

République de Guinée
Travail - Justice - Solidarité



**MINISTRE DE LA SANTE
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE FAMILIALE ET DE LA NUTRITION**



**DOSSIER D'INVESTISSEMENT POUR LA REDUCTION
DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE,
INFANTO JUVENILE ET DES ADOLESCENTS
2020 - 2024**

République de Guinée
Travail - Justice - Solidarité



MINISTRE DE LA SANTE
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE FAMILIALE ET DE LA NUTRITION

DOSSIER D'INVESTISSEMENT POUR LA REDUCTION
DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE,
INFANTO JUVENILE ET DES ADOLESCENTS
2020 - 2024

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES.....	6
ACRONYMES	7
REMERCIEMENTS	9
PREFACE.....	10
INTRODUCTION	12
1. CONTEXTE GENERAL.....	13
1.1. CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE	13
1.2. CONTEXTE ECONOMIQUE EN GUINEE	13
1.3. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE.....	14
1.3.1. Organisation du système de santé.....	14
1.3.2. Situation des Ressources Humaines en Santé (RHS).....	15
1.3.3. Organisation du Secteur pharmaceutique.....	15
1.3.4. Financement du secteur de la santé	16
1.3.5. Gouvernance et leadership	18
2. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNI-N.....	19
2.1. NIVEAUX ET CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE	19
2.2. NIVEAU ET CAUSES DE LA MORTALITE NEONATALE	20
2.3. NIVEAUX ET CAUSES DE LA MORTALITE INFANTO JUVENILE.....	21
2.4. SANTE DES ADOLESCENTS/JEUNES	22
2.5. LE CONTINUUM DE SERVICES EN SRMNI-N	22
2.5.1. Planification familiale	22
2.5.2. Prévention Transmission Mère – Enfant (PTME).....	23
2.5.3. Accouchements assistés par un personnel qualifié	23
2.5.4. Soins obstétricaux et néonataux d’urgences.....	24
2.5.5. Consultation postnatale de la mère et du nouveau-né.....	25
2.5.6. Nutrition chez les nouveau-nés.....	25
2.5.7. Nutrition chez les enfants de moins de cinq ans.....	27
2.5.8. Prévalence de l’anémie	27
2.5.9. Suppléments en micro-nutriments (Vitamine A, fer et iode)	27
2.5.10. Soins préventifs : la Vaccination	27
2.6. LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DU NOUVEAU-NE ET DE DE L’ENFANCE (PCIMNE)	28
2.6.1. Paludisme	28
2.6.2. Diarrhée	28
2.6.3. Infections respiratoires aigües (IRA).....	28
3. LES DETERMINANTS DE LA SANTE	29
3.1. DETERMINANTS ECONOMIQUES	29
3.2. DETERMINANTS SOCIO-CULTURELS	29
3.3. VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE ET LES PRATIQUES NEFASTES	29
3.4. DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX : HABITAT, EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT.....	30
4. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME ESEC EN GUINEE	30
4.1. VARIATIONS PAR CARACTERISTIQUES.....	30
4.2. LIEN AVEC LE SYSTEME D’IDENTIFICATION DE BASE LES SERVICES PUBLICS ET PRIVES FONCTIONNELS AU NIVEAU NATIONAL	32

5. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET MESURES CORRECTRICES POUR UNE UTILISATION DES SERVICES DE QUALITE.....	33
5.1. METHODOLOGIE	33
5.2. ANALYSE DES CAUSES DES GOULOTS MAJEURS.....	34
5.2.1. Disponibilité des intrants	34
5.2.2. Disponibilité des ressources humaines	35
5.2.3. Acceptabilité socioculturelle	35
5.2.4. Couverture effective : la qualité dans les prestations	35
5.3. GOULOTS D'ETRANGLEMENT MAJEURS AU NIVEAU DE L'ENVIRONNEMENT	35
5.3.1. Gouvernance, coordination et partenariat.....	35
5.3.2. Système d'information sanitaire.....	36
6. VISION ET MISSION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	38
6.1. MISSION DU DI.....	38
6.2. PRINCIPES DIRECTEURS	38
7. PRIORISATION DES REGIONS	39
7.1. HYPOTHESES ET PRINCIPES	39
7.1.1. Hypothèses	39
7.1.2. Principes.....	39
7.2. METHODOLOGIE	39
7.2.1. Indicateurs.....	39
7.2.2. Calcul des besoins.....	40
7.3. PRIORISATION DES REGIONS.....	41
8. PAQUET INTEGRE D'INTERVENTIONS DE SRMNIA-N A HAUT IMPACT	41
8.1. SYNTHESE DES CAUSES DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE DONNANT LIEU AU PAQUET DE LA SRMNIA-N.....	42
8.1.1. Santé maternelle	42
8.1.2. Santé néonatale	42
8.1.3. Santé infanto juvénile	42
9. DEFINITION DES REFORMES PRIORITAIRES COMME REPONSES AUX GOULOTS D'ETRANGLEMENT .43	
9.1. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE SANTE COMMUNAUTAIRE	43
9.2. EXTENSION ET PERENNISATION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	44
9.2.1. Prise en charge des Indigents :.....	44
9.3. MISE EN ŒUVRE DU PLAN ET DES INITIATIVES INTEGREES DE COMMUNICATION	45
9.4. RENFORCEMENT DE LA QUALITE ET UTILISATION DES DONNEES	45
9.5. AMELIORATION DE LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT.....	45
9.5.1. <i>l'amélioration de la disponibilité des intrants de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</i> 46	
9.5.2. <i>le renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement à travers le développement des ressources humaines de qualité.</i>	46
9.5.3. <i>l'amélioration du système d'information des données logistiques pour la prise de décision à tous les niveaux.</i>	46
9.6. GOVERNANCE ET RENFORCEMENT DE LA COORDINATION MULTISECTORIELLE/UAGP	46
9.7. PROMOUVOIR L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ETAT CIVIL (NAISSANCES, MARIAGES ET DECES).....	47
10. THEORIE DU CHANGEMENT	49
<i>La théorie du changement de haut niveau (effets et impact).....</i>	49
11. ESTIMATION DE L'IMPACT DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE LA SRMNIA-N	51
11.1. ESTIMATION DE L'IMPACT DES TROIS SCENARIOS	52
11.1.1. Santé néonatale	52


a.	<i>Impact national sur la santé néonatale</i>	52
b.	<i>Impact régional sur la santé néonatale</i>	52
11.1.2.	<i>Santé infanto juvénile</i>	53
a.	<i>Impact national sur la santé infanto-juvénile</i>	53
b.	<i>Impact régional sur la santé infanto-juvénile</i>	53
11.1.3.	<i>Santé maternelle</i>	54
a.	<i>Impact national sur la santé maternelle</i>	54
11.1.4.	<i>Impact sur la malnutrition</i>	55
12.	ESTIMATION DU BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	56
12.1.	<i>FINANCEMENT DU DI</i>	58
12.2.	<i>ECART DE FINANCEMENT</i>	59
12.3.	<i>ANALYSE DE SCENARIOS</i>	61
13.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	63
13.1.	<i>STRUCTURES ORGANES DE MISE EN ŒUVRE</i>	63
13.2.	<i>ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE</i>	64
13.3.	<i>SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION</i>	67
14.	STRATEGIE DES RESULTATS DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	68
14.1.	<i>CADRE DE RESULTATS DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT</i>	68
14.2.	<i>STRATEGIE DE SUIVI ET D'UTILISATION DES DONNEES</i>	72
14.3.	<i>RENFORCEMENT DE LA QUALITE ET L'UTILISATION DES DONNEES</i>	73
14.4.	<i>RENFORCEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION DE LA SANTE</i>	74
14.4.1.	<i>Renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS)</i>	74
14.4.2.	<i>Mise à l'échelle du système d'information sur les ressources humaines (SIRH)</i>	75
14.4.3.	<i>Exploitation des systèmes d'information de gestion logistique (SIGL) et de distribution des médicaments (SAGE)</i>	75
14.4.4.	<i>Renforcement du rapportage des statistiques de l'état civil</i>	75
14.4.5.	<i>Institutionnalisation de la cartographie des ressources, du suivi des ressources et de la production des comptes nationaux de la santé (CNS)</i>	76

ACRONYMES

ANAFIC	Agence nationale de financement des collectivités
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
BCG	Bacille Calmette et Guérin
BM	Banque mondiale
BND	Budget national de développement
BSD	Bureau de stratégie et de développement
CIRMEC	Coordination intersectorielle pour la réforme et la modernisation de l'Etat Civil
CPN	Consultation prénatale
CMC	Centre médical de commune
CSA	Centre de santé amélioré
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CTPS	Comité technique préfectorale de santé
CTRS	Comité technique régionale de santé
CTC	Comité technique de coordination (niveau central)
DCS	Direction communale de la santé
CCSS	Comité de coordination du secteur de la santé
CPON	Consultation post natale
CCSS	Comité de coordination du secteur de la santé
CRCSS	Comité régional de coordination du secteur de la santé
CPCSS	Comité préfectoral de coordination du secteur de la santé
CSPCSS	Comité sous préfectoral de coordination du secteur santé CSS)
CTM	Comité technique multisectoriel
CNS	Comptes nationaux de santé
COSAH	Comités de Santé et d'Hygiène
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DAN	Division alimentation nutrition
DI	Dossier d'Investissement
DNPM	Direction nationale de la pharmacie et du médicament
DNSCMT	Direction nationale de la santé communautaire et de la Médecine traditionnelle
DNSFN	Direction nationale de la santé familiale et de la nutrition

DRHS	Direction des ressources humaines en santé
ENABEL	Agence de Coopération Belge
ESEC	Etablissement des statistiques de l'Etat Civil
EQUIST	Equitable impact sensitive tool
EDS	Enquête démographique et de santé
GFF	Global financing facility (Mécanisme de financement mondial)
FOSA	Formation sanitaire
GIZ	Gesellschaft fur internationale Zusammenarbeit (Agence Allemande de Coopération Internationale pour le Développement)
HE	Hôpital d'entreprise
HN	Hôpital national
HR	Hôpital régional
HP	Hôpital préfectoral
IDH	Indice de développement humain
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
INS	Institut national de la statistique
IHAB	Initiatives Hôpitaux amis des bébés
ICAB	Initiatives communautés amies des bébés
IRA	Infections respiratoires aiguës
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée
MASPFÉ	Ministère de l'Action Sociale de la Promotion Féminine et de l'Enfance
MGF	Mutilations génitales féminines
MGF/E	Mutilations génitales féminines/Excision
MILDA	Moustiquaire imprégnée longue durée d'action
MS	Ministère de la Santé
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
NTIC	Nouvelle technologie de l'information et de la communication
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société civile
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
ONG	Organisation non Gouvernementale
PCG	Pharmacie centrale de Guinée

PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale
SPSR	Sécurisation des produits de santé de la reproduction
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique nationale de Santé
PCIMNE	Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de de l'enfance
PIC	Plan intégré de communication
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PIB	Produit intérieur brut
PRG/SGG	Présidence de la république de Guinée/Secrétariat général du gouvernement
RHS	Ressources Humaines en Santé
RECO	Relais communautaire
RSU	Registre Social Unifié
SMN	Santé maternelle et néonatale
SRMNIA-N	Santé de la Reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescent) et
SPSR	Sécurisation des produits de santé de la reproduction
SIGL	Système d'information et de gestion logistique
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet
SRO	Solution de réhydratation orale
SNIS	Système national d'Information sanitaire
SR	Santé de la reproduction
SRMNIA-N	Santé de la Reproduction, maternelle, néonatale, infantile, Adolescent et nutrition
TPIG	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
TRO	Thérapie de réhydratation orale
TPC	Taux de prévalence contraceptive
UAGCP	Unité d'appui à la gestion et la coordination des projets
USD	Dollars américains
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNI	Unique numéro d'identification
UGL	Unité de gestion logistique



VIH	Virus de l'Immuno-déficience humaine
VBG	Violence basée sur le genre
VPO	Vaccin polio oral
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Eau-hygiène-assainissement)
WURI	West Africa unique identification for régional integration and inclusion (Programme d'identification unique pour l'intégration régionale et l'inclusion en Afrique de l'Ouest)

Remerciements

Le processus d'élaboration du Dossier d'investissement (DI) 2020-2024, est le fruit d'un travail consensuel et Participatif avec l'accompagnement technique d'une équipe de consultants de la Banque Mondiale et de l'UNICEF. Ceci a permis de doter la Guinée d'un Dossier D'Investissement 2020 - 2024, aligné sur les priorités du Plan Stratégique SRMNIA-N 2020-2024.

Ainsi, la Guinée dispose désormais d'un DI, qui est un outil de mobilisation des ressources permettant de concentrer les ressources mobilisées sur les interventions et les stratégies qui auront le plus grand impact sur la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents et de la Nutrition (SRMNIA-N).

Au terme de ce processus, le Ministère de Santé à travers la Direction de la Santé Familiale et de la Nutrition, adresse ses sincères remerciements au Mécanisme de Financement Mondial (GFF), à la Banque Mondiale et à l'UNICEF pour l'appui Technique et Financier apporté à toutes les étapes de l'élaboration de ce document de qualité.

Les remerciements vont également aux consultants, à l'officier de liaison GFF, aux membres du comité technique SRMNIA-N, parmi lesquels : l'UNFPA, l'USAID, l'OMS et la Délégation de l'Union Européenne pour la qualité des échanges et la bonne collaboration tout au long du processus.

Pour terminer, le Ministère de la Santé exprime sa reconnaissance aux Partenaires Technique et Financiers pour avoir mis à la disposition des consultants les informations sur leurs données et qui accompagnent le Gouvernement Guinéen dans ses efforts d'amélioration de la SRMNIA-N.

PREFACE

La mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile continue d'être un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays en voie de développement. En Guinée malgré quelques progrès selon l'enquête démographique 2018, le niveau des indicateurs d'impact reste encore très préoccupant.

