**REPUBLIQUE DE GUINEE**

Travail - Justice - Solidarité



**MINISTERE DE LA SANTE**

**BUREAU DE STRATEGIE ET DE DEVELOPPEMENT**

**GUIDE D’ELABORATION DES PLANS D’ACTION OPERATIONNELS DES SERVICES DE SANTE**

**Edition : février 2021**

Table des matières

Liste des tableaux 3

Sigles et Abréviations 4

Introduction 6

1 Préparation au processus de planification opérationnelle 8

1.1 Raisons pour s’engager dans la planification opérationnelle 8

1.2 Activités préparatoires 8

1.3 Composition de l’équipe responsable de la planification opérationnelle 9

1.4 Partenariat avec la communauté 9

1.5 Responsabilité 9

2 Principales étapes du processus d’élaboration du Plan d’Action Opérationnel 10

2.1 Présentation du PNDS 2015-2024 et de ses outils de mise en œuvre 10

2.1.1 PNDS 2015-2024 10

2.1.2 Outils de mise en œuvre du PNDS 16

2.2 État des lieux 16

2.2.1 L’analyse des parties prenantes 17

2.2.2 Le bilan de l’exécution du PAO de l’année écoulée 18

2.2.3 L’identification des problèmes et des besoins 20

2.2.4 L’identification des opportunités de financement 20

2.3 Identification des activités du PAO 22

2.4 Chronogramme 23

2.5 Coût et financement des activités du PAO 24

2.5.1 Détermination des coûts des activités du PAO 24

2.5.2 Financement des activités 26

2.6 Remplissage du canevas du PAO 26

2.7 Génération du rapport d’analyse du PAO 26

3 Mise en œuvre 28

4 Suivi et Évaluation 28

Annexes 29

Annexe 1: Présentation du PNDS 2015-2024 29

Annexe 2 : Activités types par niveau des structures de soins et de gestion 43

Annexe 3 : Coûts unitaires 53

Annexe 4 : Projets et Programmes de Santé 58

# Liste des tableaux

[Tableau 1: Cadre logique du PNDS 2015-2024 12](#_Toc65656798)

[Tableau 2: Analyse des parties prenantes 18](#_Toc65656799)

[Tableau 3: Illustration de l'analyse des parties prenantes 19](#_Toc65656800)

[Tableau 4 : Niveau de réalisation des activités du PAO de l’année précédente 19](#_Toc65656801)

[Tableau 5 : Niveau d’atteinte des résultats du PAO de l’année précédente 20](#_Toc65656802)

[Tableau 6 : Niveau d’exécution du budget programme de l’année précédente 20](#_Toc65656803)

[Tableau 7 : Synthèse des problèmes identifiés 21](#_Toc65656804)

[Tableau 8 : Identification des opportunités de financement des PTF 22](#_Toc65656805)

[Tableau 9 : Identification des opportunités de financement de l'Etat 22](#_Toc65656806)

[Tableau 10 : Capacité d’autofinancement de la structure (recouvrement des coûts) 22](#_Toc65656807)

[Tableau 11 : Activités du PAO 23](#_Toc65656808)

[Tableau 12 : Chronogramme de réalisation des activités du PAO 24](#_Toc65656809)

[Tableau 13 : Exemple d'estimation des coûts d'une activité 26](#_Toc65656810)

[Tableau 14: Coûts des activités du PAO 26](#_Toc65656811)

[Tableau 15 : Identification des sources de financement par activité 27](#_Toc65656812)

[**Tableau 16 : Financement du PAO par partenaire** 27](#_Toc65656813)

[**Tableau 17 : Financement du PAO par type de source** 27](#_Toc65656814)

# Sigles et Abréviations

|  |  |
| --- | --- |
| ACD | : Atteindre Chaque District |
| ARV | : Antirétroviral |
| ASC | : Agent de Santé Communautaire |
| BSD | : Bureau de Stratégie et de Développement |
| CDMT  | : Cadre de Dépenses à Moyen Terme |
| CDV | : Centre de Dépistage Volontaire |
| CMC | : Centre Médical Communal |
| CNS | : Comptes Nationaux de la Santé |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPN  | : Consultation Prénatale |
| CPNr  | : consultation prénatale recentrée |
| CPoN | : Consultation Postnatale |
| CRTS | : Centre Régional de Transfusion Sanguine |
| CSA | : Centre de Santé Amélioré |
| CSU | : Couverture Sanitaire Universelle |
| CTA | : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisine |
| CTC | : Comité Technique de Coordination |
| CTPS | : Comité Technique Préfectoral de la Santé |
| CTRS | : Comité Technique Régional de la Santé |
| DNPL  | : Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire |
| DOTS | : Traitement de Courte Durée sous Observation Directe |
| DS  | : District Sanitaire |
| ECD | : Equipe Cadre de District |
| IO | : Infection Opportuniste |
| MGF | : Mutilations Génitales Féminines |
| MTN | : Maladies Tropicales Négligées |
| ONG | : Organisation non gouvernementale |
| ONG  | : Organisation non gouvernementale |
| PAO  | : Plan d’Action Opérationnel |
| PCA  | : Paquet Complémentaire d'Activités |
| PCG | : Pharmacie Centrale de Guinée |
| PCIMNE | : Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant |
| PEC  | : Prise En Charge |
| PF | : Planification Familiale |
| PI | : Prévention des Infections |
| PMA  | : Paquet Minimum d'Activités |
| PNDS | : Plan national de Développement Sanitaire  |
| PPN | : Politique Pharmaceutique Nationale |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| PTME  | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| RAC | : Revue Annuelle Conjointe |
| RHS | : Ressources Humaines pour la Santé |
| SNIS  | : Système National d'Information Sanitaire |
| SONU | : Soins Obstétricaux Néonataux d’Urgence |
| SR | : Santé de la Reproduction |
| TB | : Tuberculose |
| THA | : Trypanosomiase Humaine Africaine |
| TPI | : Traitement Préventif Intermittent |
| UHTS  | : Unité Hospitalière de Transfusion Sanguine |
| VBG | : Violences Basées sur le Genre  |

# INTRODUCTION

En 2015, la Guinée s’est dotée d’une nouvelle politique de santé et d’un plan de développement sanitaire 2015-2024. Pour la réalisation des objectifs définis dans ces documents d’orientation, le Ministère de la santé a bénéficié, au cours des dernières années, d’importants financements de l’Etat et des partenaires techniques et financiers. Il faut noter que la revue du système de santé, suite à la mise en œuvre du plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017, a montré des performances notables dans certaines fonctions du système de santé.

La culture de la planification opérationnelle des structures de santé par niveau (central, régional et district) et du partenariat communautaire, intersectoriel et international commence à porter fruit. Cependant, dans un souci d’amélioration continue de la démarche, le Ministère de la Santé a initié la révision des outils de planification opérationnelle (guides et canevas d’élaboration des plans d’action opérationnels) pour mieux les adapter au contexte et faciliter leur utilisation par les acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En effet, l’utilisation de ces outils au cours des années antérieures a révélé des difficultés de compréhension, notamment : (i) le manque de cadrage budgétaire, (ii) la non-harmonisation des couts unitaires, (iii) le flou dans la démarcation des activités entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, (iv) la non-indication des priorités et des résultats escomptés au cours de l’année dans les outils disponibles, (v) l’absence des indicateurs de suivi des résultats et (vi) quelques insuffisances dans la conception et l’utilisation des outils.

Pour surmonter ces difficultés, le Ministère de la Santé, à travers le Bureau de Stratégie et de Développement, a produit la présente version de guide d’élaboration des Plans d’Action Opérationnels (PAO) des structures centrales, intermédiaires et périphériques.

Cette version du guide s’articule autour de quatre chapitres qui sont : la préparation au processus de planification opérationnelle, les principales étapes du processus d’élaboration du Plan d’Action Opérationnel, la mise en œuvre, le suivi et évaluation et finit par des annexes.

Pour l’élaboration des PA0 des structures de santé, le guide préconise de passer par les huit (8) étapes suivantes :

**Etape 1** : présentation sommaire du Plan de Développement Sanitaire 2015 -2024 et des outils de sa mise en œuvre pour mieux comprendre les liens entre les objectifs stratégiques, les orientations stratégiques, les résultats attendus, les stratégies d’intervention et les actions prioritaires à partir desquelles seront déclinées les activités du plan d’action opérationnel. Ainsi, la gestion axée sur les résultats a été retenue comme point d’entrée à la planification opérationnelle annuelle des structures sanitaires ;

Etape 2 : établissement de l’état des lieux en procédant à (i) l’analyse des parties prenantes, (ii) le bilan de l’exécution du PAO de l’année écoulée, (iii) l’identification des problèmes et des besoins et (iv) l’identification des opportunités de financement**.**

**Etape 3 :** identification et sélection des activités du PAO ;

**Etape 4 :** identification du chronogramme de réalisation des activités

**Etape 5** : estimation des coûts des activités et du financement du PAO ;

**Etape 6 :** remplissage de la maquette (canevas) du PAO ;

**Etape 7 :** génération du rapport d’analyse du PAO (en exploitant notamment la feuille RECAP générée par le remplissage du canevas Excel) à partir du programme informatique développé à cet effet.

La réalisation de ces étapes permettra de renseigner les différentes rubriques du canevas de présentation des PAO et facilitera la consolidation des activités et des ressources pour chaque orientation stratégique du PNDS.

# Préparation au processus de planification opérationnelle

La planification opérationnelle est une tâche exigeante qui demande une bonne préparation associant le personnel de santé, les PTF et les autres partenaires sectoriels et communautaires.

La préparation pour la planification est le premier pas vers l’élaboration du plan d’action opérationnel annuel. Elle nécessite du temps et des ressources considérables et doit donc être planifiée et figurer dans le budget de la structure. L’équipe de planification doit prévoir assez de temps pour la préparation et maintenir une communication efficace avec tous les partenaires techniques et acteurs concernés.

1.

## Raisons pour s’engager dans la planification opérationnelle

Les principales raisons pour lesquelles on s’engage dans la planification opérationnelle sont :

* la traduction d’une nouvelle déclaration de politique sanitaire en un plan d’action opérationnel ;
* la traduction d’un plan directeur tel qu’un plan national en plans opérationnels ;
* le respect des normes et la réalisation des objectifs fixés ;
* la rationalisation de l’utilisation des ressources disponibles ;
* la coordination des interventions.

