nombre et pourcentage de personnels de santé offrant au moins les soins et services élémentaires de santé mentale			*Absence de source de données*	mensuel
16	**Prétention de Soins**				
17	Pourcentage de formations sanitaires disposant des installations d'eau potable (fourrage et adduction d'eau)				mensuel
18	Pourcentage d'établissements de soins (Centres de traitement Ebola ou non-Ebola) disposant des standards minimums de PCI et de triage			*Proposition: Evaluation des établissements de soins: Prévention et contrôle de l'Infection (PCI)*	mensuel
19	Pourcentage de personnels de santé disponibles au poste le jour de l'évaluation de l'établissement de soins ou du rapportage			*SNIS*	mensuel
20	Pourcentage d'établissements de soins (publics) avec absence de rupture de stocks des médicaments traceurs (amoxicilline, clotrimazole, paracétamol, SRO, fer, acide folique, ACT, ARV, cotrimoxazole, ocytocine, sulfate de magnésie, Chlorhexidine, misoprostol, dexaméthasone, contraceptifs, consommables) et d'appareil de réanimation du nouveau-né le jour de l'évaluation de l'établissement de soins ou du rapport			*SNIS*	mensuel
21	Nombre de visites de consultations externes (premiers contacts) pour 10000 habitants			*SNIS*	mensuel
22	Nombre de contacts par an et par habitant				mensuel
	SNIS et surveillance maladie				
23	Pourcentage de formations sanitaires ayant soumis les rapports du SNIS dans les délais requis			*SNIS*	mensuel
	Nombre de décès des maladies à potentiel épidémiologique : Ebola, méningite, cholera, fièvre jaune, PFA (Polio), autres			*DPLM*	mensuel
24	Ebola			*2525 cas cumulés; 2525 décès cumulés*	mensuel
25	Méningite				mensuel
26	Cholera				mensuel
27	Fièvre jaune				mensuel
28	PFA (Polio)				mensuel
29	Rougeole			*DPLM;2012 cas cumulés; 10 décès*	mensuel
	Nombre de cas des maladies à potentiel épidémiologique : Ebola, méningite, cholera, fièvre jaune, PFA (Polio), autres			*DPLM*	mensuel

30	Ebola			*2525 cas cumulés; 2525 décès cumulés*	mensuel
31	Méningite				mensuel
32	Cholera				mensuel
33	Fièvre jaune				mensuel
34	PFA (Polio)				mensuel
35	Rougeole			*DPLM;2012 cas cumulés; 10 décès*	mensuel
	Ressources humaines			*2.000 agents en cours de recrutement*	
36	Médecins			*SNIS*	trimestrielle
37	sages femmes				trimestrielle
38	Infirmiers d'état				trimestrielle
39	Agents de santé communautaire				trimestrielle
40	Médecins+ Sages-femmes+Infirmiers d'état				trimestrielle
	Gouvernance et Gestion				
	Nombre et % des supervisions intégrées réalisées :			*SNIS*	trimestrielle
41	Districts				trimestrielle
42	Régions				trimestrielle
43	National				trimestrielle
	Nombre et % de réunions de coordination réalisées :			*SNIS*	trimestrielle
44	Districts				trimestrielle
45	Régions				trimestrielle
46	National				trimestrielle
	Nombre et % de revues sectorielles :			*SNIS*	trimestrielle
47	Districts				trimestrielle
48	Régions				trimestrielle
49	National				trimestrielle
	Nombre et % des activités du plan d'action opérationnel annuel (PAO) réalisées :			*SNIS*	trimestrielle
50	Districts				trimestrielle
51	Régions				trimestrielle
52	National				trimestrielle
	Montant total et % des dépenses effectuées du plan d'action opérationnel annuel (PAO) réalisées :			*SNIS*	trimestrielle
53	Districts				trimestrielle
54	Régions				trimestrielle
55	National				trimestrielle