Pour contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD), le Gouvernement Guinéen, à travers le Ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires a révisé sa politique nationale de santé et élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024 dont l'axe stratégique n°2 porte sur la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Pour mettre davantage l'accent sur la santé de ces populations les plus vulnérables, la Guinée a élaboré et mis en œuvre le Plan Stratégique de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA-N) pour la période 2016-2020.

L'évaluation réalisée au terme de la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-N 2016-2020 a permis de mettre en évidence quelques progrès sur la couverture des soins. Les leçons apprises et les recommandations issues de cette évaluation ont permis le développement de l'actuel Plan Stratégique SRMNIA-N 2020-2024. L'objectif global de ce dernier est d'éliminer les décès maternels, néonataux, infantiles et infanto-juvéniles évitables et promouvoir le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes en utilisant une approche multisectorielle basée sur les droits et l'accès universel aux services de SRMNIA-N fournis dans un continuum de soins respectueux.

L'adhésion de la République de Guinée au Mécanisme de Financement Mondial (GFF) est une opportunité pour créer les conditions nécessaires pour un financement et une mise à l'échelle durable d'interventions à haut impact de SRMNIA-N.

Le GFF fournit un appui aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pour accélérer les progrès réalisés en matière de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de nutrition. Le partenariat GFF permet de rassembler les différentes parties prenantes à travers une plateforme nationale sous le leadership du gouvernement pour élaborer et mettre en œuvre un Dossier d'Investissement (DI) afin de réduire la fragmentation et la duplication des ressources financières de la SRMNIA-N.

Aligné sur le nouveau Plan Stratégique SRMNIA-N 2020-2024, le DI rassemble les principaux partenaires techniques et financiers du programme de SRMNIA-N dans un pays autour d'un ensemble défini de priorités pouvant être mises en œuvre dans le cadre des ressources disponibles, assurant ainsi la complémentarité du financement. Il offre l'opportunité d'une utilisation judicieuse des ressources disponibles permettant de garantir l'accès à un paquet essentiel d'interventions à haut impact et la réduction de risques financiers permettant l'accès aux services de santé à tous les niveaux facilitant ainsi la réalisation des progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) en matière de la SRMNIA-N.

Par ailleurs, la pandémie de la COVID-19 menace les efforts mondiaux et nationaux visant à mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants et à atteindre une couverture de santé universelle, en raison de l'utilisation des ressources disponibles pour faire face à cette nouvelle menace au détriment des services essentiels de santé de routine.

C'est pourquoi, ce document constitue non seulement un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources mais aussi un cadre permettant de fédérer les ressources issues du financement externes et internes et leur utilisation optimale à travers un paquet d'interventions à haut impact, en vue de mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants et à atteindre une couverture de santé universelle en SRMNIA-N.

Je puis vous assurer de la volonté du Gouvernement à travers le Ministère de la Santé de ne ménager aucun effort pour le suivi de la mise en œuvre effective de ce document.



Ministre de la Santé

Médecin Général Remy LAMAH

Grand Officier de l'Ordre du Mérite
de la République Française

Introduction

1. CONTEXTE GENERAL

1.1. Contexte sociodémographique

La Guinée est située en Afrique de l'Ouest et couvre une superficie de 245 857 km² avec une population estimée en 2020 à 12 559 623 habitants (RGPH3-2014).

Le sexe ratio est de 1 homme pour 1,083 femme. Cette population est estimée à 14 423 741 d'habitants en 2024 en se basant sur le taux d'accroissement démographique naturel qui est de 2.84% en 2018. Les femmes représentent presque 52% de la population. Selon l'enquête MICS 2016, le taux brut de natalité (TBN) est de 33‰ en moyenne (30‰ en zone urbaine et 35,1‰ en zone rurale) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,8 selon les résultats de l'EDS 2018 dont 3,7 en zone urbaine et 5,5 en zone rurale.

La structure de la population selon les groupes d'âges montre que le profil démographique de la Guinée est celui d'un pays ayant une population très jeune. Les personnes inactives représentent 48,7 % de la population totale (44,9 % de moins de 15 ans et 3,8 % de 65 ans et plus) avec un rapport de dépendance démographique de 94,8 %. Ceci reflète la très faible représentativité de la population active¹.

L'analyse des données démographiques de la Guinée indique que le pays fait face à une forte pression démographique. La très jeune population a des besoins en forte croissance, notamment en termes de mise en place d'infrastructures sociocommunautaires telles que les structures d'éducation et de soins. Une plus grande maîtrise des paramètres populationnels devrait donc permettre à la Guinée de garantir un environnement socioéconomique plus prospère pour les générations futures.

1.2. Contexte Economique en Guinée

La Guinée continue d'enregistrer une croissance économique soutenue, qui s'est établie à 5,8% en 2018, alimentée par l'exploitation minière (principalement la bauxite). Selon le FMI, la croissance économique devrait s'élever à 5,9% en 2019 et 6% en 2020. Cependant, les fluctuations des prix des produits de base, associées aux incertitudes sociales et politiques peuvent entraver ces projections de croissance économique.

Le budget national de développement 2019 s'élevait à 2,4 milliards USD dont les priorités étaient orientées sur le développement des infrastructures et les dépenses sociales notamment la Santé et l'éducation. Selon les estimations du FMI, au niveau macroéconomique, la dette du pays était à 40% du PIB en 2018 et devrait atteindre 42,6 % en 2020 ; l'inflation reste élevée, malgré une légère baisse à 8,2% observée en 2018, qui a atteint 8% en 2019.

Le déficit public représentait 2,2% du PIB en 2018, soit en légère hausse par rapport à l'année précédente. Cette situation est aggravée par la difficulté de collecte des recettes internes qui au demeurant, interfère avec la volonté politique d'améliorer la dotation budgétaire à la Santé. Cette allocation a connu une légère hausse à 5% en 2016, 8% en 2017 mais est retombée à 6% en 2018 et 2019.

Tableau 1: Indicateurs de croissance économique de la Guinée (2016 – 2020)

Indicateurs de croissance	2016	2017	2018	2019	2020
PIB (milliards USD)	8,60	10,34	12,18	13,80 ^e	14,24 ^e
PIB (croissance annuelle en %, prix constant)	10,8	10,3	6,2	5,6 ^e	1,4 ^e
PIB par habitant (USD)	680 ^e	797 ^e	916 ^e	1012 ^e	1019 ^e
Taux d'inflation (%)	8,2	8,9	9,8	9,5	9,1 ^e
Balance des transactions courantes (milliards USD)	-2,75	-0,70	-2,28	-1,89	-2,91 ^e
Balance des transactions courantes (en % du PIB)	-31,9	-6,7	-18,7	-13,7 ^e	-20,5 ^e

Source: FMI - World Economic Outlook Database, octobre 2020 (^e estimation)

L'agriculture, artisanale et dominée par la culture des produits vivriers, occupe plus de 80% de la population active en Guinée et reste avec l'exploitation minière, le socle de l'économie guinéenne. Par ailleurs, le secteur agricole représentait 60,4% de la consommation des ménages en 2016², et en 2014, il n'a contribué qu'à peine de 20%³ à la richesse nationale.

En outre, la forte fluctuation de la monnaie locale (GNF) affecte négativement les efforts de production nationale et détériore considérablement la consommation des ménages. En effet, avec une inflation comprise entre 6 et 9%⁴, le revenu disponible brut (RDB) des ménages est englouti dans la consommation sans possibilité d'épargner. D'après la *série des comptes nationaux de la santé 2010-2015*, les ménages en 2014, détenaient 76% des revenus disponibles mais étaient les plus déficitaires en épargne. Les marges d'épargne dégagées par les autres secteurs institutionnels ne réussissaient pas à combler ce déficit, d'où l'incapacité des sociétés financières à refinancer l'économie à travers des prêts à l'investissement.

Le potentiel minier guinéen repose sur une concentration de ressources minières, reconnue comme l'une des plus importantes au monde. Les mines en Guinée conduisent l'évolution du secteur secondaire qui représente 29,7% du PIB national et 13,9% de la valeur ajoutée industrielle du pays⁵.

En outre, pour ce qui est du volume du financement de la santé, les ménages continuent à être la première source de financement du secteur, avec la dépense totale de santé par habitant évaluée à 395 319 GNF (soit 44 dollars américains) selon les comptes nationaux de santé de 2016.

1.3. Analyse du système de santé

1.3.1. Organisation du système de santé

Le système national de soins est organisé selon la pyramide sanitaire du pays et comprend les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire. Le Ministère de la santé dans son organigramme compte six Directions Nationales dont la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) en charge de la SRMNIA-N.

² Comptes nationaux 2015 – 2016

³ Calculé à partir des données de la série des comptes nationaux 2010-2015

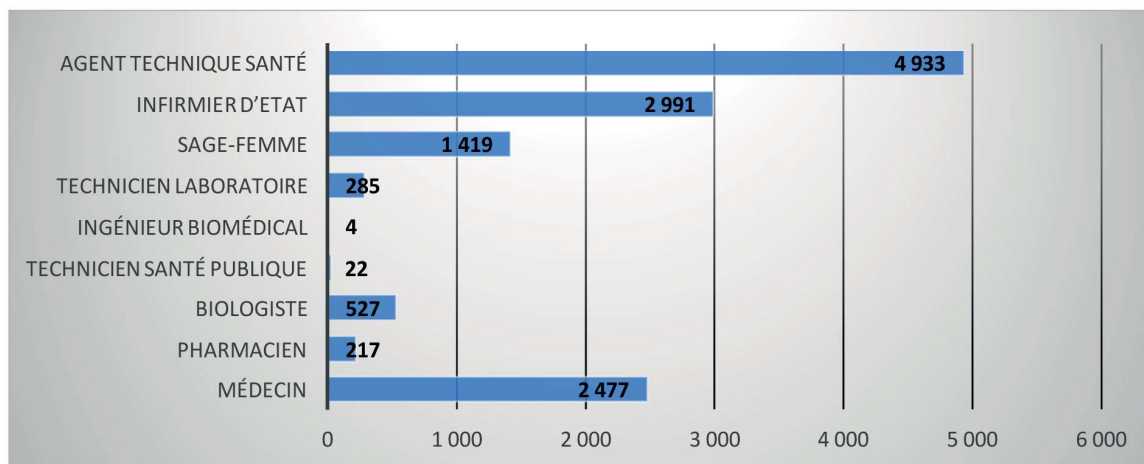
⁴ <https://fr.tradingeconomics.com/guinea/gdp-growth-annual>, 10/10/19

⁵ République de Guinée, Institut National de la Statistique, *série des comptes nationaux 2010-2015*

1.3.2. Situation des Ressources Humaines en Santé (RHS)

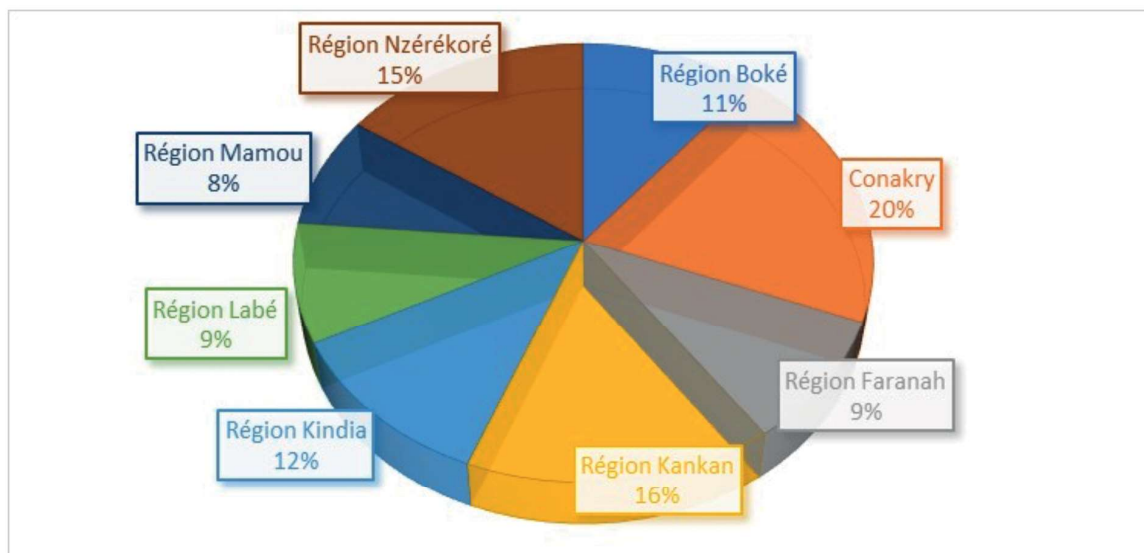
Selon l'annuaire statistique 2018 du MS, l'effectif des agents de santé s'élevait à 12 875 personnels. Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent 53,47% de l'ensemble des personnels de santé (public), soit un ratio de 0,68 soignants pour 10.000 habitants en 2018 dont 19,20% de médecins, 11 % de sages- femmes et 23,2% d'Infirmiers.