## Activités préparatoires

Les activités préparatoires importantes à considérer pour la planification opérationnelle sont :

* Identifier les parties prenantes devant être impliquées dans cet important travail de planification opérationnelle ;
* Informer les membres de l’équipe de la session de planification ;
* Solliciter une permission auprès de leurs superviseurs ;
* Informer et mobiliser les parties prenantes autour du processus de planification ;

Déterminer les besoins de financement et mobiliser les ressources à temps pour l’activité de planification opérationnelle annuelle ;

* Déterminer quand la planification doit être faite ;
* Assigner des tâches et des responsabilités spécifiques à chaque membre de l’équipe de planification ;
* Préparer la logistique ;
* S’assurer de la disponibilité des fournitures de bureau et de l’équipement, (ordinateur, projecteur, etc.) ;

Identifier les données à collecter et en déterminer les sources, les méthodes, et les outils pour les collecter ;

* Faire la collecte des documents de référence (PAO de l’année précédente, guide de planification opérationnelle, rapports techniques et financiers, carte sanitaire, cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du Ministère de la Santé, plans décentralisés de développement sanitaire, PNDS, code de collectivités décentralisées, etc.) pour assurer la revue documentaire ;

## Composition de l’équipe responsable de la planification opérationnelle

En rassemblant un groupe divers des parties prenantes locales non seulement du système de santé mais aussi des autorités administratives et les élus locaux, les représentants des communautés et des utilisateurs, des partenaires techniques et financiers, les entités du secteur privé et d’autres secteurs, on assure une planification participative, holistique et intégrée. Cette approche pousse les équipes de gestion à surmonter la verticalisation des programmes, à favoriser la pérennisation des interventions et à renforcer les capacités des équipes dans la coordination et la gestion des ressources afin d’optimiser les résultats.

## Partenariat avec la communauté

Les différents comités de santé, les associations des usagers, les ONG doivent être intégrés dans le processus de planification afin d’assurer que les intérêts et les besoins des communautés soient pris en compte. Un mécanisme de feedback doit être mis en place pour s’assurer que le système sanitaire, dans son ensemble, réponde aux besoins de la communauté.

## Responsabilité

L’équipe de gestion à un niveau donné (préfectoral, régional, central) et/ou les prestataires des soins et des services à ce niveau (relais communautaires, ASC, postes de santé, centres de santé/CSA, CMC, hôpitaux, programmes, etc.) doivent être les acteurs-clés dans le processus de planification et ils seront responsables de la mise en œuvre de leur plan opérationnel.

La responsabilité, aussi bien au niveau des ressources financières qu’au niveau de la performance, doit être mise en exergue (redevabilité).

Chaque niveau de services de santé doit avoir son propre plan opérationnel avec des activités clairement définies, budgétisées et avec des résultats et des indicateurs quantifiables, mesurables et/ou observables. De telles activités doivent participer à la promotion de la santé, à la réduction du poids de la maladie et répondre aux problèmes épidémiologiques.

#  PRINCIPALES ETAPES DU PROCESSUS D’ELABORATION DU PLAN D’ACTION OPERATIONNEL

L’élaboration des plans d’action opérationnels doit suivre les étapes développées ci-après :

1.

## Présentation du PNDS 2015-2024 et de ses outils de mise en œuvre

### PNDS 2015-2024

Pour rappel, la finalité du PNDS reste 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.

Dans cette section, la matrice des interventions du PNDS est présentée pour servir de cadre pour la sélection et le classement des activités du PAO qui guideront la réalisation des objectifs du plan. Le document est présenté selon la hiérarchie des objectifs (objectifs stratégiques, orientations stratégiques et résultats). Chaque résultat escompté est décliné en stratégies d’intervention lesquelles comportent les actions prioritaires. Cette présentation est complétée par celle des outils de mise en œuvre élaborés par le Secrétariat permanent du PNDS.

Tableau 1: Cadre logique du PNDS 2015-2024

| **Résumé narratif** | **Résultats escomptés** | **Indicateurs de rendement** | **Hypothèses/ Risques** |
| --- | --- | --- | --- |
| **But** | **IMPACT** |  |  |
| Contribuer à l’amélioration du bien-être de la population guinéenne | De 2015 à 2024, l’espérance de vie est augmentée de 58 à 65 ans |  Espérance de vie à la naissance, Nombre de vies sauvées  |   |
| **Objectif général** |   |   |   |
| Améliorer l’état de santé de la population guinéenne | De 2015 à 2024, la mortalité maternelle est réduite de 724 à 300 p. 100 000 NV, la mortalité néonatale de 34‰ à 10‰ et la mortalité infantojuvénile de 123 à 60‰  | Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NVTaux de mortalité infantojuvénileTaux de mortalité néonatale | Leadership du Ministère de la Santé Conditions sociopolitiques favorablesCroissance économique possible Adhésion des communautés, de la société civile, des parlementaires et des PTFPoids des traditions et cultures |
| OS1 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles et aux situations d’urgences | 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), paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, malnutrition, m. cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète sucré, violences, traumatismes et 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) |   |
| OS2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie | 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 adolescentesMortalité liée aux complications obstétricalesPrévalence du VIH chez les femmes enceintesPrévalence des MGFPrévalence de la malnutrition aigüe chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ansConsommation de tabac et d’alcool |   |
| OS3 : Améliorer la performance du système national de santé | 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 Satisfaction des usagers  |   |
|   |   |   |   |
|   |  **EFFETS** |   |   |
| Orientation stratégique ORS1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence  | Au moins 80% de la population ont accès à des soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité | Taux d’accessibilité | Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles & du tempsApplication par les prestataires des mesures de gestion, qualité de soinsPersonnel motivéSatisfaction des bénéficiairesEngagement des parties prenantes |
|  | Au moins 80% de la population sont protégés des infections nosocomiales et en Prévention des Infections et sécurité des patients autres infections liées aux épidémies et situations d’urgence | Taux de protection des populations contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence |  |
| Orientation stratégique ORS2 : Promotion de la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées | La couverture en services de santé est passée de : CPN4+ : 47% à 90%, Accouchement assisté : 47% à 80%, PF : 7% à 25% et Césarienne : 2% à 5%Accouchement en présence d’un accoucheur qualifié (accouchement en milieu hospitalier, soins postnatals)Vaccination par le DTC3, antirougeoleux, anti-HiB, anti- HepB, pentavalentBesoins de planification familiale satisfaits (prévalence de la contraception), La couverture vaccinale efficace des enfants de 0 à 11 mois passe de 37% à 90% ;La couverture en Vitamine A et le déparasitage des enfants de 6 à 59 mois sont de 90% | Taux de couverture Enfants complètement vaccinés Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissanceTaux d'allaitement maternel exclusif  |   |
| Orientation stratégique ORS3 : Renforcement du système national de santé  |   |   |   |
| 3.1 Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire | 80% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité  | Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualitéNombre absolu et nombre moyen de consultations ambulatoires par personne et par an |   |
|   | **RESULTATS INTERMEDIAIRES** |   | Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles & du tempsApplication par les prestataires des mesures de gestion, qualité de soins Satisfaction des bénéficiairesDisponibilité de l’expertise nationale et internationaleDispositif de dialogue politique décentralisé fonctionnelDisponibilité d’un accompagnement effectif des niveaux décentralisé du système de santé |
|  ORS3.1 Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire | La capacité opérationnelle en Prévention des Infections et sécurité des patients est de 80% |  Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité  |   |
|   | De 2015 à 2024, 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)  |   |
|  | 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  |  |
| 3.2 Accès financier universel aux services essentiels de santé  | 80% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé  | Dépenses totales en santé par habitant Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiquesMontant du fonds d’achat des services essentiels de santé |   |
|  3.3 Développement des ressources humaines de qualité | La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de X à Y% |  Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes ; milieu urbain – milieu rural) |   |
|  3.4 Amélioration de l’accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité | L’accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 100%  | Nombre d’établissements de santé pour 10 000 habitantsNombre de lits d’hospitalisation pour 10 000 habitantsNombre d’officines par 10 000 habitantsNombre d’établissements de laboratoires/unités de radio-imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitantsDisponibilité moyenne d’une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments témoins) |   |
| 3.5 Développement du système d’information sanitaire et de la recherche en santé | De 2015 à 2024, 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 de décès enregistrés (de naissances enregistrées)Taux de complétudeTaux de promptitude |   |
| 3.6 Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire | De 2015 à 2024, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 80% | Taux de fonctionnalité des districts sanitairesLa 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) |  |
|  | De 2015 à 2024, la fonctionnalité des instances de coordination, régulation et redevabilité est de 80% |  |  |

##

# OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS

Pour faciliter le travail au niveau décentralisé, les équipes en charge de l’élaboration des PAO se référeront aux outils et directives/instructions suivants :

* **le cadrage budgétaire** est une estimation des possibilités de financement à utiliser comme cadre de référence dans le choix des priorités d’action à financer. Ce cadrage donne une idée globale sur le niveau raisonnable des satisfactions des financements des actions à entreprendre pour l’atteinte des résultats visés et servira, entre autres, au plaidoyer en vue de la mobilisation des fonds pour financer les gaps éventuels ;
* **les plans triennaux** **de mise en œuvre du PNDS élaborés par le Ministère de la Santé** se focalisent sur les interventions prioritaires ;
* **les plans triennaux élaborés par les deux autres niveaux** (Direction Préfectorale de la Santé et Direction Régionale de la Santé) : Il s’agit d’une mise à jour permanente (plans glissants) des plans triennaux de développement sanitaire préfectoral et des plans triennaux régionaux de développement sanitaire pour non seulement les aligner au plan triennal 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 Dépenses à Moyen Terme du secteur de la santé**, est élaboré par la Division des Affaires Financières (DAF) et du Bureau de Stratégie et de Développement (BSD), en fonction des priorités du PNDS axés sur la « GAR » et les objectifs de développement du pays cadrés par le Ministère des finances.
* **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 de Coordination Technique du Secteur Sanitaire et de suivi de la mise en œuvre du PNDS. Chaque PAO est assortie 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.

## État des lieux

Le point de départ pour la planification est une évaluation de la situation actuelle sur la base des informations et des données existantes dans le système et dans la localité. Il s’agit aussi d’apprécier la performance de la structure compte tenu de la réalisation sa mission, de ses objectifs de performance et des orientations nationales.

Cette étape permet aux équipes de considérer la situation sanitaire réelle en termes de besoins et de priorités, surtout par rapport aux objectifs stratégiques fixés par la politique de santé et le PNDS. L’état des lieux couvrira :

### L’analyse des parties prenantes

Une partie prenante est un individu, groupe de personnes, institution ou entreprise/firme susceptible d’avoir un lien avec le PAO qui a intérêt à ce que le PAO réussisse ou non, réalise les résultats attendus et soit viable

L’analyse des parties prenantes et l’analyse des problèmes sont étroitement liées : sans les points de vue des différentes parties prenantes à un problème, ni la nature du problème, ni les besoins de ces parties prenantes, ni les solutions possibles n’émergeront.