Annexe 5 : Cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
De 2015 à 2017 : l'incidence et la mortalité spécifique de la MVE sont réduites et maintenues à 0 cas et à 0 décès	Nombre de cas Nombre de décès		0 0	SNIS	Routine	an	MS
De 2015 à 2017, au moins 50% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Taux Satisfaction des usagers (%)	39	50	MS	Enquête	an	MS
De 2015 à 2017, les Dépenses directes, en % des dépenses totales en santé, passent de 62% à 40%	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	40	MS	Enquête	an	MS
Effet 1.1.1 : 60% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité (protection, promotion, prévention, prise en charge et réadaptation) ARV 60% des PVVIH l'Utilisation de MILDA par les ménages passe à 60% la couverture DOTS passe de 82% à 90%. la couverture en MILDA passe de 47% à 60%	52	60	SNIS	Routine	an	MS
Produit 1.1.1.1 : La capacité opérationnelle en Prévention, prise en charge des Infections et sécurité des patients et du personnel est de 60%	Taux de protection des populations et du personnel sanitaire contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence 60% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) 60% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l'infection et de sécurité des patients 90% de la population ont accès à l'eau potable	ND	60	MS	Enquête	an	MS
Produit 1.1.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Indice composite de capacité des services de santé à base communautaire (soins et services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs)	NB	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Effet 1.2.1 : La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 60%, PF : 7% à 15% et Césarienne : 2% à 3%	CPN4+ : (%)	47	60	SNIS	Routine	an	MS
	Accouchement assisté (%)	47	60	SNIS	Routine	an	MS
	Césarienne (%)	2	3	SNIS	Routine	an	MS
	PF (%)	7	15	SNIS	Routine	an	MS
	Enfants complètement vaccinés (%)	37	80	MS	Enquête CV	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
	Taux d'allaitement maternel exclusif (%)	21	40	MS	Enquête	an	MS
	Taux de couverture (%)			MS	SNIS	an	MS
	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%)	31	28	MS	SNIS	an	MS
Produit 1.2.1.1 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 60% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, adolescents, personnes âgées, etc.)	Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) indice de capacité opérationnelle des services de santé			SNIS	Enquête SARA	an	MS
	SONUB (%)	0,67	60	SNIS	Enquête	an	MS
	SONUC (%)	13,4	60				
Produit 1.2.1.2 : De 2015 à 2017**,** la capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours)	ND	60%	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Impact 2 : De 2015 à 2017 : Au moins 50% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	40				
	Satisfaction des usagers (%)	39	50				
Effet 2.1 : 60% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité Nombre de contact par an et par habitant	PM 0,20	50% 0,30	SNIS	Enquête	an	MS
Produit 2.1.1 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 60%	Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %) Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales)	PM	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Produit 2.1.2 : La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Préparation générale des services de santé à base communautaire	PM	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Produit 2.1.4 : La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de 1,29 à 2,6 pour 10.000hbts	Nombre de médecins pour 10 000 habitants milieu urbain – milieu rural)	(1,7) 0,27	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
	Nombre d'infirmiers/infirmières pour 10000 habitants	1,29	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
	Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants	0,27		SNIS	Evaluation Opérationnalité DS	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
Produit 2.1.5 : L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 80%	Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants Nombre d'officines par 10 000 habitants Nombre d'établissements de laboratoires/unités de radio imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments témoins)	1,82 0,02 0,05		SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
Produit 2.1.6 : La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 60%	Pourcentage des décès et des naissances enregistrés Taux de complétude Taux de promptitude			SNIS	Routine	an	MS
Produit 2.1.7 : De 2015 à 2017, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 60%	Taux de fonctionnalité des districts sanitaires	52	60	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
Produit 2.1.8 : De 2015 à 2017, la fonctionnalité des instances de coordination est d'au moins 60%	Taux de fonctionnalité des instances de coordination	ND	60	SNIS	Routine	an	MS
Effet 1.3.1 L'accès financier de la population au paquet minimum de services santé de qualité est de 60%	Taux d'accessibilité financière	ND	60	SNIS	Enquête	an	MS
Produit 1.3.1 : 60% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé	Part du budget de l'Etat alloué au secteur santé (%)	3,5	15	SNIS	Routine	an	MS
	Dépenses totales en santé /habitant (USD)	26	45	SNIS	Routine	an	MS
	Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques (%)	8	15	SNIS	Routine	an	MS
	Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé			SNIS	Routine	an	MS

Annexe 6 : Domaines d'analyses spécifiques de l'évaluation du système national d'information sanitaire.