Figure 1: Effectif du personnel public de santé en 2018



Les 12 875 personnels de santé sont répartis au niveau national selon la figure ci-dessous :

Figure 2: Distribution du personnel de santé par région en 2018



1.3.3. Organisation du Secteur pharmaceutique

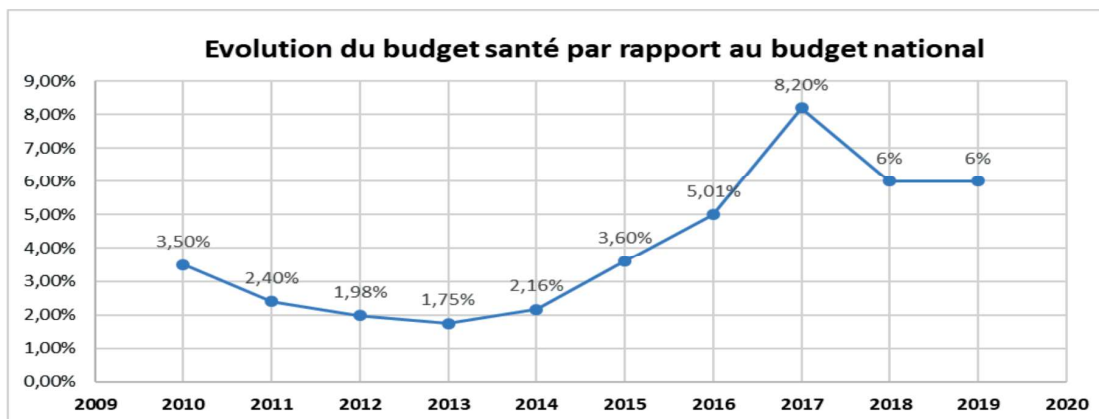
Sur le plan institutionnel, l'administration pharmaceutique est assurée au niveau central par la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament et la Direction Nationale des Laboratoires ; aux niveaux intermédiaire et périphérique, par l'Inspection Régionale de la Pharmacie et la Section Pharmacie des Directions Préfectorales de la Santé. Les autres organes et institutions d'appui sont : le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et la Commission Nationale du Médicament.

Le secteur pharmaceutique est une composante essentielle du système national de santé et comprend les sous-secteurs public et privé.

1.3.4. Financement du secteur de la santé

Le budget du Ministère de la Santé par rapport au Budget national a amorcé une hausse en 2014 jusqu'en 2017 pour atteindre un pic de 8,2% et a chuté à 6% en 2018 et 2019.

Figure 3: Evolution du budget de la santé entre 2010 et 2019



Source : construit à partir des données du PNDS 2015-2024, LFI 2016-2019

D'après les Comptes Nationaux de Santé 2014-2016, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 46,4% des dépenses, suivi des bailleurs de fonds avec 35,7%. Le Gouvernement reste la troisième principale source de financement avec une contribution de 15,1% en 2016. Cette situation présente un grand risque financier pour les ménages et les expose à des dépenses catastrophiques.

En dépit de l'existence d'un compact national du secteur de la santé, l'insuffisance de coordination des parties prenantes fait que la plupart des partenaires mettent en œuvre leur propre plan sans tenir compte du plan consensuel. Ainsi, les ressources ne sont pas utilisées d'une manière optimale et contribue à la faible rationalité préjudiciable à la performance du système de santé⁶.

Par ailleurs, les collectivités locales décentralisées ne participent que très peu au financement de la santé qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel et aux dépenses d'investissement (construction de centres de santé, de postes de santé, aménagement des points d'eau...). Elles utilisent soit leurs ressources propres ou exploitent la filière de la coopération décentralisée et/ou les associations des ressortissants.

⁶ Rapport d'évaluation du plan stratégique SRMNIA-N 2016-2020

Tableau 2 : Dépenses de santé par source de financement CNS 2014-2016

Sources de financement	Dépenses de santé ⁷	
Fonds Publics	148,71	8,8%
Fonds de l'administration centrale	145,68	8,6%
Fonds des collectivités territoriales / locales	3,03	0,2%
Fonds privés	1 087,65	64,3%
Fonds des Employeurs/ Entreprises	32,35	1,9%
Ménages	1 052,63	62,2%
Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages	2,68	0,2%
Financement extérieur	455,81	26,9%
Coopération bilatérale	44,91	2,7%
Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales	106,80	6,3%
Fonds des ressortissants du pays à l'étranger	0,96	0,1%
Total	1 692,18	100,0%

1.3.5. Gouvernance et leadership

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le Décret N° D/2018/168/PRG/SGG du 18 août 2018 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. L'organisation administrative du secteur est faite de manière pyramidale avec des services centraux et des services déconcentrés.

L'ancrage du système de santé avec le processus en cours de décentralisation vers les collectivités constitue une opportunité, car son opérationnalisation peut constituer une base de renforcement de la participation communautaire.

Des dispositifs (mécanismes, instances...) sont mis en place dans le cadre de la coordination aussi bien au niveau central (CCSS), régional (CRCSS, CTRS) que préfectoral (CPCSS, CTPS). Cependant, la coordination avec le secteur sanitaire privé reste à améliorer notamment en zone urbaine où ces structures sont numériquement importantes.

Le niveau **déconcentré du système de santé** repose sur les Directions Régionales de santé, mais plusieurs éléments indiquent que l'espace sanitaire régional est relativement peu cohérent en tant qu'entité unique de gestion et de promotion de la santé à l'échelon régional. Par exemple, la gestion des ressources humaines fortement centralisée ne permet pas au niveau régional de moduler la répartition des ressources humaines en fonction des besoins au niveau local.

Le processus de **monitorage et de planification** apparaît assez systématisé mais reste relativement théorique. En raison des faibles ressources financières domestiques, les Plans de Travail Annuels (PTA) sont essentiellement axés sur les ressources disponibles, ciblées (PTF) et non sur une vision systémique des problèmes spécifiques au district.

Le Ministère s'est doté d'outils de gestion notamment le manuel simplifié de gestion administrative (2010) et d'une plateforme multisectorielle en SRMNIA-N (2019) avec

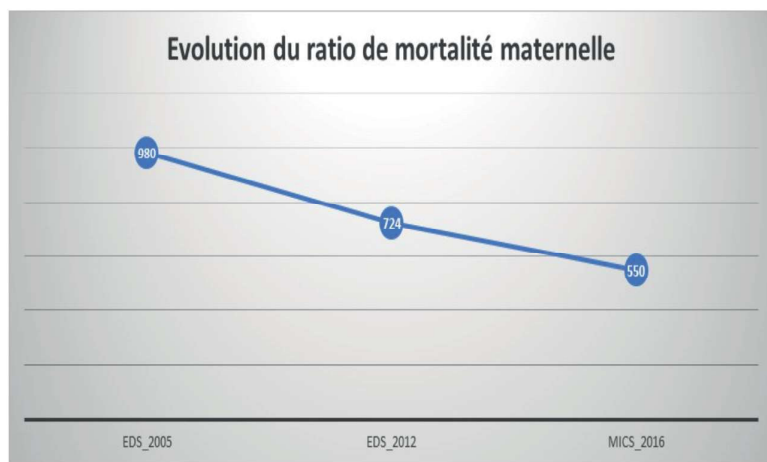
⁷En Milliard de FG

quatre groupes thématiques (Santé maternelle, néonatale et infantile ; planification familiale ; nutrition et santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes) chargés d'alimenter les réunions de cette instance. Par ailleurs, des groupes techniques Régionaux de travail (GTRT SRMNIA-N), des groupes techniques préfectoraux de travail (GTPT SRMNIA-N) et des groupes techniques sous préfectoraux de travail (GTSPT SRMNIA-N) assurent la coordination du domaine dans la périphérie.

2. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SRMNIA-N

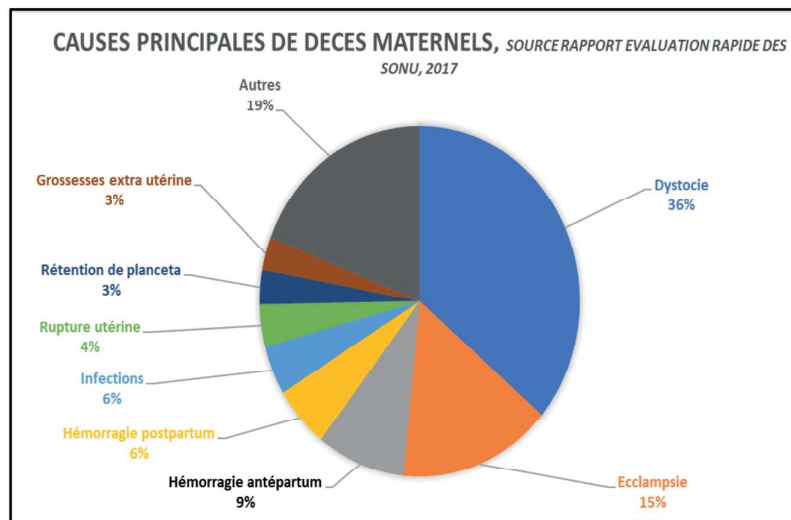
2.1. Niveaux et causes de mortalité maternelle

Figure 4: Évolution du ratio de mortalité maternelle



Le ratio de mortalité maternelle reste élevé malgré la réduction observée dans les résultats des enquêtes EDS (2012) et MICS (2016). Ce ratio est passé de 724 à 550 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV). Malgré les résultats jugés encourageants, la Guinée n'a pas atteint l'ODM 5 en 2015.

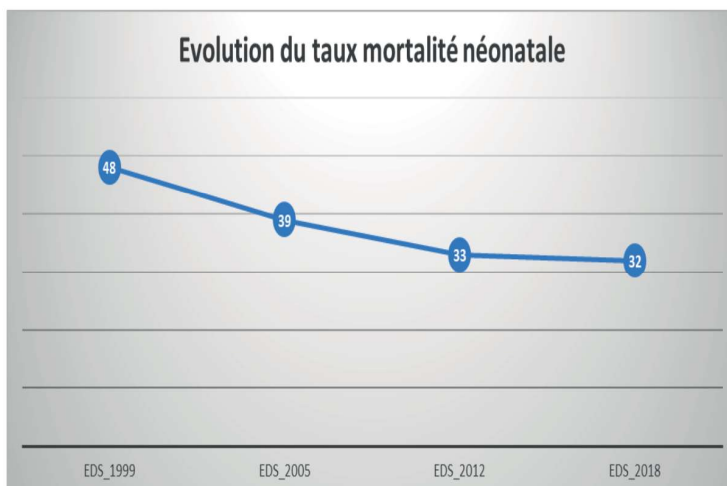
Figure 5: Principales causes de décès maternels



L'enquête SONU de 2017 indique que les principales causes de mortalité maternelle sont de deux types : directes (travail dystocique : 36,2%, Éclampsie : 15%, hémorragie antépartum : 9%, hémorragie postpartum : 5,7 et autres : 19%) et indirectes (paludisme, VIH /sida, anémie etc.).

2.2. Niveau et causes de la mortalité néonatale

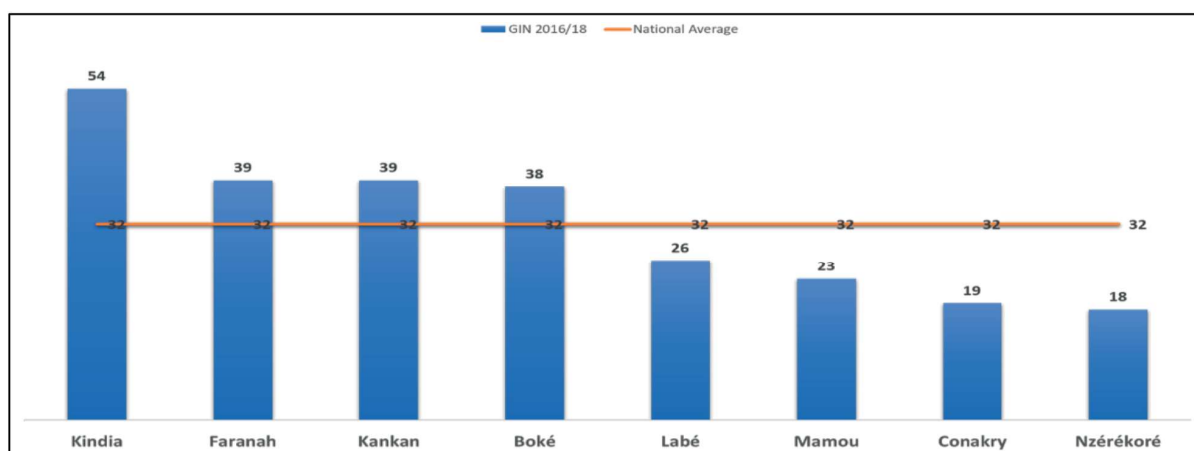
Figure 6: Evolution du taux de mortalité néonatale



Le taux de mortalité néonatale est actuellement estimé selon la dernière enquête EDS 2018 à 32 pour 1000 Naissances vivantes. Le taux de réduction de la mortalité néonatale est très faible sur la période 2005 – 2018 passant de 39 pour 1,000 NV en 2005 à 33 pour 1000 NV en 2012 et 32 pour 1000 NV en 2018.

Ce niveau de mortalité cache des disparités régionales. La moitié des régions ont des taux de mortalité néonatale supérieurs à la moyenne nationale de 32 décès pour 1000 NV. La région de Kindia enregistre le taux de décès le plus élevé avec 54 décès pour 1000 NV.

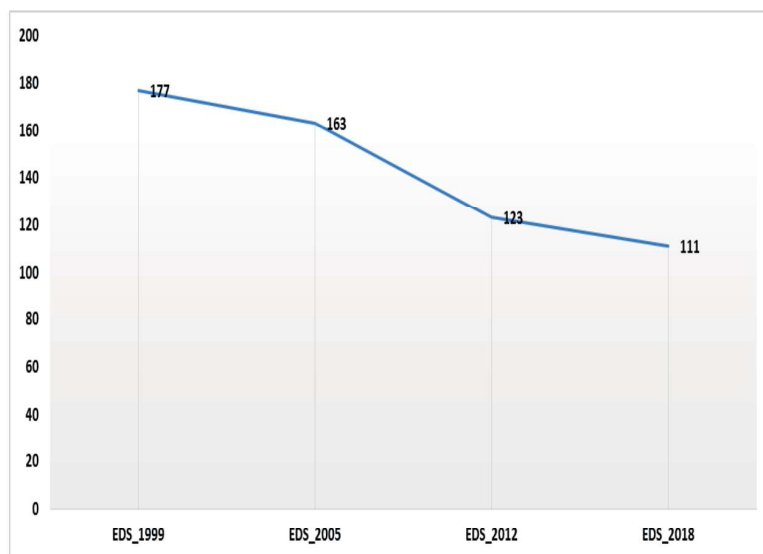
Figure 7: Taux de mortalité par région



Les principales causes des décès néonatales sont les infections sévères (31%), les détresses respiratoire (8%), l'asphyxie (5%), la prématurité (10%), le tétanos néonatal (11%), les malformations (5%), les diarrhées (3%), la méningite (2%), les infections sévères (3%). En outre, le faible poids à la naissance et la malnutrition font également partie des principaux facteurs de risques et sont associés à 50% des décès néonatales.