Il faut commencer par identifier les diverses parties prenantes et ensuite les analyser selon le tableau suivant.

Tableau 2: Analyse des parties prenantes

| **Parties prenantes** | **Intérêts** | **Contributions potentielles** | **Relations actuelles avec le secteur de la santé** | **Conclusions** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Partenaires financiers, Partenaires techniquesBénéficiaires directs Bénéficiaires indirects Parties attenantes Exclus Perdants *Etc.* | Quels sont leurs intérêts ? * + - Qu’est-ce qu’ils priorisent ?
		- Quels sont leurs objectifs ?
 | Quelles sont leurs contributions potentielles et mobilisables ? *Contributions en ressources financières, matérielles, humaines, lieux, etc.* | Quelle interaction ou rapport existe entre la partie prenante et le secteur sanitaire ?  | Formuler des conclusions et des recommandations : * + - Comment tenir compte de chaque partie prenante ?
		- Quelles actions entreprendre pour les engager ?
		- Comment traiter avec chaque partie prenante ?
 |

Pour chacune des parties prenantes identifiées, il faut considérer ses intérêts, ses contributions potentielles au système de santé et son rapport actuel avec le secteur de la santé. A partir de ces considérations, il est possible de déterminer de prochaines étapes en tant que conclusions. Pour compléter l’analyse, il peut être nécessaire de chercher plus d’informations sur les parties prenantes afin de les engager de la façon appropriée.

Un exemple d’une analyse des parties prenantes est décrit dans le tableau ci-après.

Tableau 3: Illustration de l'analyse des parties prenantes

| **Parties prenantes** | **Intérêts** | **Contributions potentielles** | **Rapport actuel avec le secteur de la santé** | **Conclusions** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FEMME-EU[ONG locale travaillant avec les groupements des femmes - financé par l’Union Européenne] | Le bien-être, l’indépendance, et le pouvoir des femmes dans le districtRenforcement des capacités et de l’autorité des femmes | Ressources humaines (de l’ONG, et accès aux groupements des femmes)Petit matériel et utilisation de leurs ressources à leur bureau (impression, fournitures de bureau, etc.) | Néant – leur focus jusqu’à ce point est sur les femmes comme entrepreneurs | Possibilité de souligner l’état sanitaire de la femme comme élément clé de leur bien-être pour établir un rapport avec le secteur sanitaire |
| La mairie | Bien-être de la populationCoordination et bon fonctionnement des activités dans la zone | Financement ou contribution aux achatsLieux pour des réunionsCommunications officielles (rapports avec les médias) | De temps en temps, la mairie fournit des financements ponctuels pour certaines activités à la suite des demandes de l’ECD | Faire le plaidoyer pour rendre effective la ligne budgétaire prévue pour l’appui à la santé |

### Le bilan de l’exécution du PAO de l’année écoulée

Notez dans les tableaux ci-dessous les activités planifiées et leur niveau de réalisation, les indicateurs de résultats et leur niveau de réalisation, le budget prévisionnel et son niveau d’exécution pour établir le diagnostic de la situation et procéder à l’analyse des causes des écarts et les commentaires qui en découlent.

Pour les indicateurs de résultats, utiliser les indicateurs du contrat de performance signé entre votre structure et le Ministère de la santé pour remplir le tableau.

L’analyse de l’exécution du budget clôturera cette session.

Tableau 4 : Niveau de réalisation des activités du PAO de l’année précédente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités prévues** | **Niveau de réalisation** | **Justification** |
| réalisée | non réalisée | partiellement réalisée |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Analyse et commentaires

|  |
| --- |
|  |

Tableau 5 : Niveau d’atteinte des résultats du PAO de l’année précédente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de résultats***\** | **Résultats escomptés** | **Résultats obtenus** | **Justification de l’écart** |
| Disponibilité des Outils de Gestion |  |   |   |
| Disponibilité des médicaments  |  |   |   |
| % de présence du personnel au poste |  |   |   |
| Nombre de 1er contacts CPC / habitant  |  |   |   |
| Nombre de CPN 4 |  |   |   |
| Taux de couverture en CPN 4 |  |   |   |
| Nombre d’accouchements assistés |  |   |   |
| Taux d’accouchements assistés |  |   |   |
| Nombre d’enfants complétement vaccinés |  |   |   |
| Taux de couverture effective du PEV |  |   |   |
| Nombre de césariennes |  |   |   |
| Taux de césariennes  |  |   |   |
| Nombre de femmes testées en PTME |  |   |   |

Analyse et commentaires

|  |
| --- |
|  |

*\* Ces indicateurs de résultat sont de type de contrat d’objectif d’un district sanitaire.*

*Pour rappel, le Ministère de la santé signe toujours des contrats d’objectifs avec les structures du niveau central régionale et district.*

Tableau 6 : Niveau d’exécution du budget programme de l’année précédente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités planifiées** | **Budget prévu** | **Budget réalisé** | **Observations** |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|  |  |  |  |
|   |  |   |   |

Analyse et commentaires

|  |
| --- |
|  |

### L’identification des problèmes et des besoins

Sur la base des résultats, des analyses et des commentaires qui précèdent, dresser la liste des principaux problèmes et leurs causes, ainsi que les besoins. Parmi ces problèmes et besoins, identifier ceux que votre structure souhaite solutionner.

Les critères à retenir pour la priorisation des problèmes en fonction du niveau de responsabilité sont :

* la vulnérabilité du problème au niveau de responsabilité (résolution possible au niveau de la structure),
* l’ampleur ou la gravité du problème (répartition géographique, démographique, fréquence, etc.),
* le lien du problème ou du besoin avec les priorités politiques (ex. santé maternelle, infantile, etc.).

**Sélection des principaux problèmes identifiés**

Tableau 7 : Synthèse des problèmes identifiés

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Problèmes identifiés** | **Causes** | **Actions** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| …. |  |  |  |

### L’identification des opportunités de financement

Au cours de cette étape, il s’agit d’examiner les différentes sources de financement que la structure a utilisé pour mobiliser les ressources qui ont servi au financement des activités du PAO de l’année écoulée. Généralement, il s’agit des institutions bi et multilatérales et des ONG qui collaborent directement avec votre structure ou avec les projets/programmes qu’ils appuient.

Utiliser également les financements réguliers alloués par l’Etat pour les activités de votre structure (personnel, subventions, médicaments, …).

Pour les nouveaux partenariats et les projets, se référer aux documents des projets et plans de travail desdits projets/PTF. Ne pas oublier les partenaires privés locaux et communautaires.

Pour les structures de soins qui pratiquent le recouvrement des couts, les ressources propres constituent une source de financement importante à intégrer dans la planification.

Tableau 8 : Identification des opportunités de financement des PTF

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Projets/programmes** | **Domaines de soutien** | **Activités** | **Montant attendu**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Tableau 9 : Identification des opportunités de financement de l'Etat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Rubriques** | **Montant de l’année N-1**  | **Montant attendu**  |
| **Fonctionnement** |
|  | Salaires fonctionnaires |  |  |
|  | Salaires personnel contractuels |  |  |
|  | Médicaments |   |   |
|  | Réactifs |  |  |
|  | Subvention |   |   |
|  | Autres (à préciser) |   |   |
| **Investissements** |
|  | Infrastructures |   |   |
|  | Equipements médicaux |   |   |
|  | Automobile |  |  |
|  | Motocyclette |  |  |
|  | Autres (à préciser) |  |  |

 Tableau 10 : Capacité d’autofinancement de la structure (recouvrement des coûts)

| **Rubriques** | **Montant de l’année n-1**  | **Montant attendu**  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctionnement** |
| Salaires des contractuels |  |  |
| Primes du personnel |  |  |
| Médicaments et réactifs |   |   |
| Carburant  |  |  |
| Outils de gestion |   |   |
| Autres (à préciser) |   |   |
| **Investissements** |  |  |
| Rénovations  |   |   |
| Equipements légers |   |   |
| Logistique |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |

## Identification des activités du PAO

Sélectionner les activités du PAO et remplir le tableau ci-dessous en se basant sur :

* les résultats de l’état des lieux ;
* les résultats de l’identification des opportunités de financement ;
* les résultats escomptés du PNDS
* les activités types correspondant au PMA/PCA de la structure (de l’analyse des goulots d’étranglement)
* les instructions spécifiques du MS (recommandations d’études/recherches, instructions de l’autorité, ….).

 Tableau 11 : Activités du PAO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaines d’action** | **Stratégies d’intervention** |  **Libellé de l'activité** | **Unité**  | **Quantité** |
| 1. **Résultats escomptés du PNDS**
 |  |   |   |   |
|  |  |   |   |   |
|  |  |   |   |   |
|  |  |   |   |   |
|  |  |   |   |   |
| 1. **Instructions spécifiques du Ministère**
 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Correction des Goulots d’étranglement**
 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Chronogramme

Tableau 12 : Chronogramme de réalisation des activités du PAO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaines d’action** |  **Libellé de l'activité** | **Unité**  | **Quantité** |  **Période de réalisation**  |
| **tr1** | **tr2** | **tr3** | **tr4** |
| **I. Résultats escomptés du PNDS** |   |   |   |   |   |   |   |
| 1.1 |   |   |   |   |   |   |   |
| 1.2 |   |   |   |   |   |   |   |
| 1.3 |   |   |   |   |   |   |   |
| 1.4 |   |   |   |   |   |   |   |
|  **II. Instructions spécifiques du Ministère** |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.1    |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.2   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.3   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.4   |   |   |   |   |   |   |   |
| **III. Correction des Goulots d’étranglement** |   |   |   |   |   |   |
| 3.1    |   |   |   |   |   |   |   |
| 3.2   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3.3   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3.4   |   |   |   |   |   |   |   |

## Coût et financement des activités du PAO

Dans cette section, sont abordés la détermination des couts et le financement des activités du PAO.

### Détermination des coûts des activités du PAO

Déterminer les besoins en ressources implique la traduction des interventions et de toutes les activités nécessaires pour soutenir les interventions en ressources telles que main-d’œuvre humaine, matériels, argent, espace, temps et informations.

Pour arriver à une estimation de coût, il faut procéder comme suit :

* Inventaire des ressources nécessaires à la réalisation des activités pour déterminer leur nature, leurs unités et leurs quantités ;
* Valorisation des ressources nécessaires en termes financiers avec coût unitaire et calcul du montant total par ressource ;
* Sommation des montants totaux pour chaque intrant par activité.

Le montant total pour chaque activité sera noté dans le canevas du PAO. Les détails sur les composantes de ce calcul seront importants pour la mobilisation des ressources.

Pour la détermination des couts des activités, se référer selon les cas, aux coûts unitaires préparés par le Ministère et/ou aux couts unitaires estimés sur devis.