Analyse de situation : Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil

A	*Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**EVALUATION ET PLAN**	**0**	**0**
a	Une évaluation rapide de l'état d'avancement et des pratiques des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil a été réalisée au cours des 5 dernières années	0	Pas d'évaluation systématique de l'état d'avancement et des pratiques des systèmes d'enregistrement et des statistiques de l'état civil durant les 5 dernières années.
b	Une évaluation complète de l'état d'avancement et des pratiques des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil a été réalisées et un plan d'amélioration a été élaboré	0	L'analyse de la situation des enfants faite par le gouvernement dans le cadre de l'élaboration du plan de coopération avec l'UNICEF est disponible,
2	**MECANISME DE COORDINATION**	**0**	**0**
a	Il existe un comité de coordination inter-organismes qui inclut les principales parties prenantes (bureau d'état civil, office national de la statistique, ministère de la santé, etc.)	Le comité inter organisme existe et est dirigé par le ministère de la décentralisation,	0
0	0	Tenue récemment d'une réunion de toutes les parties prenantes.	0
3	**INFORMATIONS PROVENANT DES HOPITAUX**	**0**	**0**
a	Les informations relatives aux décès sont complètes et précises	0	Non, les informations ne sont ni complètes, ni précises.
b	Les informations relatives aux décès mentionnent une cause de décès, sur la base de la CIM-10, avec un contrôle qualité régulier	0	Les enregistrements des décès ne sont pas faits sur la base de la CIM 10
4	**INFORMATIONS PROVENANT DE LA COMMUNAUTE**	**0**	**0**
a	Communication d'informations sur les naissances et les décès dans la communauté, le cas échéant à l'aide des TIC, pour l'ensemble du pays	0	Non, il n'y a pas de communication des naissances et des décès dans la communauté.
b	Une autopsie verbale (AV) est réalisée pour les décès sans certificat médical survenus dans la communauté	Une autopsie verbale est réalisée dans certains districts sanitaires (17/ 38) pour les décès maternels.	0
5	**STATISTIQUES DE L'ETAT CIVIL**	**0**	**0**
a	Les statistiques démographiques (fécondité et mortalité) sont publiées tous les ans, pour les niveaux : national et infranational, avec évaluation de la qualité des données	0	Non, mais des statistiques démographiques sont réalisées tous les 5/ 6 ans avec l'EDS
6	**ETUDES LOCALES POUR LES STATISTIQUES RELATIVES À LA MORTALITE (SITES DE SURVEILLANCE SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE)**	**0**	
a	Il existe des sites de surveillance sanitaire et démographique locaux qui fournissent régulièrement et en temps voulu des statistiques (datant de moins de 3 ans), notamment sur la cause du décès, qui sont utilisées pour les revues annuelles	0	Non. Cependant il existe des sites sentinelles de surveillance des maladies comme le VIH SIDA, le paludisme, le THA non focalisés sur les causes de décès