2.3. Niveaux et causes de la mortalité infantile juvénile

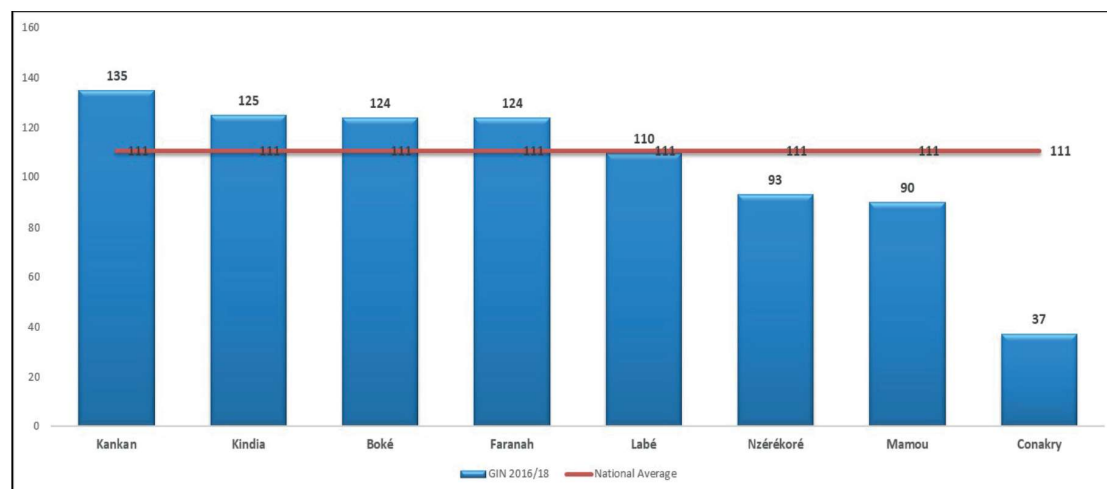
Figure 8: Evolution du taux de mortalité infantile juvénile



Des progrès ont été réalisés dans la réduction de la mortalité infantile juvénile au cours de la période 2005 – 2012. L'épidémie d'Ebola qui a touché la Guinée en 2016 a contribué au ralentissement des progrès. Le taux de mortalité infantile-juvénile est passé de 163 en 2005 à 111 pour 1000 NV⁸ en 2018.

Cette baisse du taux de mortalité infantile-juvénile cache des disparités au niveau des régions. Les taux de mortalité infantile-juvénile pour les dix années précédant l'enquête EDS 2018 varient selon les régions, passant de 90‰ dans la région de Mamou à 135 ‰ dans la région de Kankan.

Figure 9: Répartition du taux de mortalité infantile juvénile par région



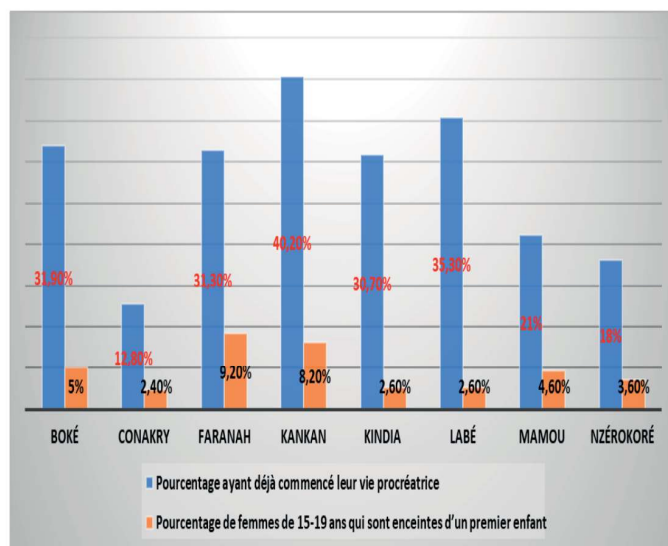
Les principales causes de cette mortalité selon les estimations de l'IGME sont : Le paludisme (27%) les causes néonatales (28%), la pneumonie ou infection respiratoire aiguë (12%), les maladies

⁸ EDSD 2018

diarrhéiques (09%), le SIDA (1% chacun). La malnutrition contribue à plus de 50% aux décès des enfants de moins de 5 ans en Guinée⁹.

2.4. Santé des adolescents/jeunes

Figure 10: Santé de la reproduction chez les adolescents



Selon les résultats de l'EDS 2018, les adolescents et les jeunes sont à risque de grossesses précoces et non-désirées. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 4 % à l'âge de 15 ans à 52 % à 19 ans, âge auquel près de la moitié (47 %) des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu rural (33 %), qu'en milieu urbain (17 %).

La prévalence du VIH en fonction de l'âge aux premiers rapports sexuels ne varie pas de manière significative dans l'ensemble de la population et la précocité de ces premiers rapports ne semble pas influencer le niveau de prévalence. Celle-ci est au contraire, un peu plus élevée parmi les jeunes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à 20 ans ou plus tôt (1,9 % contre 1,5 % à 16-17 ans).

2.5. Le continuum de services en SRMNI-A

2.5.1. Planification familiale

L'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans en union a globalement augmenté au cours des 20 dernières années, passant respectivement de 6 % en 1999 à 9 % en 2005 et à 11 % en 2018 (EDSG 2018).

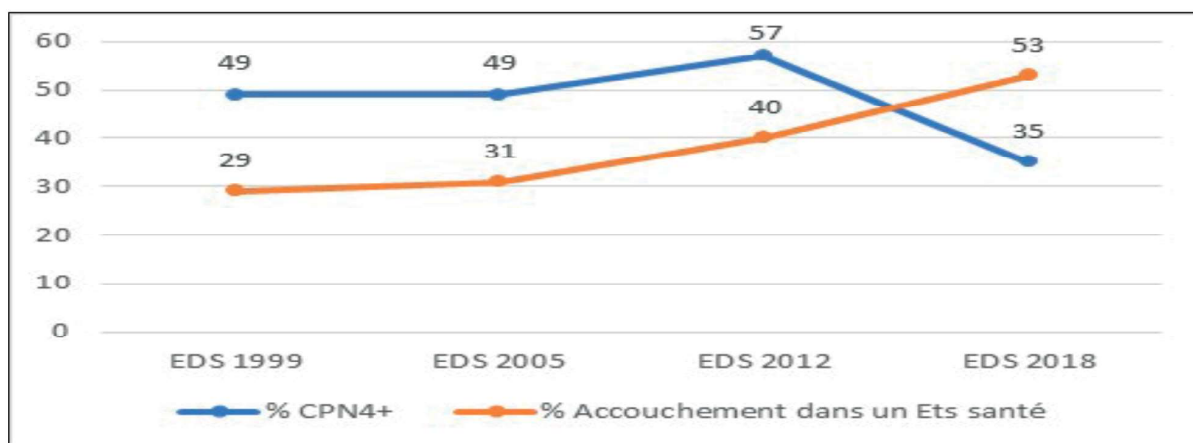
Les méthodes les plus utilisées sont la Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée (MAMA) (3%), les injectables (2%) et les pilules (2%). La prévalence contraceptive varie aussi en fonction du niveau d'éducation, du quintile de richesse économique, du lieu de résidence et des femmes en union.

Période de grossesse

Le pourcentage de femmes ayant effectué les quatre (04) consultations prénatales (CPN) recommandées ou plus, a connu une baisse entre 2012 et 2018, avec respectivement 57% et 35%.

⁹ Rapport DAN/MS 2017

Figure 11: Evolution des CPN et des accouchements assistés



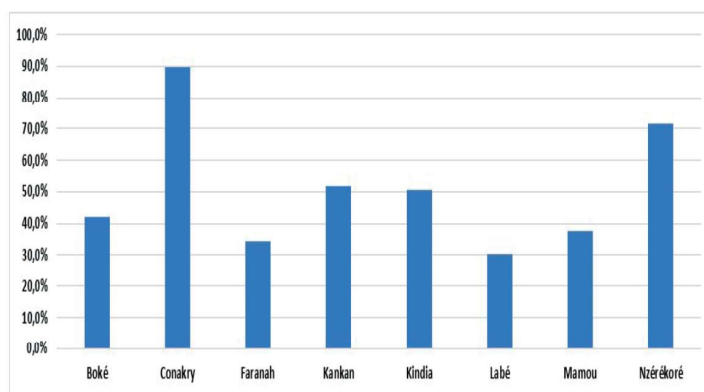
Parmi les femmes enceintes, huit sur dix (80 %) ont pris, pour la naissance la plus récente, du fer ; 48% des femmes ont reçu deux injections antitétaniques ou plus. En outre, pour près de six femmes sur dix (59 %) la dernière naissance vivante était protégée contre le tétanos néonatal.¹⁰ En ce qui concerne le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg), 80 % des femmes enceintes de 15-49 ans ont reçu au moins une dose de Sulfadoxine-pyriméthamine (Fansidar®), 63% en ont reçu au moins 2 doses et seulement, 36 % ont reçu les doses (ou plus) recommandées. En plus du traitement, 60% des femmes enceintes dorment sous moustiquaire imprégnée.

2.5.2. Prévention Transmission Mère – Enfant (PTME)

Selon l’EDS 2018, 18 % des femmes qui ont eu une naissance vivante ont fait un test du VIH au cours d’une visite prénatale et ont reçu le résultat et des conseils après le test. En outre, seulement 23 % ont fait un test du VIH en salle d’accouchement et ont reçu le résultat.

2.5.3. Accouchements assistés par un personnel qualifié

Figure 12: Pourcentage d’accouchement assisté dans un établissement de santé par région



L’amélioration de la prestation des services de santé maternelle est fondamentale pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Cependant, l’accès aux FOSA reste plus difficile pour les populations des zones rurales en raison du manque d’infrastructures appropriées,

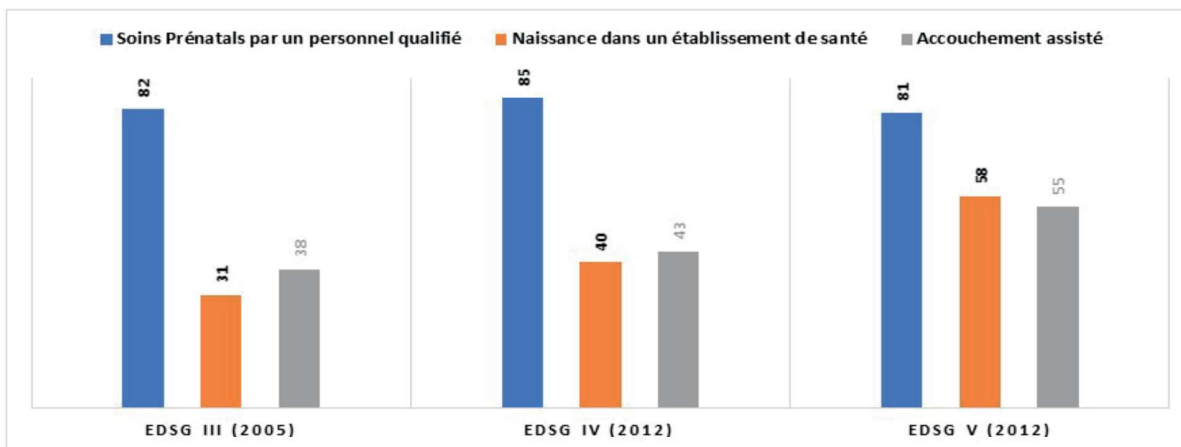
de la distance et de l’inaccessibilité financière. Bien qu’en Guinée des efforts sont faits pour

¹⁰ EDSD 2018

promouvoir l'accouchement dans un établissement de santé, l'accouchement à domicile demeure encore assez fréquent.

En effet, selon les résultats de l'enquête EDS 2018, 53 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 40% en 2012. De plus, 55,3% des naissances ont été assistées par du personnel formé. Cependant, on note des disparités importantes de l'accouchement dans un établissement de santé entre les régions de résidence.

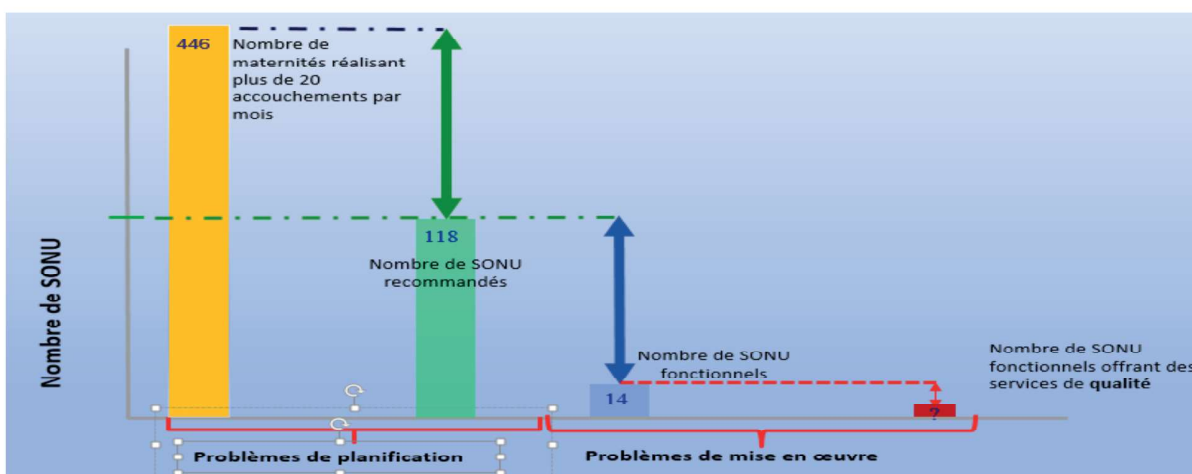
Figure 13: CPN et Accouchements assistés, dans un établissement de soins



Soins obstétricaux et néonataux d'urgences

En Guinée, un réseau de formations sanitaires dispensant les prestations de SONU est en train d'être mis en place. Actuellement, seuls 12% (14 sur 118) des établissements offrant des SONU sont fonctionnels (voir graphe ci-dessous).