Pour l’approche de couts unitaires estimés sur devis, il faudra, pour chaque activité :

* recenser les ressources nécessaires,
* estimer le coût unitaire de la ressource (voir tableau ci-dessous),
* définir l’unité de mesure de la ressource,
* estimer le coût de la ressource,
* estimer la quantité de la ressource nécessaire,
* calculer le coût total de l’activité.

Tableau 13 : Exemple d'estimation des coûts d'une activité

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité** | **Ressources nécessaires** | **Unité** | **Quantité** | **Coût unitaire** | **Montant total** |
| Réaliser une formation de 50 vaccinateurs pendant 5 jours par 5 formateurs | 50 vaccinateurs (participants) | personne/jour | 250 | - | - |
| 5 prestataires (formateurs) | personne/jour | 25 | - | - |
| Une salle de formation | Jour | 5 | 500.000 | 2.500.000 |
| Logement | Nuitée | 275 | 300.000 | 82.500.000 |
| Tableau blanc | Pièce | 1 | 100.000 | 100.000 |
| 10 seringues autobloquantes | Pièce | 10 | 1.000 | 10.000 |
| Vaccin | flacon | 5 | 10.000 | 50.000 |
| Location de mini bus | Jour | 5 | 1.000.000 | 5.000.000 |
| Carburant mini bus (aller-retour, Conakry-Kindia, séjour) | litre | 70 | 8.000 | 560.000 |
| Repas pendant l’atelier | repas | 275 | 30.000 | 8.250.000 |
| Perdiems pour participants et formateurs | personne/jour | 275 | 100.000 | 27.500.000 |
| **Coût total de l’activité** | **126.470.000** |

La somme des coûts des activités constitue le coût du PAO. Sur la base de ce coût total et des potentialités de financement que vous avez estimé antérieurement, procéder à l’arbitrage pour sélectionner définitivement les activités budgétisées à retenir dans le PAO.

Tableau 14: Coûts des activités du PAO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaine d’activité** | **Libellé de l'activité**  | **Unité de mesure** | **Quantité** | **PU** | **Coût total de l’activité** |
| 1. **Résultats escomptés du PNDS**
 |   |   |   |  |  |
|  |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **Instructions spécifiques du Ministère**
 |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **Corrections des goulots d’étranglement**
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Cout total du PAO** |  |  |  |  |  |

### Financement des activités

Dans le tableau ci-dessous, on note les principales sources de financement potentielles pour la mise en œuvre des activités du PAO et le montant qu’on attend de chacune des sources, en tenant compte de l’analyse des potentialités de financement.

Tableau 15 : Identification des sources de financement par activité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° activité** |  **Libellé de l'activité** | **Source** | **Montant** |
|  |  |  |  |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |

**Tableau 16 : Financement du PAO par partenaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Partenaire technique et financier** | **Montant** | **N° des activités financées** |
|  |  |  |  |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |

**Tableau 17 : Financement du PAO par type de source**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sources de financement** | **Montant attendu** |
| État |  |
| Partenaires techniques et financiers |  |
| Collectivités locales |  |
| Recouvrement des coûts |  |
| Autres |  |
| Entreprises privées |  |
| …………………………………………………. |  |
| ………………………………………………… |  |
| **Total** |  |

##

## Remplissage du canevas du PAO

Sur la base des résultats de l’analyse de la situation (état des lieux), de l’identification des opportunités de financements, de la sélection des activités, et du processus de budgétisation, il s’agira de remplir la maquette du PAO élaborée à cet effet.

## Génération du rapport d’analyse du PAO

C’est un récapitulatif des données générées dans la feuille RECAP du canevas du PAO. Ce plan se présentera sous un canevas organisé en fonction de la structure du PNDS 2015-2024.

# MISE EN ŒUVRE

On planifie pour produire des résultats. Pour cela, il faut axer toute la gestion de la réalisation des activités vers **l’efficacité** (atteinte des résultats) et **l’efficience** (avec le moins de ressources).

En conséquence, la mise en œuvre du PAO est de la responsabilité du chef de service. Il repartit les activités aux cadres en fonction de leurs missions et de leurs compétences telles qu’indiquées à l’identification des personnes responsables des activités. Il alloue les ressources et contrôle leur utilisation et l’exécution des activités avec l’appui de l’équipe de gestion (administrative, financière, suivi-évaluation). Il coordonne les interventions des différentes parties prenantes.

Au cours de l’exécution de la mise en œuvre, un suivi régulier sera effectué avec la prise de décisions d’action correctrice éventuelle.

# Suivi et Évaluation

La question clé qu’on doit se poser à ce stade du cycle de planification est : « *Comment saurons-nous où nous sommes et qu’est-ce que nous avons accompli ? »*

Le suivi de la mise en œuvre des PAO intègre le fonctionnement normal des dispositifs de gestion du système de santé en place.

* Supervision,
* Monitorage,
* Rapportage,
* Réunions de gestion de service
* Réunions de coordination (CTPS, CTRS, CTC, …)
* Revues annuelles conjointes (RAC)

# ANNEXES

## Annexe : Présentation du PNDS 2015-2024

| **Résultats attendus** | **Stratégies d’intervention** | **Actions prioritaires** |
| --- | --- | --- |
| **Objectif stratégique 1** : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles et aux situations d’urgence |
| **Orientation stratégique 1** : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence |
| 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 |
| 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 logistique de vaccination (véhicules, motos, matériels de chaine de froid, sources 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 les compétences des 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 sont protégés à travers les mesures préventives et 90% des cas confirmés reçoivent le traitement correct du Paludisme. | *Renforcement de la prévention et de la prise en charge du Paludisme* | Augmenter la couverture universelle en moustiquaire imprégnée d’insecticide |
| Organiser la lutte antivectorielle (assainissement du milieu, pulvérisation intradomiciliaire des ménages et des cours d’eau, utilisation des MILDA dans les ménages) |
| Améliorer la qualité de la prise en charge |
| Rendre disponibles 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, géohelminthiases…) | *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, etc.) |
| Organiser les campagnes de dépistage précoce des MNT à tous les niveaux. |
| 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 |
|  |  |  |
| **Objectif stratégique 2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie** |
| **Orientation stratégique 2 :** Promotion de la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées |
| 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 aigüe 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 |
| 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 Tolérance Zéro 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 sur le genre (VBG) 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 leurs 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) |
|  |  |  |
| **Objectif stratégique 3 : Améliorer la performance du système national de santé** |
| **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 |
| De 2015 à 2024, la couverture en paquets de services essentiels 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’effectifs 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 ont 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 de la déclaration 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 |
| 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 |
| *Renforcement des capacités de gestion financière et de la CSU* | 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, antilépreux, etc. |
| **Sous-orientation stratégique 3.3 :** Développement des ressources humaines de qualité |
| 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 pérennes 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 les 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, réactovigilance 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 |
| *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 |
| 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 ; |
| *Renforcement des capacités des structures de la transfusion sanguine pour la mise en œuvre de la politique nationale 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 |
| 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. |
| Elaborer/Réviser les textes législatifs et réglementaires de la recherche pour la santé |
| De 2015 à 2024, les capacités institutionnelles et opérationnelles des structures de recherche sont améliorées à 90% | *Renforcement du cadre institutionnel et de la coordination de la recherche pour la santé* | Mettre en place/renforcer les organes consultatifs et de gestion |
| *Renforcement les capacités des institutions de recherche pour la santé* | 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 |
| 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 |
| 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. |