Analyse de situation : Suivi des résultats

B	*Suivi des résultats*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**PLAN DE S&E**	**0**	**0**
a	Il existe pour la stratégie sanitaire nationale un plan de S&E global qui spécifie les indicateurs, les sources des données, les analyses à effectuer, les procédures de diffusion et les rôles et responsabilités	Existence d'un système de suivi à travers le monitorage des activités de santé , révision de la PNS et d'élaboration d'un nouveau PNDS (2015-2024) dont les trois premières années (2015-2017) constituent le plan de relance et de résilience du secteur de santé (PRRSS). Le plan de suivi et évaluation est en cours.	Faible prise en compte des exigences de collecte de données liée aux progrès réalisés pour la relance du système de santé et la continuation de la surveillance des MPE
0	0	Existence de la feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile 2006 - 2015 révisée en un nouveau plan 2012 - 2015.	0
0	0	Mise en place d'un système de monitorage mensuel pour faire le point sur la mise en œuvre du PRRSS (SITREP).	0
b	Le plan de S&E en santé génésique, maternelle, néonatale et infantile est entièrement aligné sur le plan de S&E global pour le secteur de la santé et inclut les 11 indicateurs essentiels relatifs à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	Les aspects de la santé génésique, maternelle, néonatale et infanto-juvénile sont bien pris en compte dans le nouveau PNDS.	0
2	**COORDINATION DU S&E**	**0**	**0**
a	Il existe un comité national de S&E qui fonctionne bien et dans lequel sont représentées les principales parties prenantes (ministère de la santé, office de la statistique, universités, société civile, partenaires du développement, Nations Unies)	Le cadre de concertation du comité de coordination est redynamisé par le renforcement du BSD.	0
0	0	Existence d'instances de coordination et de suivi (CTPS, CTRS, CTC, PTF) qui cependant n'incluent pas toutes les parties prenantes notamment les parlementaires qui jouent un rôle majeur dans l'allocation du budget, le contrôle de l'action gouvernementale et l'adoption des lois en faveur de la santé.	0
3	**ENQUETES SANITAIRES**	**0**	**0**
a	Il existe un plan national d'enquêtes de santé auprès des ménages	0	Absence de mécanisme de contrôle de qualité des données du SNIS. La complétude est inférieure à 30%.
b	Une enquête sur la couverture des interventions relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est prévue pour 2012-2013	Disponibilité du financement (Unicef, PASA, GAVI, USAID) pour la rédynamisation du SNIS (réhabilitation des infrastructures, voyage d'études, récrutement des consultants pour appuyer la gestion des données…)	0

B	*Suivi des résultats*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
4	**DONNEES PROVENANT DES ETABLISSEMENTS (SNIS)**	**0**	**0**
a	Il existe un système d'information par les établissements (SNIS) qui fonctionne bien et qui fournit des statistiques infranationales pour les indicateurs essentiels, avec une évaluation de la qualité des données	La quasi totalité des données du SNIS proviennent du public.	Les structures privées, confessionnelles, ONG, les services de santé des forces armées ne fournissent pas de données au SNIS.
b	Une enquête auprès des établissements, pour vérification des données et évaluation de la capacité de réaction des services, est réalisée chaque année	Existence d'un système national d'information sanitaire dont la qualité doit être améliorée.	0
5	**CAPACITE D'ANALYSE**	**0**	**0**
a	Des rapports d'analyse de bonne qualité sur les avancées et les performances sont produits pour les revues (revues annuelles, à moyen terme, finales)	Des rapports mensuels sont produits à tous les niveaux	Mais leur analyse n'est pas suffisante et systématique.
6	**EQUITE**	**0**	**0**
a	Des données sanitaires ventilées relatives aux indicateurs essentiels (sexe, revenu, minorité et lieu d'habitation) sont abondamment utilisées dans les revues	0	La révision des outils de collecte (2013) avant le PNDS. La réalisation des enquêtes périodiques (EDSG, MICS). L'enquête SARA en cours. Insuffisance de ventilation de certains indicateurs
7	**ECHANGE DE DONNEES**	**0**	**0**
a	Il existe une banque nationale de données sanitaires, incluant notamment des données infranationales, pour l'accès du public à la totalité des rapports et données pertinents sur les indicateurs sanitaires essentiels	0	Il existe une banque nationale de données sanitaires mais qui ne prend pas en compte le secteur privé, parapublic et les forces de défense et de la sécurité.