Figure 14: Offre de service SONU en Guinée



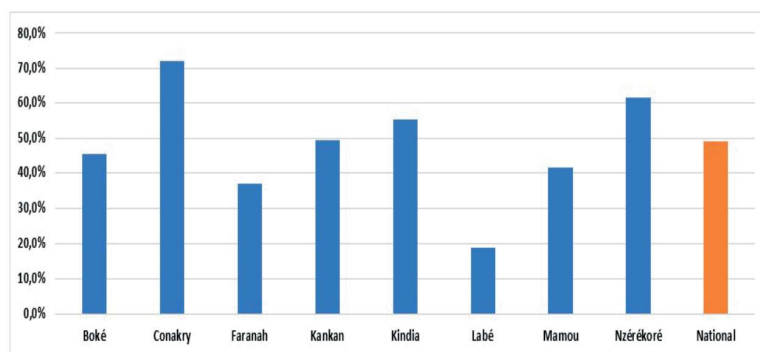
Source : Rapport réseau et cartographie des SONU en Guinée (Juin 2019)

Le rapport du groupe réseau et cartographie SONU de la Guinée de Juin 2019 a révélé une augmentation de la proportion de la population ayant accès en moins de deux heures à une maternité du réseau SONU de 34% en 2017 à 81% en 2019 malgré une réduction du nombre

de maternités du réseau SONU à 112 maternités (de 229 potentiellement SONU). Pour le fonctionnement de ce réseau SONU avec une activité obstétricale d'au moins 30 accouchements par mois, l'analyse a révélé un gap en ressources humaines de 175 sages-femmes (en comptant au moins de trois sages-femmes par formation sanitaire) dont 134 pour les SONUB et 41 pour les SONUC. Ce besoin d'au moins de trois sages-femmes par formation sanitaire concorde avec les résultats de l'évaluation du plan SRMNIA-N 2016-2020 obtenus en septembre 2019 .

2.5.5. Consultation postnatale de la mère et du nouveau-né

Figure 15: Proportion de femmes ayant accouché et eu un examen postnatal dans les deux jours après la naissance par régions



En Guinée, parmi les femmes qui ont eu une naissance, 49 % ont eu un examen postnatal au cours des deux (2) premiers jours après la naissance et 43 % n'ont eu aucun contrôle postnatal ou un examen tardif¹².

Les femmes qui ont accouché dans un établissement de santé ont plus fréquemment reçu des soins postnatals dans les 2 jours suivant leur accouchement que celles qui ont accouché ailleurs (70 % contre 23 %). Ce faible taux de couverture en CPoN peut être expliqué par le manque de communication pour le suivi, faible niveau de qualité des prestataires et des prestations. Or une proportion importante de décès de nouveau nés se produit la plupart dans les 48h qui suivent la naissance.


Au niveau des régions, les taux de couverture les plus faibles sont enregistrés dans les régions de Labé (18,8%), de Faranah (36,8%) et Mamou (41,5%).

2.5.6. Nutrition chez les nouveau-nés

Selon les résultats de l'EDS 2018, seulement 33 % des enfants de moins de six (6) mois sont exclusivement allaités au sein. Le pourcentage d'enfants mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance est passé de 17% en 2012 à 43 % en 2018 et 77 % des nouveau-nés sont mis au sein le jour suivant la naissance.

Parmi les enfants de 6-23 mois, 16% ont reçu une alimentation variée et parmi eux, seulement 4 % sont nourris conformément aux trois (3) pratiques optimales de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

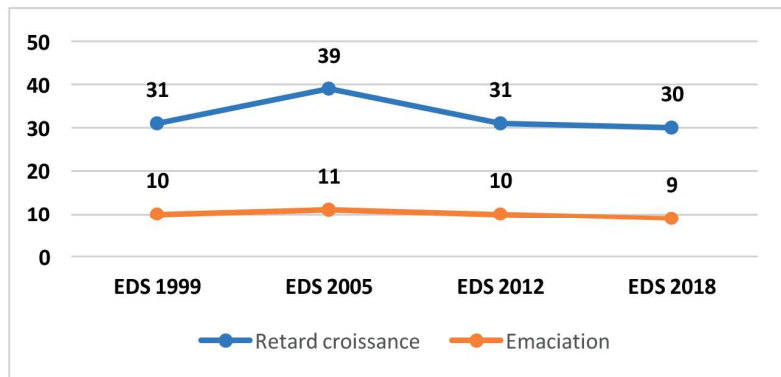
¹² EDSG 2018



Les résultats selon les régions montrent que le pourcentage d'enfants de 6-23 mois nourris selon les 3 pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) varie de moins de 1 % à Mamou à 8 % à Conakry et Kindia.

2.5.7. Nutrition chez les enfants de moins de cinq ans

Figure 16: Evolution du retard de croissance et de l'émaciation



Les indicateurs de malnutrition n'ont pas connu une réduction significative avec une prévalence du retard de croissance de 31% en 2012 et 30% en 2018, et une prévalence de l'émaciation de 10% en 2012 et 9% en 2018.

La prévalence du retard de croissance varie de 21% à Conakry à 39% dans la région de Boké (EDS 2018). De plus, 16% des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale ou sont trop maigres par rapport à leur âge.

2.5.8. Prévalence de l'anémie

Selon les résultats de l'EDS 2018, 75 % des enfants âgés de 6 à 59 mois sont anémiés. Dans 31 % des cas, ces enfants sont atteints d'une anémie légère, contre 42 % atteints d'une anémie modérée et 2 % d'une anémie sévère. De même, 49 % des femmes en âge de reproduction sont anémiées : 36 % sous forme légère, 13 % sous forme modérée et moins de 1 % sous la forme sévère.

2.5.9. Suppléments en micro-nutriments (Vitamine A, fer et iode)

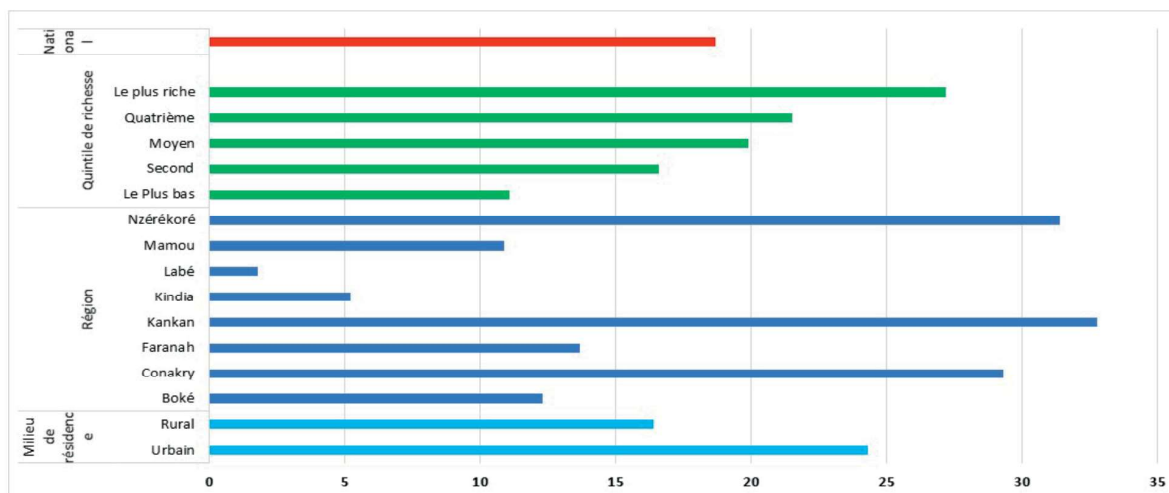
Parmi tous les enfants de 6-59 mois, seulement 24% avaient reçu des suppléments de fer au cours des 7 derniers jours, près de quatre enfants sur dix (41 %) avaient reçu des suppléments de vitamine A dans les 6 derniers mois et 55% de ces enfants vivent dans un ménage disposant de sel iodé.

Concernant les femmes, près de 19 % des femmes ayant eu un enfant n'ont pas pris de fer au cours de la grossesse, et 56 % vivent dans un ménage disposant de sel iodé.

2.5.10. Soins préventifs : la Vaccination

Se référant aux résultats de l'EDSG 2018, seulement 24% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu les vaccins de base et 19% ont reçu tous les vaccins appropriés pour cette tranche d'âge. L'enquête a par ailleurs révélé que 22% des enfants n'ont reçu aucun vaccin. Les enfants vivants dans les zones urbaines sont en majorité vaccinés 81% contre 21% en zones rurales et 35% des enfants dont les mères ont un niveau secondaire ou plus sont vaccinés.

Figure 17: Équité dans la vaccination



La proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base (1 dose de BCG, 3 doses de DTC-HepBhib, 3 doses de vaccin oral contre la polio et 1 dose de vaccin contre la rougeole) a diminué de 37% en 2012 à 24% en 2018. La proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a augmenté de 11% à 22% au cours de la même période.

2.6. La Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de de l'enfance (PCIMNE)

2.6.1. Paludisme

Concernant l'utilisation de la MILDA, parmi les enfants de moins de 5 ans, 27 % avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête contre 28% chez les femmes enceintes.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre qui ont pris un antipaludique, 18 % ont été traités avec un CTA. Ce pourcentage a nettement progressé depuis 2012 et est passé de 1 % en 2012 à 18 % en 2018. Il est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (27 % contre 12 %).

2.6.2. Diarrhée

En Guinée, 15 % des enfants de moins de 5 ans ont eu au moins un épisode de diarrhée et pour 68 % des enfants malades, un traitement ou des conseils ont été recherchés. La prévalence de la diarrhée est plus élevée chez les enfants de 6 – 11 mois (26%) que chez ceux de 12 – 23 mois avec un taux de prévalence de 21%. Elle varie aussi entre les régions, d'un minimum de 8 % à N'Zérékoré à un maximum de 25 % à Kindia. Le pourcentage d'enfants dont la diarrhée a été traitée augmente avec le niveau d'instruction de la mère passant de 64 % en 2012 à 86 % en 2018. Dans 64 % des cas, une TRO a été administrée et seuls 26 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu du zinc.

2.6.3. Infections respiratoires aiguës (IRA)

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'IRA, des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé ont été recherchés pour plus de huit enfants sur dix (83 %) et, en outre, pour 30 % des enfants malades, la recherche de traitement ou de conseils s'est faite le même jour ou le jour suivant.

C'est dans le secteur public (74 % pour les enfants traités), en majorité dans les centres de santé (36 %), que les conseils et traitement ont été recherchés pour la prise en charge des enfants présentant les IRA.

3. Les déterminants de la santé

3.1. Déterminants économiques

Les résultats de l'EDSG 2018, montrent qu'en moyenne un ménage dépense, dans une année, 1 677 328 FG pour couvrir les frais médicaux de ses membres, en grande partie pour couvrir des soins effectués dans un service ambulatoire (1 227 043 FG contre 364 965 FG pour des soins en hôpital et 85 320 FG pour couvrir d'autres coûts liés à la santé, comme l'achat de vitamines, d'accessoires de santé ou d'appareils non prescrits au cours d'une consultation ou d'une hospitalisation). La quasi-totalité des Guinéens ne sont pas couverts par une assurance maladie ; respectivement 99 % des femmes et 98 % des hommes de 15-49 ans. Seulement 2 % des femmes et 2 % des hommes sont couverts par une assurance maladie.

3.2. Déterminants socio-culturels

Le système éducatif n'est pas en mesure de favoriser la croissance économique, indispensable à la réduction de la pauvreté. Ce qui confère à l'investissement dans le savoir un caractère prioritaire et impératif.

Selon l'EDS 2018, les femmes sont moins instruites que les hommes. Près de sept femmes sur dix (69 %) et 45 % des hommes n'ont aucun niveau d'instruction. En ce qui concerne l'alphabétisation, le taux est plus élevé chez les hommes (53 %) que chez les femmes (24 %) de 15- 49 ans.

Des efforts restent à fournir pour réduire les pesanteurs socioculturelles et la pauvreté qui constituent encore des facteurs limitant l'accès et le maintien des enfants à l'école, en particulier les filles. Le rôle des filles au sein des ménages, (tel que le temps consacré aux corvées ménagères), les mariages précoces, et les infrastructures scolaires inadaptées (latrines, enseignantes femmes, etc.) constituent entre autres, des facteurs explicatifs du faible taux de scolarisation des filles. Les taux nets de fréquentation scolaire, quel que soit le cycle d'enseignement, sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural : 80 % des enfants de 6-11 ans fréquentent l'école primaire en milieu urbain contre 52 % en milieu rural. Pour ce qui est du niveau secondaire, ces taux sont respectivement de 47 % et de 15 % en milieu rural.

3.3. Violences basées sur le genre et les pratiques néfastes

Selon les informations tirées de la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG) du Ministère des Affaires Sociales, Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFE) de décembre 2017, les **violences physiques** restent très élevées avec en moyenne de 41%, dont 40% pour les hommes et 41% pour les femmes. Quant aux **mutilations génitales féminines (MGF)**, 95% des femmes de 15-49 ans ont subi l'excision selon l'EDSG de 2018. Cette pratique persiste malgré les multiples efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires au développement. **Les violences sexuelles** constituent également un phénomène de société. Les femmes ont été reconnues comme les plus victimes de ce type de violence (29,3%) contre (18,2 %) chez les hommes au niveau national. **Les violences psychologiques ou morales** touchent toutes les composantes de la population avec des proportions non négligeables tant chez les hommes que chez les femmes (respectivement 15,3% et 17,7%).

femmes ont été reconnues comme les plus victimes de ce type de violence (29,3%) contre (18,2 %) chez les hommes au niveau national. **Les violences psychologiques ou morales** touchent toutes les composantes de la population avec des proportions non négligeables tant chez les hommes que chez les femmes (respectivement 15,3% et 17,7%).