## Annexe : Activités types par niveau des structures de soins et de gestion

|  |
| --- |
| **LISTE DES ACTIVITES PRIORITAIRES PAR NIVEAU (non-exhaustive)** |
|  |
| **A. Structures déconcentrées** |
|  |
| **A1. Communautaire** |
| Faciliter l'organisation des stratégies avancées (vaccination, planification familiale, CPN, ….) |
| Organiser des visites à domicile |
| Fournir un appui aux JNV, campagnes/traitements de masse (ivermectine, géohelminthiases, …) |
| Assurer le suivi des MNT (HTA, diabète, drépanocytose…) |
| Assurer le suivi du nouveau-né |
| Assurer le suivi de la malnutrition aigüe sévère (dépistage, notification, référence) |
| Participer à la promotion de la javellisation de l'eau de boisson (eau de javel) |
| Assurer la promotion du lavage des mains |
| Assurer la promotion de l'utilisation des latrines par les ménages |
| Promouvoir de l'utilisation des MILDA par les ménages |
| Assurer la promotion de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant |
| Assurer la promotion de la consommation des aliments riches en micronutriments (Vit A, fer, iode…)  |
| Enregistrer des décès des enfants de moins d’1 an |
| Assurer l'enregistrement des décès des enfants de 1 à 5 ans |
| Assurer l'enregistrement des décès maternels |
| Enregistrer des naissances vivantes |
| Notifier les cas de maladies à potentiel épidémique y compris Ebola |
| Notifier les autres décès dans la communauté |
|   |
| **A2. Centres de santé** |
| Recruter des relais communautaires et agents de santé communautaires pour le compte du district sanitaire |
| Organiser les réunions mensuelles des centres de santé |
| Organiser les réunions annuelles de micro planification des stratégies avancées pour augmenter l'utilisation des services de santé |
| Organiser les séances de référence des femmes et des enfants en danger vers les structures de référence |
| Organiser les missions de supervision des activités des postes de santé, des agents de santé communautaires et les relais communautaires |
| Organiser les stratégies avancées dans les zones d'accès difficiles |
| Assurer les approvisionnements du centre de santé en médicaments et autres produits de santé |
| Assurer la maintenance des motos et des équipements du centre de santé  |
| Assurer la formation des agents de santé communautaires et les relais communautaires  |
| Equiper les RECO et ASC pour la réalisation des activités communautaires |
| Organiser les sessions de formation des membres de COSAH |
| Assurer le suivi et contrôle des stocks |
| Assurer la disponibilité des outils de gestion |
| Mettre en place de Comités Villageois de veille sanitaire |
| Investiguer les cas |
| Notifier les cas  |
| Suivre les contacts |
| Organiser les réunions mensuelles du COSAH |
| Organiser des séances de sensibilisation/communication en partenariat avec les membres des COSAH |
| Organiser les réunions mensuelles avec les ASC |
| Organiser deux réunions semestrielles de synthèse du monitorage  |
| Organiser les réunions de partage de l'information sanitaire et rétroinformation à la communauté (RECO, tradipraticiens, Elus, chefs de village, etc.,) |
| Assure les contrôles internes de la gestion financière du CS |
| Organiser les prestations essentielles des centres de santé |
|   |
| **A3. Hôpitaux** |
| **A3.1 Formations** |
| Former X agents de l’hôpital pendant sur la définition des cas de maladies à potentiel épidémique à l’hôpital |
| Former x agents de l’hôpital pendant x jours par deux formateurs en PCI |
| Former x agents pendant x jours sur la prise en charge du paludisme par 2 formateurs  |
| Former x techniciens du laboratoire en techniques de transfusion sanguine pendant xj par un formateur |
| Former des techniciens de laboratoire sur les 12 éléments essentiels de qualité d'un laboratoire pendant x jours par un formateur |
| Former x prescripteurs de l’hôpital sur l’utilisation rationnelle du sang pendant x jours par un formateur |
| Former x prescripteurs de l’hôpital sur l’utilisation rationnelle des antibiotiques pendant x jours par un formateur |
| Former x agents (x chefs de service et x surveillants) en DHIS2 et au remplissage du nouveau canevas SNIS pendant 5 jours par une équipe de 2 formateurs |
| Former/recycler x agents de santé en utilisation du partogramme pendant 5 jours par 2 formateurs  |
| Organiser la formation de XX agents en sécurité chirurgicale au niveau préfectoral pendant XX jours par 2 formateurs  |
| Former deux médecins en échographie pendant 3mois dans un CHU à Conakry |
| Formation de XX sages-femmes en SONUB de la DPS pendant XX jours |
| Former XX sages-femmes sur l'utilisation du partogramme du district sanitaire pendant XX jours |
| Assurer la formation de xx agents en néonatologie du district sanitaire pendant xx jours |
| Assurer la formation de xx agents sur les procédures standards PCIMNE de la DPS pendant 5 jours |
| Assurer la formation de xx techniciens (substituts) à l'utilisation de la radiologie et de l'échographe à l'hôpital national de Donka pendant 60 jours |
| Assurer la formation des xx chefs de service et xx personnes de la direction en SNIS du district sanitaire pendant xx jours |
| Assurer la formation de xx personnels de l'hôpital à l'utilisation de l'outil informatique pendant xx jours |
| Assurer la formation de xx agents sur la prise en charge des maladies non transmissibles à la DPS pendant xx jours |
| Assurer la formation de xx agents sur la prévention, la détection et la prise en du VIH et infections Opportunistes à la DPS pendant xx jours |
| Assurer la formation de 10 agents sur la prévention, la détection et la prise en charge de la malnutrition à la DPS pendant 5 jours |
| Assurer la formation de xx agents sur la prise en charge des urgences médico-chirurgicales à la DPS pendant xx jours |
| Assurer la formation de xx sages-femmes sur l'insertion du DIU et du JADEL à la DPS de pendant xx jours |
| Mettre à niveau xx agents de santé en PCIMNE clinique pendant 6 jours par 2 formateurs du niveau préfectoral |
| Assurer la formation de xx agents de l'hôpital sur les thèmes identifiés par l'établissement dans le plan de formation continue pendant xx jours |
| **A3. 2 Maintenance et entretien**  |
| Réaliser 4 entretiens par an de xx ambulances |
| Renouveler 2 fois par an les pneumatiques pour les ambulances |
| Réaliser 4 entretiens par an du véhicule de liaison |
| Acheter cinq xx pneus pour le véhicule de liaison  |
| Doter la maintenance en petits matériels et fourniture d'atelier |
| Assurer l'entretien et la maintenance des équipements et mobiliers médicaux |
| Assurer l'entretien et la maintenance du matériel informatique |
| Assurer l'entretien et la maintenance des autres matériels/équipements techniques |
| Assurer l'entretien des groupes électrogènes |
| Assurer l'entretien et la maintenance des bâtiments, voiries et réseaux divers |
| Aménager la cour (dallettes, parterres...)  |
| **A3. 3 Approvisionnement** |
| Acheter les produits lessiviels, phytosanitaires et matériels de nettoyage chaque trimestre |
| Assurer la collation de xx donneurs de sang par an |
| Doter 4 fois par an l’hôpital en médicaments, consommables, réactifs de laboratoire et d’imagerie |
| Acheter les fournitures, consommables et petit matériel informatique et de bureau  |
| Rendre disponible xx kits césariennes pour les prises en charge des femmes enceintes à la maternité de l'hôpital préfectoral  |
| Doter l'hôpital en outils de gestion médicale, médico-technique et de gestion |
| Assurer l'approvisionnement en énergie électrique à partir du réseau d'EDG |
| Assurer l'approvisionnement en eau à partir du réseau de la SEG ou autre |
| Acheter le carburant pour les groupes électrogènes |
| Acheter le combustible pour l'incinération des déchets biomédicaux |
| **A3.4 Supervision et soutien technique** |
| Réaliser 12 supervisions internes des services |
| Réaliser 2 monitorages améliorés des services par an |
| Organiser l'atelier d'élaboration du plan d'action budgétisé 2021 regroupant xx personnes pendant 3 jours à l'hôpital |
| Tenir 12 réunions d’harmonisation des données VIH par an regroupant 6 membres impliqués dans la prise en charge |
| Payer les frais de mission pour le transport des références obstétricales à la sage-femme/ infirmière et au chauffeur pour la référence de xx femmes |
| Préparer 100 fiches d'enquête pour réaliser l'enquête d'image  |
| Réaliser deux enquêtes d’image et d’opinion sur la satisfaction des usagers pendant 3j par 3 enquêteurs dont la restitution |
| Doter l'hôpital d'une connexion internet |
| Payer les frais postaux et de télécommunication de l'établissement |
| Assurer les frais de mission de l'hôpital au chef-lieu de la région et à Conakry |
| **A3.5 Prise en charge du personnel** |
| Recruter sur une base contractuelle xx professionnels en manque dans la structure |
| Payer le salaire de xx contractuels de l’hôpital à raison de pour 12 mois |
| Payer la prime de rendement chaque mois aux agents selon les directives du Ministère |
| Contribuer à la prise en charge socio-sanitaire des agents pour 12 mois |
| Assurer le repas des agents de garde |
| **A3.6 Promotion de la santé** |
| Organiser 2 séances de sensibilisation de la population sur le don volontaire et non rémunéré de sang |
| Organiser 2 séances de Sensibilisation à la radio communautaire sur l'utilisation de l'hôpital (2 passages de 15 jours/passage matin et soir) |
| Faire xx séances de sensibilisation pour xx femmes enceintes et leur accompagnante sur l'importance de la CPN  |
| **A3.7 Prise en charge des pathologies prioritaires** |
| Organiser des séances de démonstration culinaire 1fois/mois (200 000fg/séance) |
| Diriger xx accouchements à l'hôpital par un personnel qualifié |
| Prendre en charge xx complications obstétricales selon les normes et procédures |
| Détecter et prendre en charge xx enfants à l'hôpital selon les prcedure standards de PCIMNE  |
| Assurer la prise en de xx enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère avec complication au CRENI |
| Soutien pour les frais de transport et de nourritures des accompagnants de 120 enfants hospitalisés au CRENI |
| Assurer la prise en charge de tous les cas des urgences médico-chirurgicales  |