Analyse de situation: Surveillance des décès maternels et riposte

C	*Surveillance des décès maternels et riposte*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**DECLARATION**	**0**	**0**
a	Il existe une politique nationale imposant de déclarer tous les décès maternels (sous 24 heures)	0	Non. Cependant, il existe un arrêté ministériel rendant obligatoire la déclaration des décès maternels dans les structures sanitaires dans les 24 h. Aussi, les décès maternels sont enregistrés dans le système national de collecte de routine (SNIS, SIMR).
0	0	0	
2	**CAPACITE DE REVUE ET D'ACTION**	**0**	**0**
a	Il existe une capacité nationale de revue et d'action dans le cadre d'un système de surveillance des décès maternels et de riposte	0	Oui, mais elle est insuffisante.
b	Il existe au niveau des districts une capacité de revue et d'action dans le cadre d'un système de surveillance des décès maternels et de riposte	Les compétences existent dans tous les districts et au niveau national mais en effectifs insuffisants.	0
3	**HOPITAUX/ETABLISSEMENTS**	**0**	**0**
a	Les informations sur les décès maternels qui sont transmises par les hôpitaux sont quasiment complètes (à plus de 90 %), fournies en temps voulu (sous 24 heures) et mentionnent une cause fiable de décès en se fondant sur la CIM	0	Non. Cependant les décès maternels sont enregistrés dans le système national de collecte de routine avec une faible complétude.
0	0	Le guide SIMR actualisé en 2012 intègre la surveillance hebdomadaire des décès maternels.	0
0	0	En plus il existe un guide de surveillance des décès maternels et de riposte a été élaboré et non vulgarisé	0
b	Tous les décès maternels survenus dans les hôpitaux (publics et privés) font l'objet d'une revue	La revue ne se fait pas pour tous les décès maternels enregistrés dans les structures de soins.	0
4	**QUALITE DES SOINS**	**0**	**0**
a	Des évaluations de la qualité des soins sont réalisées régulièrement (au moins tous les deux ans) sur un échantillon de maternités	0	Non. Cependant, la Stratégie Basée sur les Standards et la Performance (SBMR) est développée dans certains districts sanitaires du pays pour apprécier la qualité des soins maternels.
5	**INFORMATIONS ET RETOUR D'INFORMATIONS PROVENANT DE LA COMMUNAUTE**	**0**	**0**
a	Tous les décès maternels survenus dans la communauté sont communiqués aux districts sous 24 heures.	0	Non, Pas de disposition prise.
b	Des dispositifs électroniques permettent d'obtenir plus rapidement des informations plus complètes en provenance des communautés et d'activer une riposte	0	Il est prévu d'utiliser les agents communautaires pour la déclaration des décès maternels dans les 48 h.
c	Des autopsies verbales sont réalisées pour les décès maternels survenus dans la communauté	Des Autopsies Verbales sont réalisées dans certains districts sanitaires.	0
d	Les communautés reçoivent un retour d'informations et participent à la revue	Les communautés reçoivent les informations dans les districts qui pratiquent les Autopsies Verbales	0
6	**REVUE DU SYSTEME**	**0**	**0**

0	Le système de surveillance des décès maternels et de riposte fait l'objet d'une revue annuelle, qui vérifie que la surveillance est complète et que la riposte est satisfaisante, y compris les actions destinées à améliorer la qualité des soins	0,00	Non.

Analyse de situation: Innovation et informatique sanitaire

D	*Innovation et informatique sanitaire*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**POLITIQUE**		
a	Une stratégie ou une politique nationale a été élaborée pour l'informatique sanitaire, notamment en ce qui concerne l'utilisation des TIC en vue d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Il n'existe pas de stratégie ou de politique nationale pour l'informatique sanitaire et le Plan de Relance ne le souligne pas; mais il indique que l'informatisation et l'utilisation des TIC sont insuffisantes.	0
2	**INFRASTRUCTURE**	**0**	**0**
a	Des moyens de connectivité (Internet, haut débit et téléphones mobiles) et une infrastructure (ordinateurs) sont disponibles dans les zones urbaines, les capitales des districts et les zones rurales pour l'information sanitaire	Absence de locaux adaptés pour le SNIS aux niveaux central et périphérique.	Existence de téléphones mobiles au niveau districts et régions, de clés internet au niveau régional et des ordinateurs dans tous les hôpitaux publiques et les districts sanitaires.
0	0	Problèmes de source d'énergie et de maintenance des outils se posent.	Ces appareils sont utilisés dans le cadre de la surveillance épidémiologique et le système de routine.
0	0	Les zones rurales ne sont pas couvertes.	0
3	**SERVICES**	**0**	**0**
a	Les services et applications de l'informatique sanitaire servent à améliorer l'élaboration des dossiers et la communication d'informations, ainsi que les performances des systèmes d'information (par exemple, déclaration des décès maternels ou des vaccinations)	Les données ne sont pas analysées aux différents niveaux du système.	Les services et applications de l'informatique sanitaire ne servent pas à améliorer l'élaboration des dossiers et la communication d'information ainsi que la performance du système d'information.
0	0	Le dernier Annuaire Statistique sanitaire est de 2012.	Pas de retro information.
0	0	0	Pas de contrôle de qualité des données mettant en cause leur fiabilité.
0	0	0	Les ressources humaines qui doivent assurer les services sont insuffisants en qualité et en nombre.
0	0	0	Le SNIS ne dispose d'aucun spécialiste en Statistique et en Epidémiologie.
0	0	0	Le constat est que le SNIS est un dépotoir de cadres en disgrâce, alors que les postes sont professionnalisant.
0	0	0	Les communautés sont faiblement impliquées dans la collecte des données sanitaires
b	Il existe un partage efficace des données entre les systèmes (par exemple, des données des établissements sur les moyens humains nécessaires pour les soins de santé aux enfants, accompagnées d'informations sur les personnels de santé)	0	Faible partage des données entre les systèmes (comme, les données des établissements, les moyens humains nécessaires, les soins de santé aux enfants, accompagnées d'informations sur les personnels de santé)