3.4. Déterminants environnementaux : Habitat, Eau, Hygiène et Assainissement

La situation de l'assainissement est critique en Guinée, surtout dans la ville de Conakry, avec des taux les plus faibles du monde. En effet pour l'utilisation des toilettes améliorées, 52 % des ménages ont accès à des toilettes améliorées. En milieu rural, le pourcentage de ménages qui pratiquent la défécation à l'air libre est beaucoup plus élevé qu'en milieu urbain (21 % contre 1 %).

La proportion de ménages utilisant une source d'eau améliorée pour la consommation est estimée à 79%. Le lavage des mains au savon, est un élément important en matière d'hygiène. Se laver les mains reste le moyen le plus efficace pour éviter la transmission de germes. En Guinée, selon le rapport de l'EDSG 2018, dans les ménages enquêtés, seuls 46 % disposent d'eau et 34 % de savon.

4. Analyse de la situation du système ESEC en Guinée

Les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil se définissent comme l'inscription continue, permanente, obligatoire et universelle de l'existence et des caractéristiques des faits d'état civil relatifs à la population, conformément aux dispositions législatives et réglementaires de chaque pays. Le principal objectif de l'état civil est donc de documenter et d'établir des enregistrements légaux de faits d'état civil et de délivrer des documents d'identification individuelle, tels que les actes de naissance, les actes de décès et les actes de mariage et de divorce, qui sont des documents légaux reconnus par la loi de chaque pays.

En Guinée, l'enregistrement des naissances, des mariages et des décès relève du ministère de l'Administration du territoire et de la Décentralisation (MATD) et est régi par plusieurs instruments juridiques, dont le Code civil révisé (2018), le Code de l'enfant révisé (2020) et le Code des collectivités. Le système d'état civil est décentralisé et les services d'enregistrement des faits d'état civil sont assurés par des officiers de l'état civil qui se trouvent dans les communes. Il existe des bureaux d'enregistrement des faits d'état civil dans chacune des 348 communes ainsi que des centres d'état civil secondaires dans certaines communes (cas des communes de Ratoma et de Matoto) dans la ville de Conakry.

Le système repose pour l'instant sur des documents papier (registres) et les dossiers sont conservés par les bureaux communaux de l'état civil même si les nouvelles tendances se précisent sur la dématérialisation (informatisation) de l'acte de naissance dans les 5 communes de Conakry. Les autres principales parties prenantes sont le ministère de la Santé, qui est chargé de la notification des naissances, des décès et leurs causes survenus au niveau des structures de santé ainsi que ceux qui ont eu lieu au niveau communautaire à l'officier d'état civil (cf. arrêté d'interopérabilité MATD-Santé), le ministère de la Justice, qui supervise la conformité juridique des questions liées à l'enregistrement des faits d'état civil et procède à la délivrance des jugements supplétifs lorsque les délais d'enregistrement direct (0 - 2) mois à

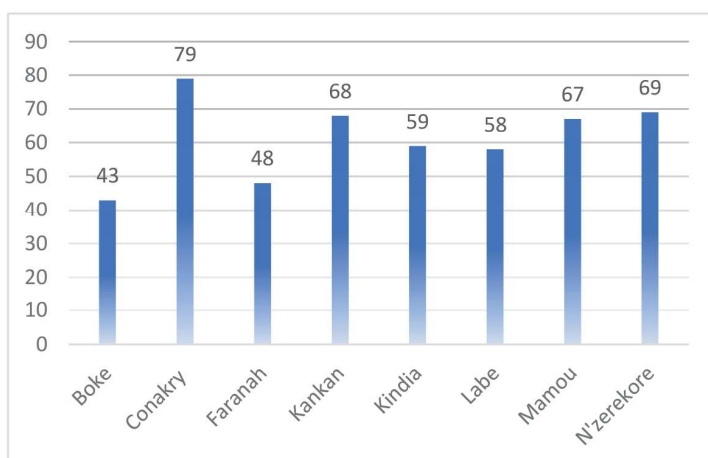
l'état civil ont été dépassés, et l'Institut National de la Statistique (INS), qui est responsable de la compilation, l'analyse et la diffusion des statistiques de l'état civil.

Le pourcentage d'enfants dont la naissance a été enregistrée à l'état civil est de 62 % selon l'EDS; parmi ceux-ci, 51% ont un acte de naissance et 11% n'en dispose pas.

4.1. Variations par caractéristiques

Le pourcentage d'enfants enregistrés augmente légèrement avec l'âge de l'enfant, passant de 60 % chez les enfants de moins de 2 ans à 63 % chez les enfants âgés de 2 à 4 ans. Le pourcentage est nettement plus élevé en milieu urbain (81 %) qu'en milieu rural (54 %), et dans les autres villes (82 %) par rapport à la ville de Conakry (79 %). Les régions de Conakry (79 %), N'Zérékoré (69 %), Kankan (68 %) et Mamou (67 %) sont celles où les pourcentages d'enfants enregistrés à l'état civil sont les plus élevés. Par contre, les plus faibles pourcentages sont enregistrés dans les régions de Boké et de Faranah, avec respectivement 43 % et 48 % (Enquête démographique et de santé 2018).

Figure 18: Pourcentage de la population de droit des enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée à l'état civil (EDS 2018)



Les régions de Conakry (79 %), N'Zérékoré (69 %), Kankan (68 %) et Mamou (67 %) sont celles où les pourcentages d'enfants enregistrés à l'état civil sont les plus élevés. Par contre, les plus faibles pourcentages sont enregistrés dans les régions de Boké et de Faranah, avec respectivement 43 % et 48 %.

L'exhaustivité de l'enregistrement des mariages et des décès ainsi que des causes de décès n'est pas connue. Le manque de renseignements sur l'enregistrement des décès et les causes de décès limite la disponibilité des données permettant de suivre régulièrement les indicateurs de mortalité aux niveaux national et infranational.

Les principaux enjeux qui ont une incidence sur le système ESEC en Guinée comprennent : un cadre juridique désuet et non harmonisé, non conforme aux normes internationales; les longues distances à parcourir pour se rendre aux centres d'enregistrement dans certaines localités et les coûts indirects tels que le temps et les frais de déplacement; le manque d'équipement de base dans les bureaux d'enregistrement des faits d'état civil, en particulier dans les zones rurales; la faiblesse de la structure logistique liée à la distribution des documents entre le niveau central et les niveaux infranationaux; la capacité limitée des fonctionnaires responsables de la notification et de l'enregistrement des faits d'état civil; le manque de matériel de bureau et d'entreposage sûr des documents d'enregistrement; et le faible niveau de

de mise en œuvre dans les régions de Labé, Conakry et 40 communes de convergences avec l'appui de l'UNICEF et la coopération italienne. Ainsi un renforcement de capacités des centres d'état civil, de santé, de justice a été fait, des équipements ont été donnés et des registres sécurisés ont été mis en circulation. De plus, dans ces régions, de grandes avancées ont été menées sur l'application du protocole d'interopérabilité entre le système d'état civil et de santé et des résultats significatifs ont pu être constatés au niveau de l'enregistrement des naissances.

Le Programme d'identification unique pour l'intégration régionale et l'inclusion en Afrique de l'Ouest (WURI), financé par la Banque mondiale à hauteur de 49,7 millions \$ US (50 % en crédit) a pour objectif global d'augmenter le nombre de personnes en Guinée dotées d'une preuve d'identité unique reconnue par les autorités gouvernementales et facilitant l'accès aux services publics et privés.

4.2. *Lien avec le système d'identification de base les services publics et privés fonctionnels au niveau national.*

La principale priorité stratégique du gouvernement pour le volet ESEC du dossier d'investissement est de renforcer les bases juridiques et institutionnelles solides qui permettront le déploiement du registre numérique des faits d'état civil prévu. Elle vise également à renforcer la capacité de l'INS à produire des statistiques opportunes, fiables et précises pour améliorer les résultats sur la santé de tous les citoyens guinéens.

Plusieurs partenaires soutiennent le gouvernement dans le renforcement du système ESEC en Guinée, notamment le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) avec un cofinancement de l'Union européenne, la Coopération italienne, la Coopération belge, Plan International, le Groupe de la Banque mondiale, le Mécanisme de financement mondial et le Centre d'excellence sur les systèmes ESEC.

L'Union européenne est à la recherche d'un programme-pilote de digitalisation des actes d'état civil, à mettre en œuvre par l'agence de la coopération belge, ENABEL, pour une valeur de 5 millions d'euro. L'idée est de développer les « fondamentaux » d'une digitalisation adaptée et durable au contexte guinéen. Cela permettrait de préparer la mise en œuvre de la réforme digitale de l'état civil progressive au profit de la population entière de la Guinée. Les étapes principales prendront en compte les principaux enjeux qui ont une incidence sur le système ESEC en Guinée mentionnés ci-dessous.

Les activités de renforcement du système ESEC sont organisées par la Coordination intersectorielle pour la réforme et la modernisation de l'état civil (CIRMEC) qui a été créée en 2017 sous la direction du Cabinet du premier ministre sous le numéro d'ordre suivant 2017/1335/PRIMATURE/CAB/2017. La CIRMEC a été établie dans le but de fournir un cadre unifié en vue de la consultation, de la direction, de la coordination et de la prise de décision dans le domaine du système ESEC. Elle a pour mission de définir les orientations stratégiques et opérationnelles à l'intérieur du cadre du programme de réforme et de modernisation du système d'enregistrement des faits d'état civil de la Guinée.

5. ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ET MESURES CORRECTRICES POUR UNE UTILISATION DES SERVICES DE QUALITE

5.1. Méthodologie

L'analyse des goulots d'étranglement a été effectuée en faisant la triangulation des résultats de deux approches :

- ✓ L'analyse EQUIST qui a permis de prioriser les goulots d'étranglement relatifs à la santé maternelle néonatale et infanto juvénile ; et
- ✓ L'analyse documentaire basée sur l'évaluation des performances des plans stratégiques sectoriels (nutrition, paludisme, planification familiale, évaluation des SONU, etc.)

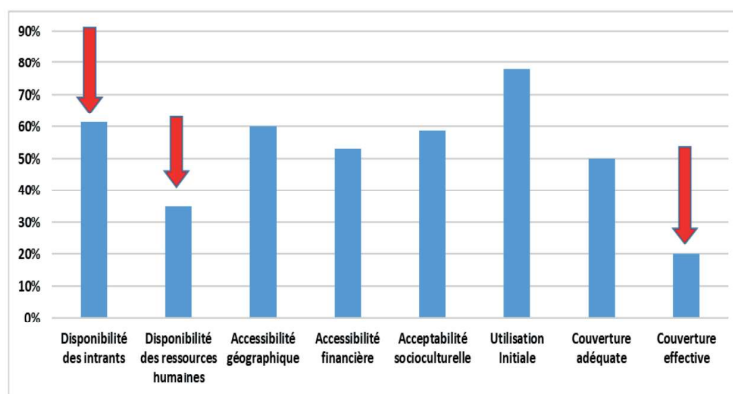
Dans l'analyse EQUIST, les interventions à haut impact sur la SRMNIA-N sont réparties à trois niveaux :

- ✓ Le paquet communautaire comprenant essentiellement des interventions promotionnelles pouvant être assurées par la communauté et/ou par les relais communautaires,
- ✓ Le paquet préventif constitué des interventions préventives nécessitant la présence d'un personnel de santé soit en fixe dans les formations sanitaires ou en mobile ;
- ✓ Le paquet curatif offert à différents niveaux de la pyramide ou du système de soins en fonction du niveau de technicité nécessaire.

Selon le modèle de Tanahashi (1978), huit déterminants peuvent avoir un impact négatif sur la mise en œuvre des interventions. Au niveau de l'offre, ce sont la disponibilité des intrants, la disponibilité des ressources humaines et l'accessibilité géographique ; au niveau de la demande, il s'agit de l'accessibilité financière et l'acceptabilité socioculturelle ; et finalement, l'utilisation initiale et la continuité des services, et la qualité des soins.

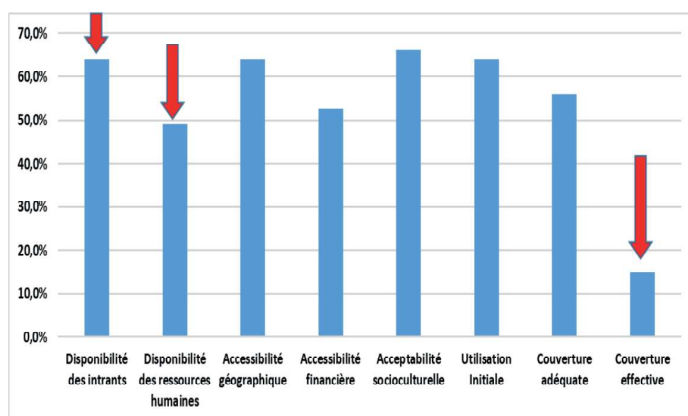
Ainsi, ces différents déterminants sont exprimés pour chaque intervention à travers des indicateurs qui permettent d'apprécier leur niveau afin de dégager les obstacles à une couverture efficace de qualité qui est la finalité recherchée. Pour chacun des domaines couverts (santé maternelle et néonatal, santé infanto-juvénile, santé des adolescents), il a été procédé à l'analyse des interventions au niveau promotionnel, préventif et curatif à travers des interventions « traceuses » choisies au sein de chaque paquet dans une logique de représentativité.