| Assurer la prise en charge adéquate des PVVIH |
| Assurer la prise en charge adéquate de tous les cas graves de paludisme  |
| Assurer la prise en charge de tous les cas d'indigents  |
| **A3.8 Réunions** |
| Organiser 2 sessions par an du comité consultatif/conseil d'administration de l’hôpital |
| Organiser 12 réunions du Comité médical Consultatif de l’hôpital par an |
| Organiser 4 réunions du Comité d'hygiène et de sécurité de l’hôpital par an |
| **A3.9 Acquisition des équipements** |
| Doter la maternité d'un moniteur de surveillance  |
| Doter le laboratoire en matériels et réactifs pour le diagnostic des maladies |
| Acheter les équipements de protection individuelle pour le personnel une fois par trimestre |
| Renforcer la sécurité contre l'incendie par l'achat de xx extincteurs  |
|  |
| **A4. DPS** |
| Organiser les missions de supervision intégrée en collaboration avec les partenaires techniques et financiers (CS et hôpitaux) |
| Organiser les sessions semestrielles du comité technique préfectoral de la santé |
| Organiser les réunions mensuelles de validation des données sanitaires |
| Organiser les réunions trimestrielles de revues du plan d'action opérationnel de l'année n et coordination des interventions du district sanitaire |
| Assurer la coordination des interventions de santé publique |
| Réaliser xx recherches opérationnelles pour améliorer la performance du système de santé local |
| Organiser l'atelier d'élaboration du PAO 2021 |
| Organiser les missions trimestrielles de supervision des formations sanitaires |
| Organiser les missions de monitorage amélioré dans les formations sanitaires |
| Assurer le frais de fonctionnement du district sanitaire (maintenance des équipements, fourniture de bureau, carburant, connexion internet etc.) |
| Assurer la saisie des rapports SNIS des formations sanitaires |
| Assurer le suivi régulier de la promptitude, la complétude des rapports SNIS |
| Organiser les activités de surveillance épidémiologique (l'identification, la notification et l'investigation des cas de maladie) |
| Organiser les activités de lutte contre la maladie (dépister et prendre en charge les cas de mal nutrition, de tuberculose, de lèpre, onchocercose...)  |
| Organiser deux réunions semestrielles de Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé (CPCSS) |
| Organiser xx formations à l'intention du personnel des CS |
| Assurer l'évaluation de la qualité des données |
|   |
|   |
| A5. DRS |
| Organiser les missions de supervision intégrée en collaboration avec les partenaires techniques et financiers (DPS, hôpitaux et CS) |
| Organiser deux sessions semestriels du comité technique régional de la santé |
| Organiser quatre réunions trimestrielles de validation des données sanitaires |
| Organiser deux réunions semestrielles de revues du plan d'action opérationnel  |
| Assurer la coordination des interventions de santé publique |
| Réaliser xx recherches opérationnelles pour améliorer la performance du système de santé  |
| Appuyer les hôpitaux de la région dans l'élaboration des projets d'établissement hospitalier |
| Organiser l'atelier d'élaboration du PAO 2021 de la DRS |
| Organiser les missions de contre-monitorage dans les formations sanitaires |
| Assurer le frais de fonctionnement de la région sanitaire (maintenance des équipements, fourniture de bureau, carburant, connexion internet etc.) |
| Assurer le suivi régulier de la promptitude, la complétude des rapports SNIS |
| Organiser les activités de surveillance épidémiologique (l'identification, la notification et l'investigation des cas de maladies) |
| Organiser les activités de lutte contre la maladie (dépister et prendre en charge les cas de malnutrition, de tuberculose, de lèpre, onchocercose...)  |
| Organiser deux réunions semestrielles de Comité régional de coordination du secteur de la sante (CPCSS) |
| Organiser xx formations à l'attention du personnel des DPS, HP et CS |
| Assurer l'évaluation de la qualité des données |
|  |
| **B. Structures Centrales** |
|  |
| **B.1 Infrastructures et équipements** |
| Elaborer/actualiser/harmoniser les normes et standards en matière d'infrastructures sanitaires (plan directeur)  |
| Mettre à jour la carte sanitaire conformément aux orientations du PNDS 2015 - 2024 |
| Elaborer un manuel d'application pour le suivi des normes et standards en matière d'infrastructures sanitaires |
| Elaborer un plan d'investissement pour les infrastructures sanitaires |
| Etablir et collecter les documents administratifs des infrastructures sanitaires à tous les niveaux (plan de masse, acte de donation, permis de construire, sollicitation des bénéficiaires, autorisation du Ministère de la Santé) |
| Elaborer/actualiser/harmoniser les normes et standards en matière d'équipements sanitaires |
| Estimer les besoins en matière d'équipement sanitaires selon les normes et standards définis (inventaires/base de données) |
| Elaborer un plan d'équipement des structures sanitaires (acquisition, renouvellement, mise au rebut, etc.) |
| Elaborer/actualiser la politique nationale de maintenance |
| Doter la fonction maintenance des ressources humaines et financières suffisantes (recrutement, formation initiale et continue, budgets) |
| Mettre en œuvre le plan directeur de la maintenance (gestion globale de la maintenance) |
| Assurer le financement adéquat de la maintenance (dédier une ligne budgétaire)  |
| Prévoir/aménager et mettre à niveau des espaces adéquats de stockage  |
| Organiser/améliorer les réseaux de distributions des produits de santé |
| Elaborer un plan national d'approvisionnement des produits de santé |
| Améliorer les compétences du personnel chargé des approvisionnements |
| Créer une base de données pour l'archivage et la diffusion des informations |
| Acquérir et rendre fonctionnel un logiciel de gestion de la maintenance assisté par l'ordinateur (GMAO) |
| Diffuser le plan directeur de la maintenance (manuels de procédures, outils de gestion, normes et bonnes pratiques, maintenance, etc…) |
| Elaborer une feuille de route pour le suivi des activités du groupe |
| Définir/organiser les réunions et rédiger les rapports de réunions du groupe thématique  |
| Evaluer le niveau de mise en œuvre du plan d'action opérationnel |
| Coordonner avec les autres groupes thématiques (partage d'informations, discussions de groupe, ….) |
|  |
| **B.2 Produits de santé** |
| Elaborer les textes d’application complémentaires de la loi pharmaceutique |
| Renforcer les capacités des organes de régulation pharmaceutique (DNPM, IGS, l’Ordre National des Pharmaciens, LNCQM, CNM) pour une bonne réglementation du secteur. |
| Créer l’agence de régulation pharmaceutique prévue dans la loi pharmaceutique |
| Renforcer les mécanismes de contrôle de la traçabilité des produits de santé dans les établissements pharmaceutiques |
| Renforcer la Pharmacie Centrale de Guinée dans sa fonction d'approvisionnement en produits de santé |
| Réviser la politique nationale de transfusion sanguine et élaborer la loi sur la transfusion sanguine |
| Elaborer le plan de développement des infrastructures et équipements de transfusion sanguine |
| Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion du don volontaire non rémunéré et de la collecte de sang. |
|  Meubler le cadre organique du CNTS |
|  Définir et meubler le cadre organique des structures déconcentrées (CRTS et UHTS) |
| Renforcer les plateaux techniques des laboratoires des hôpitaux préfectoraux, régionaux et nationaux  |
| Former des techniciens de laboratoires et des spécialistes en biologie médicale |
| Accroitre des subventions allouées a l'acquisition des produits de santé. |
| Assurer le paiement à temps des fonds de contrepartie dans le cadre de l'approvisionnement en produits de santé |
| Développer et mettre en œuvre des plans de renforcement des capacités des prestataires sur l'utilisation rationnelle des produits de santé |
| Développer et mettre en œuvre les procédures nationales de vigilance (pharmacovigilance, hémovigilance, réactovigilance, matériovigilance, MAPI…) |
| Assurer le contrôle/le suivi de la gestion et la traçabilité des produits de santé. |
| Développer des mécanismes attractifs pour la création des unités de production locale. |
| Encadrer et accompagner les producteurs de médicaments traditionnels et galéniques. |
| Renforcer les capacités du CNTS et des CRTS pour la préparation des produits labiles. |
| Élaborer les documents de normes et procédures d'assurance qualité des produits et technologie de santé |
| Mettre en application les documents et procédures d'assurance qualité des produits et technologie de santé |
| Faire le suivi évaluation de la mise en œuvre du système d'assurance  |
| Élaborer les documents de bonnes pratiques de la transfusion sanguine, de laboratoire et les autres technologies de santé |
| Vulgariser les documents de bonnes pratiques de la gestion des produits et technologies  |
| Organisation des réunions mensuelles de suivi des activités |
| Supervision trimestrielle de suivi de la gestion des produits et technologies de santé. |
| Formuler des recommandations au Ministère de la santé sur la gestion efficace des produits et technologies de santé |
|  |
| **B.3 Qualité des prestations de soins de santé** |
| Elaborer les textes règlementaires relatifs à la gestion des risques dans les établissements de soins |
| Adapter les documents PCI existant aux nouvelles recommandations de l'OMS pour l'Afrique |
| Disséminer les PMA et PCA validé par le conseil de cabinet |
| Mettre en place un cadre de concertation avec toutes les composantes du sous-secteur privé médical pour sa régulation |
| Diffuser à tous les niveaux de la pyramide sanitaire le code d'éthique et de déontologie médicale harmonisé de l'OOAS |
| Introduire dans la structure des hôpitaux un organe chargé de l'assurance qualité  |
| Mettre en œuvre le MA dans les hôpitaux de la région de Nzérékoré et la préfecture de Kérouané |
| Mettre en place l'approche SBM-R dans 2 centres de santé ruraux par région |
| Disséminer les protocoles thérapeutiques révisés |
| Disséminer les ordinogrammes révisés |