4	**NORMES**	**(Forces /atouts)**	**(Faiblesses/lacunes)**
a	Il existe des conditions ou des normes d'interopérabilité communément acceptées pour les services et applications de l'informatique sanitaire, par exemple pour le stockage, le transfert et la compilation des données	0	Le système d'information sanitaire n'est pas informatisé au niveau du district, donc pas de conditions d'interopérabilité.
0	0	0	Pas de réseau intranet.
0	0	0	Il manque une standardisation des normes, formulaires, guides, définition de cas (selon la classification internationale des maladies) et procédures de collecte.
5	**GOUVERNANCE**	**0**	**0**
a	Il existe un mécanisme national de coordination pour l'informatique sanitaire, avec participation des parties prenantes (secteur de la santé et autres secteurs) à la planification et à la mise en œuvre.	Il n'existe pas de mécanismes, stratégies, législation nécessaires pour la coordination aux différents niveaux en matière de gestion du système d'information sanitaire.	0
6	**PROTECTION**	**0**	**0**
a	Il existe un cadre de protection des données, un cadre législatif et un cadre réglementaire pour le partage de l'information sanitaire.	Il existe une loi statistique adoptée en 1995 qui ne prend pas en compte les NTIC.	Cette loi n'est pas connue au Ministère de la santé.
b	Les politiques relatives à la protection des données sont appliquées et respectées	0	Il n'existe ni de politique, ni de cadre légal et réglementaire pour la protection et le partage des données sanitaires.