Figure 19: Identification des goulots d'étranglement au niveau des pratiques familiales essentielles



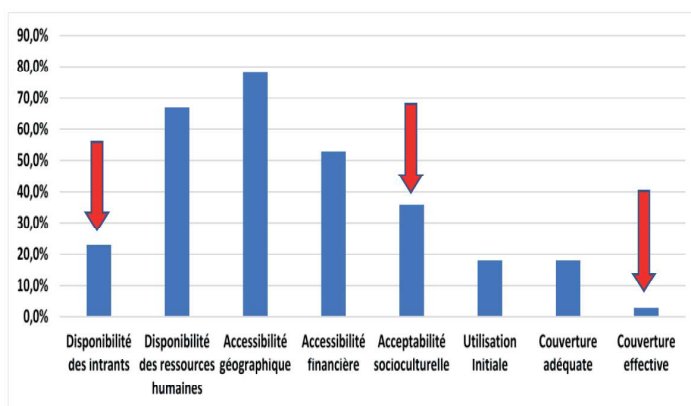
Au niveau **promotionnel** (les pratiques familiales essentielles), trois goulots d'étranglement ont été identifiés avec l'analyse EQUIST : il s'agit de la **disponibilité des intrants**, de la **disponibilité des ressources humaines** et de la **couverture effective**.

Figure 20 : Identification des goulots d'étranglement au niveau des soins préventifs



Pour les **soins préventifs**, la même démarche a été retenue et les résultats présentés dans le graphique suivant montrent des goulots d'étranglement au niveau de la **disponibilité des intrants**, au **niveau des ressources humaines** et au **niveau de la couverture effective de qualité**.

Figure 21: Identification des goulots d'étranglement au niveau des services curatifs



Pour les services curatifs, les goulots suivants ont été identifiés : la **disponibilité des intrants**, **l'acceptabilité socioculturelle** et la **couverture effective**.

5.2. Analyse des causes des goulots majeurs

5.2.1 Disponibilité des intrants

Si les intrants essentiels connaissent des ruptures, des retards dans leur approvisionnement, la qualité des prestations offertes risque d'en pâtir. Comme le décrit l'exemple pour ce qui est de la disponibilité des vaccins dans les formations sanitaires, les résultats de l'enquête SARA 2017 révèlent que le BCG est le vaccin qui a connu le plus de

ruptures de stocks dans les services de vaccination suivi du vaccin polio oral. En effet, 40% des structures de santé ont déclaré qu'elles étaient en rupture de BCG et 35 % en VPO durant les 3 derniers mois précédents l'enquête. En outre le pourcentage d'établissements disposant des médicaments essentiels pour les mères, en stock et non périmés, a été estimé à 20 %. Cette proportion est de 19 % pour les médicaments essentiels ciblant les enfants selon les résultats de la même enquête.

5.2.2. Disponibilité des ressources humaines

La densité du personnel de santé représente la disponibilité des principaux professionnels de santé (médecins, autres cliniciens, infirmières sages-femmes, etc.) pour 10.000 habitants. Selon les normes, il faut 23 professionnels de santé pour 10000 habitants alors que les résultats de l'enquête SARA 2017, ont révélé que pour la Guinée, cette densité est de 10 professionnels pour 10.000 habitants. C'est uniquement dans les régions de Conakry et de Kindia que cette densité est de très importante avec respectivement 15 et 12 professionnels pour 10.000 habitants.

Par rapport à la qualité et aux connaissances des directives des prestations, la proportion est très faible pour certains professionnels, par exemple, la proportion de personnel formé sur les directives de la PCIMNE est de l'ordre de 43%, sur les directives de la planification familiale 45%, 41% pour celles relatives aux soins prénatals et 34% pour les soins essentiels d'accouchement¹³.

La mauvaise répartition des ressources humaines de qualité et leur insuffisance constituent un des facteurs limitant la couverture effective et l'utilisation des services et ont un impact sur la qualité des services offerts dans les formations sanitaires.

5.2.3. Acceptabilité socioculturelle

C'est surtout au niveau communautaire que les obstacles liés aux mœurs et coutumes sont fréquents. En effet il y a certaines communautés qui sont réticentes à l'utilisation des services de santé dans la mise en œuvre des bonnes pratiques essentielles : lavage des mains, évacuation hygiénique des selles des enfants, utilisation des sources d'eau améliorées, malgré l'existence de la politique de santé communautaire. A cela, il faut noter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH qui empêchent les femmes de solliciter les soins pour elles mêmes et pour leurs enfants.

5.2.4. Couverture effective : la qualité dans les prestations

A l'absence de ressources humaines de qualité et motivées, d'un circuit d'approvisionnement adéquat, d'une disponibilité continue des médicaments essentiels, les prestations offertes en termes de qualité deviennent insuffisantes par exemple en cas d'une faible intégration de la PTME dans le paquet de service offert à la femme enceinte.

5.3. Goulots d'étranglement majeurs au niveau de l'environnement

5.3.1. Gouvernance, coordination et partenariat

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique de la SRMNIA-N 2016-2020 a identifié des faiblesses au niveau de la coordination de la mise en œuvre des interventions à haut

¹³ Enquête SARA 2017

impact. En effet, d'après le rapport de cette évaluation, 82% des parties prenantes interrogées jugent insatisfaisante la coordination et le suivi de la mise en œuvre de ce plan. Les structures mises en place pour l'accélération de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile ne sont pas fonctionnelles. Il importe de les réactiver et leur donner les moyens nécessaires pour leur dynamisation. Toujours se fondant sur le rapport de la même évaluation, la culture de la redevabilité fait profondément défaut dans la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N. Aussi, la dynamisation des structures de coordination ainsi que la mise en place d'un dispositif de contrôle des ressources disponibles doivent être les plus grands défis du présent dossier d'investissement.

5.3.2. Système d'information sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) peu performant, est caractérisé par: (i) la non-prise en compte complète des données du secteur privé et des services de santé des armées, (ii) la faible complétude et promptitude des rapports, (iii) l'insuffisance de la rétro-information entre les différents niveaux, (iv) l'insuffisance du système d'analyse et de contrôle de qualité à différents niveaux de collecte et de transcription des données, (v) le faible développement de la recherche en santé et particulièrement de la recherche opérationnelles et/ou action, et (vi) la faible utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Ces faiblesses n'ont pas permis de rendre disponible certaines informations stratégiques de façon régulière sur la mise en œuvre du plan stratégique.

Tableau 3: Synthèse des goulots identifiés, causes et stratégies

Goulots identifiés	Causes	Stratégies
Disponibilité des intrants essentiels	Faiblesse du système d'approvisionnement et réapprovisionnement en intrants	Renforcement du système d'approvisionnement au niveau national et l'implication du secteur privé dans la distribution des intrants au dernier Km ;
	Insuffisance de personnel formé à la quantification des besoins et au suivi des stocks	
	Insuffisance de moyens logistiques	
	Absence de mécanisme défini pour la distribution jusqu'au dernier Km	
	Faible adhésion des prestataires aux systèmes d'approvisionnement et réapprovisionnement des intrants pour les services gratuits	Encouragement à l'adhésion des prestataires de services de santé à la prise en compte des services gratuits
	Faible niveau de suivi du processus d'approvisionnement du niveau central	Renforcement du système de suivi/évaluation du niveau central
	Insuffisance de matériel et équipement pour la gestion des déchets	Renforcement de la disponibilité des matériels et équipements de gestion des déchets
Disponibilité des Ressources humaines	Insuffisance en RH en quantité et en qualité	Recrutement du personnel Renforcement des capacités du personnel Délégation des tâches
	Mauvaise répartition du personnel	Mise en place de mécanismes d'incitation dans les zones reculées (primes d'éloignement et d'équité)
	Faible motivation des ressources humaines	

	Absence d'application des mesures disciplinaires	Renforcement du suivi et de l'application effective des mesures disciplinaires
	Absence de plan de mentorat	Introduire le mentorat dans le système de formation
	Absence de plan de carrière du personnel	Prise en compte du personnel des zones reculées pour la formation continue, les promotions, les missions
	Insuffisance de formation continue	Renforcement des capacités des ressources humaines
Acceptabilité socioculturelle	Retard dans la prise de décision sur les questions de santé	Renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter la demande des services
	Faible pouvoir de décision des mères	
	Influence négative sociale, des pesanteurs socioculturelles, stigmatisation et discrimination des cibles	Intensification de la sensibilisation sur la non-stigmatisation
	Influence des coutumes et mœurs sur l'utilisation des services sanitaires	Renforcement de la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement
	Manque de civisme	
	Méconnaissance des règles d'hygiène	
	Insuffisance de sensibilisation sur les règles d'hygiène	
Qualité de services	Faible qualité des supervisions formatives	Renforcement des supervisions formatives
	Insuffisance de la disponibilité et de l'utilisation des directives sur les prestations	
	Ruptures fréquentes des médicaments essentiels	Amélioration de la gestion des stocks
	Sous notification des données statistiques	Renforcement des contrôles sur les informations sanitaires
	Surfacturation de certains produits	Mise en œuvre des directives dissuasives et sanction si nécessaires
	Plateau technique insuffisant	Renforcement du plateau technique

6. VISION ET MISSION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

La vision du DI s'aligne à celle du plan stratégique SRMNIA -N 2020 - 2024 :

« La Guinée, un pays où l'élimination des décès maternels, néonataux et infantiles évitables est assuré par un accès optimal aux soins et aux services SRMNIA-N de qualité d'une manière efficiente, équitable, fondé sur les droits humains avec la pleine participation de tous. »

6.1. Mission du DI

Faire le plaidoyer pour mobiliser les ressources adéquates en vue d'opérationnaliser le plan stratégique SRMNIA-N 2020 – 2024.

6.2. Principes directeurs

Le dossier d'investissement va s'articuler autour des principes directeurs suivants :

1. L'approche intégrée des prestations ;
2. L'approche de gestion axée sur les résultats ;
3. L'approche multisectorielle et décentralisée ;
4. L'équité, le genre et la prise en compte des besoins des populations prioritaires.

7. PRIORISATION DES REGIONS

Le Dossier d'Investissement couvre toutes les régions sanitaires de la Guinée. Mais le principe clé qui guide l'élaboration du dossier d'investissement est la priorisation rigoureuse. En concentrant davantage les ressources sur les régions qui en ont le plus besoin, le gouvernement sera en mesure de réduire les disparités en matière de santé entre les régions et de maximiser l'impact qui peut être obtenu avec les ressources disponibles.

Cette section présente la méthodologie utilisée pour définir les régions prioritaires du Dossier d'Investissement, et présente trois (3) scénarios géographiques potentiels pour considération.

7.1. Hypothèses et principes

Étant donné que l'objectif de cette priorisation est d'identifier les zones géographiques dans lesquelles le déploiement du paquet minimum SRMNIA-N aura le plus d'impact possible (réduction de la mortalité, du retard de croissance et de la fécondité des adolescentes), les hypothèses et principes suivants ont guidé ce travail de modélisation :

7.1.1. Hypothèses

1. Chacun des 5 indicateurs d'impact – mortalité maternelle, néonatale et infantile-juvénile, retard de croissance et fécondité adolescente – doit être considéré comme tout aussi important dans la priorisation.
2. Des taux plus élevés de mortalité, de retard de croissance et de fécondité des adolescentes sont plus faciles à réduire que des taux plus bas (« fruits mûrs à portée de main »), et par conséquent, les taux relatifs plutôt que de simples chiffres absolus devraient être pris en compte.
3. Pour des raisons d'équité, les ressources devraient également être concentrées sur les régions à mortalité plus élevée, à nutrition plus basse et à taux de fécondité plus élevé, afin de les rapprocher des moyennes nationales.

7.1.2. Principes

1. Les indicateurs seront pondérés pour assurer une pondération égale pour garantir que chacun des cinq indicateurs d'impact soit traité de manière égale dans la priorisation.
2. et 3. Le ciblage sera basé dans la mesure du possible sur la charge épidémiologique relative.

7.2. Méthodologie

7.2.1. Indicateurs

Pour déterminer les régions prioritaires pour la mise en œuvre progressive des interventions à haut impact, des indicateurs ont été choisis pour la santé maternelle, néonatale, infantile-juvénile, la nutrition et la santé des adolescents/jeunes.

- Pour la **santé maternelle**, en l'absence de ratio de mortalité maternelle par région, les indicateurs ci-après ont été utilisés : soins prénatals par un prestataire qualifié ;

accouchement assisté par un prestataire qualifié ; taux de césarienne ; taux de prévalence contraceptive.

- Pour la **santé néonatale** : le taux de mortalité néonatale.
- Pour la **santé infanto-juvénile** : le taux de mortalité infanto-juvénile.
- Pour la **nutrition** : le taux de malnutrition chronique.
- Pour la **santé des adolescent(e)s** : la proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencée leur vie procréatrice.

Tableau 4: Niveau des indicateurs retenus

Les taux qui n'atteindront pas la moyenne nationale sont présentés en rouge.

Région	Santé maternelle				Santé néonatale	Santé infanto-juvénile	Nutrition	Santé des adolescent(e)s
	CON par un prestataire qualifié	Acc. assisté par un personnel qualifié	Taux de césarienne	Taux de prévalence contra-ceptive	Taux de mortalité néonatal	Taux de mortalité infanto-juvénile	Malnutrition Chronique	Ado ayant déjà commencé leur vie procréatrice
Boké	79.3	45.6	3.2	4.2	38	124	39.1	31.9
Conakry	95.3	96	5.9	16.3	19	37	20.5	12.8
Faranah	78.2	38.4	2.1	7	39	124	29	31.3
Kankan	85	56.3	1.5	16.4	39	135	30.5	40.2
Kindia	87	55.9	2.4	11.6	54	125	29	30.7
Labé	66.4	33.7	2.2	3.1	26	110	32.5	35.3
Mamou	81.7	41.8	1.8	2.2	23	90	27	21
N'zérékoré	72.4	64.2	2.7	16.2	18	93	33.5	18
Moyenne nationale	80.9	55.3	2.7	10.2	32	111	30	26
Pondération	0.25	0.25	0.25	0.25	1	1	1	1

7.2.2. Calcul des besoins

Pour calculer les besoins y relatifs, les distances entre les taux en rouge et la moyenne nationale ont été calculées. (Pour plus de détail sur ce calcul, veuillez voir la *Note Technique : Priorisation de Régions*).