| Réviser le document de politique nationale assurance qualité, gestion des risques et sécurité des patients et le plan stratégique |
| Poursuivre les réunions de capitalisation trimestrielles des expériences des hôpitaux nationaux, les documenter et les diffuser à tous les niveaux  |
| Inscrire dans les TDR des CTPS et CTRS le partage des bonnes pratiques observées dans les structures sanitaires |
| Tenir les réunions mensuelles du groupe thématique  |
| Désigner des points focaux pour la coordination/communication avec les autres groupes thématiques  |
|  |
| **B.4 Financement** |
| Faire l'état des lieux des mécanismes et stratégie de financement existants et leurs performances (CNSS, INAMO, Gratuité, FBR, Mutuelle...) |
| Réviser la stratégie nationale CSU et inclure des reformes (tarification, études des coûts, identification financements innovants...) |
| Elaborer les comptes de la santé des exercices 2017, 2018 et 2019 |
| Mettre à l'échelle l’approche de Financement Basé sur les résultats |
| Assurer le fonctionnement de la Cellule Technique Nationale (CTN-FBR) |
| Assurer le fonctionnement des Points Focaux Préfectoraux FBR (Dubréka, Kouroussa, Mandiana et Télimélé) |
| Organiser des réunions trimestrielles du Comité de Pilotage National de coordination et de validation des résultats FBR avec 50 participants |
| Organiser des réunions mensuelles des Comités Préfectoraux de coordination et de validation des résultats (FBR) avec 25 personnes |
| Organiser une réunion de plaidoyer de haut niveau auprès du MEF et Budget pour le financement du FBR avec 50 participants |
| Assurer le paiement des primes et subsides aux formations sanitaires et structures de gestion impliquées dans la mise en œuvre du FBR |
| Recruter deux agences régionales de contractualisation et de vérification FBR |
| Faire le découpage et la sélection des formations sanitaires éligibles au FBR avec l’implication des DPS/DRS et partenaires locaux (Communes, OSC, DMR) par une équipe de 3 cadres et 1 chauffeur pendant 15 jours par District.  |
| Organiser un voyage d’études de 2 semaines pour 15 cadres du niveau central et déconcentré du MS/CTN-FBR/UGP à l'étranger |
| Faire l'évaluation pour la mise à jour des indicateurs de base sous achat (Contractuels) pour le FBR |
| Elaborer, valider et disséminer les modules de formation des prestataires sur le FBR (manuel du formateur, cahiers du participant)  |
| Assurer la formation de 514 personnels de santé (184 prestataires des centres de santé, 30 prestataires des hôpitaux et 300 RECO) sur le FBR pendant 6 jours en moyenne |
| Assurer la formation des membres de la CTN-FBR et de personnes ressources du niveau central sur le portail FBR avec 20 participants pendant 5 jours |
| Tenir une cérémonie officielle de lancement du FBR dans les régions de Kankan et Kindia |
| Assurer le recrutement de deux OBC chargées de mettre à disposition des enquêteurs pour la réalisation de la vérification communautaire |
| Réaliser une évaluation annuelle de l'Impact du FBR dans les 4 districts pilotes du projet |
| Mettre en place les 2 comités régionaux (11 membres par comité : Kankan et Kindia) et 4 comités préfectoraux (25 membres par comité: Kouroussa, Mandiana, Dubréka, Télimélé) de coordination et de validation des résultats du financement basé sur le résultat pendant 12 jours |
| Assurer la formation de 30 membres des comités régionaux/préfectoraux de coordination et de validation des résultats du FBR sur le FBR pendant 6 jours par 2 formateurs à Kankan |
| Assurer la formation de 30 membres des comités régionaux/préfectoraux de coordination et de validation des résultats du FBR sur le FBR pendant 6 jours à Kindia |
|  |
| **B.5 Gouvernance**  |
| Organiser deux réunions semestrielles du comité de coordination du secteur de la Santé |
| Organiser deux sessions semestrielles du comité technique de coordination du secteur de la santé (CTC) |
| Développer et mettre en place des outils d'évaluation de la performance des entités du MS et mesures correctrices |
| Organiser une revue à mi-parcours du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015 - 2024 |
| Actualiser le compact National de la Santé |
| Mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités du secrétariat technique du Comité de Coordination du Secteur de la Santé |
| Faire le plaidoyer en vue d'ériger le BSD en une Direction Nationale de la Planification et de la Recherche (DNPR) |
| Appuyer l'élaboration du guide de supervision intégrée des formations sanitaires |
| Renforcer le niveau déconcentré en ressource humaines pour la planification et la gestion |
| Suivre et appuyer la mise en place d'un mécanisme de retro information entre le niveau central et le niveau déconcentré |
| Elaborer la stratégie nationale de communication du ministère de la santé prenant en compte les aspects multisectoriels |
| Mettre en place un cadre de partenariat public - privé dans le cadre de la santé (finalisation de la cartographie, élaboration et mise en œuvre de la feuille de route PPP, plateforme de concertation privé-public) |
| Mettre en place la cellule de communication et la meubler |
| Actualisation les codes de déontologie professionnelle dans le secteur de la santé |
| Actualiser les textes d'application de la loi AN024 révisés portant législation et réglementation pharmaceutique en Guinée |
| Elaborer la loi hospitalière et ses textes d'application |
| Renforcer les inspections au niveau des structures sanitaires (étendre l'inspection au-delà du BND) |
| Actualiser le code de santé publique |
| Publier deux articles scientifiques sur la gouvernance du secteur de la santé en Guinée |
| Diffuser le manuel de procédures administratives, comptables et financières du Ministère de la Santé |
| Réaliser l'enquête MICS Guinée 2020 |
| Recruter et assurer la prise en charge du personnel de la Cellule Economique d'appui au BSD : 1 Ingénieur statisticien, 1 démographe, 1 Economiste de la santé, 1 Spécialiste en Planification, 1 Spécialiste en renforcement du système de santé  |
| Recruter et assurer la prise en charge du personnel d'appui des régions et districts cibles du PRSCS : 2 spécialistes en planification sanitaire et 10 spécialistes en gestion des données pour les 10 préfectures des régions cibles du PRSCS |
| Réaliser une enquête de satisfaction des usagers et de surveillance des dépenses personnelles pour la santé |
| Réaliser l'évaluation de la qualité de soins essentiels de base (soins de santé primaires) |
| Assurer les frais de connexion internet du MS  |
| Organiser par an 4 réunions trimestrielles des 3/8 groupes thématiques du PNDS (Financement - Coordination - Prestations) avec 25 participants |
| Organiser un atelier de revue et de consolidation des PAO 2020, 2021et 2022 des services centraux et déconcentrés du MS et les PTF pendant 15 jours pour 20 participants  |
| Financer le renforcement des capacités (Courte durée) de trois (3) cadres sur la gestion des systèmes de santé, la planification stratégiques et le Suivi-Evaluation |
| Former 5 cadres du BSD sur le financement de la santé pour la couverture sanitaire Universelle pendant 3 semaines à l'étranger |
| Réaliser une évaluation des besoins en infrastructures sanitaires et équipements dans les régions cibles du PRSCS |
| Mettre à jour le registre des établissements devant servir de carte sanitaire dynamique |
|  |
| **B.6 Ressources humaines** |
| Validation et diffusion de la Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines en Santé |
| Elaboration, validation/diffusion du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé |
| Mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé |
| Revue du PAO 2019 et élaboration du PAO 2020 |
| Renforcement des capacités de l'équipe de la Direction RHS |
| Révision et validation des cadres et textes organiques des DRS et DPS |
| Renforcement des capacités en GRHS au niveau déconcentré et décentralisé |
| Dissémination du Manuel de Procédures GRHS |
| Description des Postes de Travail |
| Etablir le répertoire des métiers |
| Développement de partenariat Public-Privé dans le cadre de la gestion des RHS (centre incubateur) |
| Appui à la formation continue à l'étranger |
| Organisation d'une supervision semestrielle  |
| Informatisation des Ressources Humaines (iHRIS) |
| Renforcer les compétences de base numérique pour le personnel de la Direction RHS (central et déconcentré) |
| Formation en iHRIS |
| Réaliser l'interopérabilité iHRIS et DHIS2 |
| Estimer les besoins du personnel en fonction de la charge de travail (WISN) |
| Appuie à la mise en œuvre du Plan Stratégique des Faculté des Sciences et Techniques de la Santé (FSTS) en fonction des normes de l'OOAS |
| Renforcement des capacités des ordres professionnels (sage-femme, infirmiers, médecins, odonto, ...) |
| Appuie du Ministère de l'Enseignement Professionnel à la formation des Techniciens de Santé Communautaire |
|  Suivi de l'application de la mise en œuvre des incitatifs financiers |
| Mise en place des commodités de vie pour le personnel de santé (logement avec electrification et adduction d'eau, moyen de déplacement, etc…) |
| Déconcentration du recrutement |
| Appel à candidature au niveau décentralisé |
| Faire le suivi de l'utilisation du Manuel de Procédures en GRHS |
| Contractualisation en position de pré-embauche |
| Organiser une réunion du groupe thématique une fois par mois |
| Mise en place du listing de mails |
| Création des sous-groupes (Formation continue, iHRIS, Formation initiale, etc…) |
| Identifier une personne chargée de faire le suivi des activités du GTE |
|   |
| **B.7 Système d'information sanitaire et recherche** |
| Assurer la reproduction et la dissémination des outils (primaires) de collecte et de transmission SNIS |
| Réaliser la formation des équipes cadre de district sur la qualité des données SNIS |
| Assurer le déploiement du DHIS2 dans les centres de santé des régions de Kindia et Kankan (Formation et forfait de connexion internet) |
|   |
|   |
| **B.8 Santé Communautaire**  |
|   |
|   |
|   |
| **B.9 Promotion de la Santé** |
|   |
|   |
|   |
| **B.10 Lutte contre la maladie** |
|   |
|   |
|   |
|   |
| **B.11 Santé familiale et nutrition** |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