Analyse de situation: Suivi des ressources

E	*Suivi des ressources*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**CADRE ET GOUVERNANCE POUR LES COMPTES NATIONAUX DE L A SANTE (CNS)**	**0**	**0**
a	Il existe pour les comptes nationaux de la santé un cadre officiel validé, fondé sur les lignes directrices internationales (classifications principales + dépenses par bénéficiaires pour faire le suivi des dépenses santé maternelle et infantile).	Non. Mais il y a des comités de pilotage et technique pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé selon les lignes directrices internationales.	0
b	Il existe un mécanisme de gouvernance formel, qui spécifie les procédures de coordination, les procédures de gestion, les indicateurs nationaux et le budget pour la mise en œuvre des comptes nationaux de la santé et faire le suivi des dépenses sur des sujets clefs tels que les fonds pour la santé maternelle et infantile.	0	Il n'existe pas de mécanisme de gouvernance formel pour les comptes nationaux de la santé, qui spécifie les procédures de coordination, de gestion, les indicateurs nationaux et le budget.
2	**PACTE**	**0**	**0**
a	Il existe entre l'État et les partenaires un accord (ou pacte) formel qui impose la communication d'informations sur les engagements et les décaissements des partenaires, ainsi que sur les dépenses de santé financées par les donateurs (notamment pour la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile).	Non. il n'y a pas de pacte commun entre le gouvernement et l'ensemble des partenaires, mais il y a des accords de coopération avec chaque partenaire. le dernier exercice d'élaboration du CDMT date de 2006. Actuellement le gouvernement est engagé dans le processus d'élaboration du Compact pour le secteur de la santé	0
3	**COORDINATION**	**0**	**0**
a	Il existe pour les comptes nationaux de la santé un comité de pilotage qui vérifie sur le plan technique les besoins en termes de données, les méthodes de production et l'utilisation des données	0	Oui.
b	Les principales parties prenantes participent activement à la production des comptes nationaux de la santé (représentants de l'État au niveau national et infranational, organisations de la société civile, organisations non gouvernementales, sociétés d'assurance...).	0	Les parties prenantes participent au processus d'élaboration des CNS en cours
4	**PRODUCTION**	**0**	**0**
a	Il existe au niveau national et infranational des capacités humaines adéquates pour produire les tableaux et les indicateurs clefs de comptes de la santé, y compris les dépenses par bénéficiaires pour faire le suivi des dépenses en santé maternelle et infantile.	Il y a une insuffisance quantitative et qualitative des compétences.	0
b	La conversion des données relatives aux dépenses publiques dans le même format que celui des comptes nationaux de la santé est automatisée	Non, les grilles de passage entre les comptes des finances et les comptes de santé ne sont pas encore établis,	0
c	Il existe une base de données centrale pour la production automatisée de tableaux standard relatifs aux comptes de la santé, y compris les tableaux par bénéficiaire; la production automatisée des indicateurs clefs (y compris des indicateurs de redevabilité); et les méthodes et les sources sont bien documentées et accessibles	Non, il n'existe pas une production automatisée des comptes nationaux de la santé.	0

5	**ANALYSE**	**0**	**0**
a	Des résumés analytiques sont produits chaque année, notamment des analyses des séries temporelles, des politiques et de l'équité (y compris sur les dépenses en santé maternelle et infantile).	Non. Les premiers exercices sont en cours de finalisation.	0
b	Les indicateurs et analyses des comptes nationaux de la santé sont rendus publics (y compris les dépenses en santé maternelle et infantile).	0	Le 1er rapport des comptes nationaux à été diffusé (voir site web du Ministère de la santé: Infosante-guinee.net). Le second est en cours d'élaboration.
6	**UTILISATION DES DONNEES**	**0**	**0**
a	Les données relatives aux comptes nationaux de la santé, dont celles portant sur la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, sont essentielles pour les revues annuelles et servent à l'élaboration de politiques nationales, notamment de politiques spécifiques axées sur la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile.	0	Non

Analyse de situation : Processus de revue

F	*Processus de revue*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**REVUES**	**0**	**0**
a	Des réunions de plusieurs parties prenantes se tiennent chaque année pour la revue des performances du secteur de la santé à l'aune des objectifs et des cibles annuels et à long terme	Oui, des réunions aux niveaux régional et préfectoral se tiennent régulièrement, cependant celle au niveau national est irrégulière.	Non. Mais la revue du système de santé prend en compte les questions de santé maternelle.
b	Les principales parties prenantes participent activement à la préparation et à la réalisation des revues (ministère de la santé, autres secteurs, universités, partenaires du développement, Nations Unies, secteur privé et société civile, dont organisations de femmes)	Les parties prenantes participent partiellement à la préparation et activement à la réalisation des revues.	0
c	Des revues des programmes axés sur la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile ont lieu chaque année et sont alignées sur la revue du secteur national de la santé	0	0
2	**SYNTHESE DES INFORMATIONS ET DES DONNEES CONTEXTUELLES**	**0**	**0**
a	Les revues des performances du secteur de la santé s'appuient sur une bonne synthèse de toutes les données sanitaires pertinentes, notamment sur les données relatives à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, avec des analyses infranationales	Les revues sur les performances s'appuient sur l'ensemble des données sanitaires dont la qualité mérite d'être améliorée.	0
b	Les revues s'appuient sur une analyse systématique des données qualitatives (changements apportés aux politiques, opinion publique ou avis des prestataires de services, par exemple)	0	L'analyse des données qualitatives n'est pas systématique lors des revues.
3	**DE LA REVUE A LA PLANIFICATION**	**0**	**0**
a	Des mécanismes sont en place pour traduire les résultats de la réunion de revue en processus de planification et en décisions d'allocation des ressources à tous les niveaux	0	Des mécanismes existent mais ne sont pas très fonctionnels.
b	Toutes les principales parties prenantes participent activement aux réunions annuelles de planification des opérations	Oui. Les parties prenantes participent aux processus de planification.	0
4	**PACTES OU MECANISMES ANALOGUES**	**0**	**0**
a	Il existe un pacte national ou un mécanisme analogue (processus de planification piloté par l'État, coordination et facilitation des activités de tous les partenaires du développement, notamment des flux) et ce pacte ou ce mécanisme est bien respecté	0	Non. Pas de pacte national, mais des actions sont en cours pour la mise en place du pacte national.
b	Tous les grands partenaires du développement s'attachent à mettre en œuvre le "pacte" national, à aligner leur allocation des ressources et à adapter leur allocation budgétaire en fonction des résultats de la revue et de la planification menées dans le pays	0	Non.