## Annexe : Coûts unitaires

| **RUBRIQUES** | **Unité** | **PUGNF** | **Cout en USD** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.1 Fournitures** |  |  |  |
| Bloc-notes GF Format A4 (100 pages) | Pièce  |  10 000  |  1  |
| Chemises à rabat PVC cartonné | Pièce  |  5 500  |  1  |
| Chemises à rabat (plastique) | Pièce  |  10 000  |  1  |
| Bic / unité (ball point) | Pièce  |  1 500  |  0  |
| Papier géant rouleau (50 feuilles) | Pièce  |  75 000  |  8  |
| Scotch crêpé rouleau petit modèle | Pièce  |  2 000  |  0  |
| Marqueurs (paquet de 12, paquet 10 (STAEDTLER) | Pièce  |  70 000  |  8  |
| Rames de tirage : Carton de 5 ramettes (80 g) | Pièce  |  230 000  |  26  |
| Sac/unité Ordinateur portable | Pièce  |  250 000  |  28  |
| Crayon/unité | Pièce  |  1 000  |  0  |
| Crayon/unité | Pièce  |  5 000  |  1  |
| Gomme/unité | Pièce  |  1 000  |  0  |
| Bloc-notes PF unité (A5/100 pages) | Pièce  |  5 500  |  1  |
| Licence antivirus 1 poste | Pièce  |  300 000  |  33  |
| Coffres (grand modèle) unité (B-D 1200/PANSY) | Pièce  |  18 000 000  |  2 000  |
| Coffres petit modèle | Pièce  |  3 950 000  |  439  |
| Malles d'archivage boite d'archive en carton | Pièce  |  7 000  |  1  |
| Cachet blanc (timbre gaufre) unité/diamètre 40) | Pièce  |  4 160 323  |  462  |
| Cachet diamètre 40 avec encreur incorporé | Pièce  |  300 000  |  33  |
| Cachet diamètre 36 | Pièce  |  250 000  |  28  |
| Registres (PM) registre pré-imprimé arrivée/ départ (70 pages) | Pièce  |  45 000  |  5  |
| Registres simples 400 pages | Pièce  |  55 000  |  6  |
| Encre pour imprimante HP (laser jet 808) | Pièce  |  480 000  |  53  |
| Encre pour imprimante HP (laser jet 05A) | Pièce  |  480 000  |  53  |
| Encre pour imprimante HP (laser jet 64A) | Pièce  |  480 000  |  53  |
| Encre pour imprimante HP (laser jet 85A) | Pièce  |  350 000  |  39  |
| Encre pour imprimante HP (desk jet 21/22) | Pièce  |  300 000  |  33  |
| Encre pour imprimante HP (laser jet 99/20, 21, 22,23) | Pièce  |  4 500 000  |  500  |
| Encre pour photocopie Canon (IR/3035) | Pièce  |  970 000  |  108  |
| Encre pour photocopie Canon (IR/5077) | Pièce  |  2 000 000  |  222  |
| **A.2 Véhicules et équipements** |
| Acquisition et frais d'acheminement capitale véhicule (type A) | unité |   |  -  |
| Acquisition et frais d'acheminement capitale véhicule 4X4 (type B) Toyota hardtop | unité |  238 050 750  |  26 450  |
| Camion 10 tonnes | unité |   |  -  |
| Camionnette | unité |   |  -  |
| Ambulance | unité |   |  -  |
| Ordinateur fixe | Unité |   |  -  |
| Imprimante Laser | Unité |   |  -  |
| Onduleur et accessoires | Unité |   |  -  |
| Multiprise à protection antifoudre | Unité |   |  -  |
| Table informatique | Unité |   |  -  |
| Ordinateur portable | Unité |   |  -  |
| Kit station informatique PC - CPU, moniteur, clavier, souris, scanner/imprimante, onduleur et antivirus  | kit |  10 270 190  |  1 141  |
| Kit informatique ordinateur portable et logiciels de base | kit |  8 526 502  |  947  |
| Clé USB internet  | pièce |  950 000  |  106  |
| Clé USB (2 Go) | pièce |  80 000  |  9  |
| Clé USB (4 Go) | pièce |  100 000  |  11  |
| Clé USB (8 Go) | pièce |  150 000  |  17  |
| Abonnement clé USB internet - par mois | forfait mensuel |  450 000  |  50  |
| Disque dur externe (500 Go) | unité  |  800 191  |  89  |
| Projecteur multimédia | unité |  16 000 000  |  1 778  |
| Beamer | unité |  6 801 450  |  756  |
| Appareil numérique standard | unité |  2 040 000  |  227  |
| Appareil numérique professionnel | unité |  15 000 000  |  1 667  |
| Imprimante/ photocopieuse | unité |  3 060 653  |  340  |
| Imprimante/ photocopieuse | unité |  46 649 037  |  5 183  |
| Réfrigérateur  | PM |  2 050 000  |  228  |
| Télévision | écran 29 |  3 400 725  |  378  |
| Magnétoscope ou lecteur DVD |   |  341 093  |  38  |
| Rallonge électrique antifoudre 10m |   |  578 123  |  64  |
| Magnétophone  |   |   |  -  |
| Groupe électrogène 30 KVA | Unité |   |  -  |
| Groupe électrogène insonorisé automatique 40 KVA | Unité |   |  -  |
| Maintenance (Achat, pièces et MO)  | 6% |   |  -  |
| Téléphone portable  | pièce |  1 500 000  |  167  |
| Climatiseur 2CV Split Split 12000 BTU | pièce |  9 181 958  |  1 020  |
| Moto (type A) AG | pièce |  25 000 000  |  2 778  |
| Moto (type B) TVS | pièce |  6 970 000  |  774  |
| Motocyclette | unite |   |  -  |
| Bureau 160/A/R | pièce |  1 500 000  |  167  |
| Bureau 180/A/R Informatique | pièce |  3 400 725  |  378  |
| Fauteuil Haut dossier rembourré | pièce |  1 224 261  |  136  |
| Chaises visiteurs sans accoudoir rembourré | pièce |  511 605  |  57  |
| Armoires 2 battants | pièce |  1 739 403  |  193  |
| Bancs métallique 3 places | pièce |  1 850 000  |  206  |
| Logiciel Intégré de Comptabilité TOMPRO |   |   |  -  |
| Fauteuil haut dossier | Unité |   |  -  |
| Chaises visiteurs sans accoudoirs | Unité |   |  -  |
| Armoire métallique deux battants | Unité |   |  -  |
| Armoire dossier suspendu | Unité |   |  -  |
| Tableau d'affichage à feutre effaçable | Unité |   |  -  |
| Destructeur de papier | Unité |   |  |
| Rétroprojecteur | Unité |   |  -  |
| Ecran de rétroprojecteur | Unité |   | -  |
| VSAT pour connexion internet + Accessoires + installation | Unité |   |  -  |
| Licence officielle du VSAT (ARPT) | Unité |   |  -  |
| Redevance annuelle du VSAT (ARPT) | Unité |   |  -  |
| Serveur de fichier multi disque | Unité |   |  -  |
| Location Bande passante | Frais/an |   |  -  |
| Fourniture et installation d'un réseau informatique et ondulé 50 ordinateurs | Unité |   |  -  |
| Système de protection électrique | Unité |   |  -  |
| Système d'alimentation secours par batterie chargeur autonome 12h sans la climatisation | Unité |   |  -  |
| **A.3 Travaux/infrastructures/Réhabilitation** |
| Construction | m2 |   |  -  |
| Petite réparation | m2 |   |  -  |
| Réparation Moyenne | m2 |   |  -  |
| Grosse Réparation | m2 |   |  -  |
| Forages | Unité |   |  -  |
| **A.4 Prestations diverses** |
| **Location Salle** |
| Salle moyen standing / Conakry | jrs |  3 000 000  |  333  |
| Salle moyenne /Conakry | jrs |  1 500 000  |  167  |
| Salle moyenne /intérieur | Structure publ. santé |  350 000  |  39 |
| Salle moyenne /intérieur | Structure publ. santé |  250 000  |  28  |
| Petite Salle/Conakry | jrs |  800 000  |  89  |
| Salle grand standing/Conakry | niveau 1 |  3 500 000  |  389  |
| Salle grand standing/Conakry | niveau 2 |  5 000 000  |  556  |
| Salle grand standing/ intérieur  |   |  2 500 000  |  278  |
| Salle grand moyen standing/intérieur |   |  1 500 000  |  167  |
| **Restauration** |
| Pause-café Capitale (traiteur) | Pers/jour |  20 000  |  2  |
| Pause déjeuner Capitale (traiteur) | Pers/jour |  60 000  |  7  |
| Pause déjeuner hôtel Capitale | Pers/jour/Novotel |  380 000  |  42  |
| Pause déjeuner Région (traiteur) | Pers/jour |  30 000  |  3  |
| Pause-café - Région (traiteur) | Pers/jour |  15 000  |  2  |
| Pause déjeuner Région Hôtel | Pers/jour |  150 000  |  17  |
| Pause-café - Pause déjeuner ensemble Région | Pers/jour |  45 000  |  5  |
| **Carburant** |
| Carburant auto (Gasoil) | litre |  9 500  |  1  |
| Carburant moto (essence) | litre |  9 500  |  1  |
| Consommation moyenne 4X4 | 100/km/litre |  18  |  0  |
| Consommation moyenne moto | 100/km/litre |  4  |  0  |
| **Perdiem - Agents du gouvernement et du secteur privé**  |
| Perdiem inter - région (nuitée) |   |  350 000  |  39  |
| Perdiem intra - région (nuitée) |   |  200 000  |  22  |
| Perdiem inter - région (journée) |   |  199 000  |  22  |
| Perdiem intra région (journée) |   |  150 000  |  17  |
| Perdiem chauffeur inter-région (nuitée) |   |  350 000  |  39  |
| Perdiem chauffeur - inter-région (journée) |   |  199 000  |  22  |
| Perdiem chauffeur intra - région (nuitée) |   |  200 000  |  22  |
| Perdiem chauffeur - intra-région (journée) |   |  150 000  |  17  |
| Perdiem résident |   | 50 000  |  6  |
| Perdiem international voyage hors pays (zone Afrique)  | pers/nuitée | 1 400 000  |  156  |
| **Honoraires journaliers et Rémunérations** |
| Enquêteurs/secrétaire | jour |  250 000  |  28  |
| Facilitateur Conakry | jour |  250 000  |  28  |
| Facilitateur Intérieur | jour |  200 000  |  22  |
| Consultant junior national | jour |  850 181  |  94  |
| Consultant senior national | jour |  850 181  |  94  |
| Consultants internationaux | H/J |   |  -  |
| Perdiem | H/J |   |  -  |
| Billet d'avion | billet |   |  -  |
| Cabinets nationaux | 4 H/J |   |  -  |
| Cabinets nationaux études nationales | 7 H/J |   |  -  |
| Cabinets internationaux | 3 H/J |   |  -  |
| **Publications et Communiqués** |
| Avis de Recrutement | 1/2 page |  1 500 000  |  167  |
| Avis de Recrutement | Radio nationale /dif/langue |  100 000  |  11  |
| Avis de Recrutement | Radio Privée/ dif/langue |  75 000  |  8  |
| Avis de Recrutement | Presse écrite locale(1/4page) |  750 000  |  83  |
| Avis de Recrutement | Presse en ligne |  2 000 000  |  222  |
| **Activités évènementielles** |
| Indemnité formation encadrement facilitation |   |   |   |
| Prestation artiste individuelle junior | /jr |  2 500 000  |  278  |
| Prestation artiste individuelle senior | /jr |  5 000 000  |  556  |
| Prestation théâtrale | /jr |  3 000 000  |  333  |
| Location tribune 100 places | /jr |  5 000 000  |  556  |
| Location tribune 50 places | /jr |  3 000 000  |  333  |
| Location bâches + tubes |   |  500 000  |  56  |
| Location de tentes 100 Personnes | /jr |  500 000  |  56  |
| Location de chaise | /chaise |  1 500  |  0  |
| Location sonorisation | /jr |  500 000  |  56  |
| Location salle + 50 personnes | /jr |  3 000 000  |  333  |
| Location salle – 50 personnes | /jr |  1 500 000  | 167  |
| Location car 35 places + de 6 h | /jr hors carburant/Conakry |  2 500 000  |  278  |
| Location car 35 places + de 6 h | /jr hors carburant/Intérieur |  3 500 000  |  389  |
| Location car 35 places – de 6 h |   |  2 500 000  |  278  |
|  **B- Cout unitaire des principales activités** |
|  |  |  |  |
| **B1. Formations et Ateliers** |
| Formations/Ateliers Conakry | Par pers/J  |   |  -  |
| Formations/Ateliers Intérieur | Par pers/J  |   |  -  |
| Formation des pairs éducateurs | Par pers/J  |   |  -  |
| Formation communautaire | Par pers/J  |   |  -  |
| Formations/Ateliers Conakry | Par pers/J  |   |  -  |
| Formations/Ateliers Intérieur | Par pers/J |   |  -  |
| Ateliers/Validation/Révision/Réunion | Par pers/J |   |  -  |
| Formation des pairs éducateurs | Par pers/J  |   |  -  |
| Formation communautaire | Par pers/J  |   |  -  |
| Formations à l'étranger sous-région | Module  |   |  -  |
| Voyage  |   |  -  |
| Par pers/J  |   |  -  |
| Formations à l'étranger Hors sous-région | Module  |   |  -  |
| Voyage  |   |  -  |
| Par pers/J  |   |  -  |
| **B 2. Réunions** |
| Comité Technique sous préfectoral de santé |   |   |  -  |
| Comité Technique Préfectoral de santé |   |   |  -  |
| Réunion trimestrielle de dialogue politique en santé |   |   |  -  |
| Réunion mensuelle de surveillance des CCS |   |   |  -  |
| Réunions mensuelles des centres de santé |   |   | -  |
| Comité Technique Régional de santé |   |   | -  |
| Comité Technique Régional de Coordination du secteur de la santé |   |   |  -  |
| Comité Technique de Coordination du secteur Santé |   |   |  -  |
| **B 3 Voyages** |
| Voyages d'études/missions-Afrique de l'Ouest |  Par voyage/Pers  |   |  -  |
|  Par pers/J  |   |  -  |
|  Voyage  |   |  -  |
| Voyages d'études/missions-Autres régions |  Par voyage/Pers  |   |  -  |
|  Voyage  |   |  -  |
|  Par pers/J  |   | -  |
| **B 4 Missions** |
| Supervision nationale (central vers région) |   |   |  -  |
| Supervision régionale (région vers district sanitaire) |   |   |  -  |
| Supervision préfectoral (district vers CS) |   |   |  -  |
| Supervision des CS (CCS vers Postes de santé) |   |   |  -  |
| Supervision communautaire (ASC vers RECO) |   |   |  -  |
| Stratégies avancées |   |   |  -  |

## Annexe : Projets et Programmes de Santé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Projets** | **Structures bénéficiaires** | **Montant attendu 2022** | **Interventions/Actions** |
| Programme d'Appui à la Santé (PASA2) |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Projet d'Appui au Secteur de la Santé Post Ébola (PASSPE) |  |  |  |
| Projet Réhabilitation Hôpital Donka |  |  |  |
| Projet Régional de renforcement des capacités des systèmes de surveillance épidémiologique en Afrique de l'Ouest (REDISSE) |  |  |  |
| Projet Santé de la reproduction et familiale (PSR/KFW) |  |  |  |
| Programme Santé de la reproduction et familiale (PSRF/GIZ) |  |  |  |
| LABOGUI |  |  |  |
| Projet de Renforcement des Services et Capacités Sanitaires (BM) |  |  |  |
| Projet de Soutien au Système Sanitaire National (P3SN) |  |  |  |
| **Programmes nationaux de santé** |  |  |  |
| Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) |  |  |  |
| Programme National de lutte contre le SIDA et les hépatites (PNLSH) |  |  |  |
| Programme National de Lutte contre la tuberculose (PNLAT) |  |  |  |
| Programme Elargi de Vaccination (PEV) |  |  |  |
| Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (PNMTN) |  |  |  |
| Programme National de Lutte contre les Maladies non Transmissibles (PNLMNT) |  |  |  |
| Programme National de Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (PNSMNI) |  |  |  |