Analyse de situation: Plaidoyer et sensibilisation

G	*Plaidoyer et sensibilisation*	(Forces /atouts)	(Faiblesses/lacunes)
1	**PARLEMENT ACTIF SUR LES QUESTIONS RELATIVES À LA SANTE GENESIQUE, MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE**	**0**	**0**
a	Le parlement a défini un mécanisme transparent pour la redevabilité en santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, tel qu'une commission ou un comité multipartite qui rend compte aux parlementaires.	0	Non. Il existe une commission santé qui traite les questions budgétaires.
b	Le parlement organise des réunions publiques pour le partage d'informations et pour des discussions sur les questions relatives à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	0	Non. Les sessions plénières ne concernent pas spécifiquement la santé de la mère et de l'enfant.
2	**COALITION DE LA SOCIETE CIVILE**	**0**	0
a	Des coalitions de la société civile existent, disposent d'un financement et se réunissent régulièrement avec les principales parties prenantes, notamment avec l'État, les parlementaires, l'autorité chargée d'élaborer la politique multisectorielle/de prendre des décisions multisectorielles, et avec les médias	Oui. Les coalitions multisectorielles de la société civile existent, se réunissent. Elles discutent des questions multisectorielles et sont souvent consultées par l'Etat pour des questions d'intérêt national.	0
b	La (les) coalition(s) de la société civile produit (produisent) des documents et des messages de sensibilisation reposant sur des données factuelles, et sa (leur) stratégie de diffusion est efficace	Des documents sont produits et des messages diffusés, mais leur efficacité est limitée	0
3	**ROLE DES MEDIAS**	**0**	**0**
a	Les médias rendent fréquemment compte, et de manière fiable, sur un large éventail de questions relatives à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, notamment sur l'action publique et sur les mesures budgétaires	0	Les médias rendent compte des questions de santé de façon irrégulière et peu fiable.
b	Les médias participent activement au processus de redevabilité, rendant compte des progrès dans la mise en œuvre des engagements nationaux en faveur de la Stratégie mondiale	0	Les médias participent peu au processus de redevabilité, rendant rarement compte des progrès nationaux.
c	Les médias reçoivent des informations et des notes d'information émanant des principaux organismes nationaux (revues annuelles, par exemple) qui leur servent à produire des comptes rendus ou à alimenter la discussion publique/le débat public	0	Les médias reçoivent des informations et des notes de façon ponctuelle pour leurs comptes rendus.
4	**COMPTE A REBOURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE GENESIQUE, MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE**	**0**	**0**
a	Au moins un Compte à rebours national dans le domaine de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile aura lieu sur la période 2012-2014, avec présentation des informations disponibles sur ce sujet et participation des décideurs de haut niveau (parlementaires, par exemple), de l'État, de la société civile, des médias et d'autres parties prenantes	Oui. Un compte à rebours est prévu en 2014 dans le cadre de l'évaluation de la feuille de route.	0
b	Un rapport du Compte à rebours ou un profil de pays est produit et il est de qualité	Il sera produit un rapport profil pays,	0