À la base de cette distance, un score de besoin est calculé : une valeur de 2 est donnée pour le taux le plus distant, et une valeur proportionnelle pour les autres taux en rouge, qui est ensuite multiplié par la pondération de l'indicateur. Le score final pour chaque région est la somme de tous les scores individuels des indicateurs :

Tableau 5 : Score final par région

Région	CPN par un prestataire qualifié	Ac. assisté par un personnel qualifié	Taux de césarienne	Taux de prévalence contraceptive	Taux de mortalité néonatal	Taux de mortalité U5	Malnutrition Chronique	Adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice	SCORE
Pondération	0.25	0.25	0.25	0.25	1	1	1	1	
Boké	0.1	0.2	0.0	0.0	0.5	1.1	2.0	0.8	4.7
Conakry	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Faranah	0.1	0.4	0.3	0.0	0.6	1.1	0.0	0.7	3.2
Kankan	0.0	0.0	0.5	0.5	0.6	2.0	0.1	2.0	5.7
Kindia	0.0	0.0	0.1	0.1	2.0	1.2	0.0	0.7	4.1
Labé	0.5	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0	0.5	1.3	3.1
Mamou	0.0	0.3	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
N'zérékoré	0.3	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.8	0.0	1.5

7.3. *Priorisation des Régions*

Les scores résultants de cette analyse donnent une idée sur les besoins SRMNIA-N relatifs de chaque région. Trois regroupements de régions se dégagent de cette analyse des besoins :

- Groupe 1 : Kankan, Boké et Kindia, avec des scores de 4 et plus
- Groupe 2 : Faranah et Labé, avec des scores d'environ 3
- Groupe 3 : N'zérékoré, Mamou et Conakry, avec des scores de moins de 2.

Les trois scénarios d'intervention du Dossier d'Investissement qui émergent de cette analyse sont donc :

1. Scénario 1 : prioriser les interventions à **Kankan, Boké et Kindia**.
2. Scénario 2 : prioriser les interventions à **Kankan, Boké, Kindia, Faranah et Labé**.
3. Scénario 3 : intervenir dans toutes les régions.

8. PAQUET INTEGRE D'INTERVENTIONS DE SRMNIA-N A HAUT IMPACT

L'objectif principal du Dossier d'Investissement est d'offrir un paquet intégré d'interventions prioritaires à haut impact pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, pour la réduction de la malnutrition chez les enfants et les mères, et pour l'amélioration de la santé des adolescents. Le paquet d'interventions prioritaires retenu sur la base des causes décès et de leur évidence scientifiquement prouvée, est intégré à tous les niveaux.

Processus de définition du paquet d'interventions prioritaires

Le choix du paquet d'interventions répond à l'analyse situationnelle qui a été faite en atelier avec l'outil EQUIST. En effet, en tenant compte des causes des décès maternels, néonataux et infanto juvéniles, les données probantes ont guidé le choix d'interventions à haut impact pour la réduction de la morbidité et de la mortalité de ces groupes cibles. Le choix des interventions a été également guidé par la politique nationale de santé du pays.

La mise en œuvre des interventions sera basée sur des approches intégrées à chaque niveau du système de santé, plutôt que sur des approches verticales par programme de santé. L'expérience a montré que l'intégration des interventions s'avère plus efficace et plus efficiente en matière de financement.

8.1 Synthèse des causes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile donnant lieu au paquet de la SRMNIA-N

8.1.1 Santé maternelle

Concernant les causes de cette **mortalité maternelle**, les résultats de l'enquête rapide des SONU de 2017, indiquent que ces causes sont de deux types : directes (travail dystocique 36,2%, Eclampsie 15%, hémorragie ante-partum 9%, hémorragie postpartum 5,7 et autres 19%) et indirectes (paludisme, VIH /sida, anémie etc.).

Pour toutes ces causes, il a été préconisé des interventions promotionnelles, préventives et curatives. Sachant que les SONU représentent une base commune d'interventions curatives, elles complètent les interventions en relation avec les accouchements assistés par un personnel qualifié.

8.1.2 Santé néonatale

Les principales causes de décès chez les nouveau-nés se répartissent sur les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (8%), l'asphyxie (5%), la prématurité (10%), le tétanos néonatal (11%), les malformations (5%), les diarrhées (3%), la méningite (2%) et les infections sévères (3%). En outre, le faible poids à la naissance et la malnutrition font également partie des principaux facteurs de risques et sont associés à 50% des décès de cette cible.

Pour chacune des causes précitées, un ensemble d'interventions à haut impact est proposé et réparti suivant trois paquets que sont le paquet « pratique de soins communautaires », le paquet « préventif » et le paquet « curatif ».

Les interventions possibles permettant de réduire les principales causes de décès néonataux sont : la surveillance de la grossesse selon les normes, l'accouchement effectué par un personnel qualifié, les soins immédiats à la naissance, la mise en œuvre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et nouveau-né (PCIMNE).

8.1.3 Santé infanto juvénile

Les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont : Le paludisme (27%), les causes néonatales (28%), la pneumonie ou infection respiratoire aiguë (12%), les maladies diarrhéiques (09%), le SIDA (1%). La malnutrition qui contribue à plus de 50% aux décès des enfants de moins de 5 ans en Guinée. (Rapport DAN/MS, 2017)

Les interventions possibles permettant de réduire les principales causes de décès infantile sont des approches de pratiques communautaires et familiales adaptées et des interventions préventives contre le paludisme, la diarrhée et la malnutrition. Pour toutes les causes, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est choisie comme intervention curative.

Sur la base de l'analyse présentée ci-dessus, le paquet final a été choisi en discussion avec les experts et les parties prenantes lors d'une réunion du Comité Technique SRMNIA-N. Le paquet final ainsi retenu est présenté en annexe avec les valeurs de base et cibles de chaque intervention.

9. DEFINITION DES REFORMES PRIORITAIRES COMME REPONSES AUX GOULOTS D'ETRANGLEMENT

Conformément aux objectifs contenus dans le plan SRMNIA-N 2020 – 2024 et en référence aux réponses apportées par l'analyse EQUIST aux goulots d'étranglement, les réformes suivantes ont été retenues :

- ✓ La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire ;
- ✓ L'extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats ;
- ✓ La Mise en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication ;
- ✓ Le Renforcement de la qualité et utilisation des données ;
- ✓ L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement ;
- ✓ La Gouvernance et le Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP ;
- ✓ La Promotion de l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)

9.1. Mise en œuvre de la Stratégie de Santé Communautaire

Les initiatives d'intervention de santé communautaire de par leurs orientations et grandes diversités constituent un sujet de préoccupation. Aussi, à la lumière de la politique nationale de santé communautaire, les interventions à base communautaire relatives à la santé devraient être harmonisées, alignées et mises en synergie afin d'éviter une santé communautaire à plusieurs contenus et à plusieurs vitesses. Cela nécessite la mise en place et l'harmonisation des compétences de certaines entités ou structures afin d'accroître le leadership local à travers un dispositif adéquat et une gouvernance adaptée, dans le sens bien évidemment de la volonté du Gouvernement de rendre effective la décentralisation.

Cette réforme sur la santé communautaire devra permettre la disponibilité des services de SRMNIA-N à base communautaire à travers l'introduction des soins et services intégrés dans le paquet d'activités du niveau communautaire, le renforcement des capacités des ASC et des RECO pour l'offre des soins et de services au niveau communautaire.

L'amélioration de l'utilisation des services de SRMNIA-N par les communautés se fera par la mise en place des initiatives locales comme :

- ✓ La promotion des soins et services de SRMNIA-N au niveau communautaire et la mise en place/promotion des différentes initiatives en faveur de la SRMNIA-N, notamment : " Mères Assur/Maman Lumière", "Ecole des Maris", "Homme comme partenaire en SR" et "Dialogue générationnel" ;
- ✓ Le renforcement des capacités des OSC, OBC, RECO et ASC sur les approches de communication thématique sur la SRMNIA-N ;
- ✓ L'organisation des campagnes de sensibilisation de proximité sur les interventions de la SRMNIA-N ;
- ✓ Le renforcement de l'initiative de clubs des jeunes en faveur de la SRMNIA-N ;

- ✓ Les prestations (compétences des ASC et RECO) des services dans la santé communautaire.

9.2. Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats

Pour répondre aux besoins sanitaires de la population, le Ministère de la santé a expérimenté par le passé plusieurs approches visant à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé en Guinée. Malgré ces efforts, l'analyse de la situation des soins de santé révèle des insuffisances en termes de qualité et d'efficacité. Ces insuffisances ont donc été au centre des préoccupations du Plan National de Développement de la Santé (PNDS) 2015-2024. Ainsi le Ministère de la Santé a identifié le financement basé sur les résultats (FBR) comme une approche de réforme importante pour améliorer les performances du système de santé.

Le FBR est une stratégie matérialisée par des contrats de performance qui stipulent que des ressources financières seront reversées aux prestataires en fonction de la quantité des prestations fournies sur la base d'indicateurs définis préalablement et du respect des normes et standards de qualité des services et des soins.

Il est prévu de mettre en œuvre des mécanismes de financement basé sur les résultats (PBF) aux niveaux primaire et communautaire dans quatre préfectures (Kouroussa, Mandiana, Dubreka et Téliélé).

Dans le cadre de ce projet et de son extension, il faudra s'assurer que les mécanismes mis en place permettront de contribuer à une plus grande équité dans les incitations financières pour le personnel. Dans le long terme, ce mécanisme doit amener les autorités à considérer le FBR comme un moteur pour améliorer la répartition du personnel de santé qualifié par exemple à travers des motivations plus substantielles en fonction de la quantité et de la qualité des prestations de santé pour le personnel des zones rurales et enclavées.

9.2.1. Prise en charge des Indigents :

Le Projet prévoit dans sa sous-composante 2.1 « la mise en œuvre d'un système de financement novateur au niveau des préfectures pour limiter les dépenses directes des pauvres et extrêmes pauvres ». Des directives nationales de prise en charge des Indigents ont été validées par les Ministère de la Santé et celui de l'Action Sociale.

Cette prise en charge concerne 1 238 817 personnes pauvres identifiées dont 175 117 pauvres extrêmes dans les régions de Kankan et de Kindia. Pour la prise en charge de ces personnes, il faudra que l'offre puisse suivre la demande, une coordination intersectorielle renforcée et des organes de vérification des conditionnalités et de gestion des cas soient bien capacités.

Cette prise en charge des dépenses de santé des ménages pauvres et extrêmes pauvres s'inscrit dans un cadre global d'identification et d'assistance des personnes vulnérables à travers un mécanisme harmonisé d'enregistrement unique appelé Registre Social Unifié (RSU) dont les premiers rudiments sont déjà mis en place dans les régions de Faranah, Kankan, Labé et Kindia.

Une évaluation de ce mécanisme de prise en charge des indigents pourrait permettre de trouver des moyens financiers et techniques pour son extension au niveau national.

9.3. Mise en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication

La réforme visant la mise en place d'un plan intégré de communication aura comme objectif le renforcement de la communication pour le changement social et comportemental des communautés autour de la SRMNIA-N.

Cette sous priorité permettra de développer un plan intégré de communication (PIC) pour le changement de comportement des communautés avec l'implication des religieux, des communicateurs traditionnels, les agents de santé communautaires et autres leaders d'opinion, en sensibilisant aussi les établissements scolaires et universitaires en faveur des interventions de la SRMNIA-N ainsi que le renforcement des capacités des médias.

9.4. Renforcement de la qualité et utilisation des données

Des gaps importants ont été notés sur la qualité des informations SRMNIA-N. Les évaluations et les supervisions ont trouvé que la qualité des données reste un véritable défi du système d'information à travers la plateforme du DHIS2 pour tous les programmes de la SRMNIA-N. La diffusion et l'utilisation des données de qualité à des fins de prise de décision ou de plaidoyer doivent être une priorité. Pour cela, le système national d'information sanitaire (SNIS), le suivi évaluation ainsi que la recherche doivent être améliorés par :

- ✓ Le renforcement des capacités des ressources humaines du SNIS ;
- ✓ La réorganisation du SNIS, la révision et la réduction/simplification des indicateurs et outils SNIS ;
- ✓ L'élimination des systèmes spécifiques des programmes, qui persistent en parallèle avec le DHIS2 ;
- ✓ Le renforcement de la supervision SNIS et de la qualité de ses données ;
- ✓ Le soutien aux mécanismes de revue et de suivi-évaluation, y compris le suivi des résultats du Dossier d'Investissement ;
- ✓ Le développement de la recherche opérationnelle en SRMNIA-N pour informer la mise en œuvre du Dossier d'Investissement ;
- ✓ La promotion d'une culture factuelle et l'utilisation des données pour la prise de décisions ;
- ✓ L'intégration des résultats de la Revue des décès maternels et néonataux.

Une stratégie de résultats sera élaborée de manière à suivre les progrès, identifier les gaps et adapter les interventions.

9.5. Amélioration de la Chaîne d'approvisionnement

La disponibilité et l'accessibilité des produits de santé sont une des priorités du Ministère de la santé pour une amélioration de l'état de santé de la population visant la réduction de la mortalité maternelle, infantile et la maîtrise de la fécondité. Cette réforme vise à

apporter une réponse globale aux nombreux problèmes liés à l'approvisionnement et à la gestion des produits de santé et d'assurer la performance de la chaîne d'approvisionnement.

Elle se focalisera sur le renforcement des capacités d'approvisionnement en médicaments en vue de pallier les ruptures fréquentes des médicaments essentiels de la SRMNIA-N, y compris les produits d'urgence, les réactifs, les intrants de laboratoire et nutritionnels qui sont parfois observées.

Cette réforme doit en somme permettre :

9.5.1. *l'amélioration de la disponibilité des intrants de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*

- ✓ Optimiser la chaîne d'approvisionnement (PCG et les formations sanitaires)
- ✓ Renforcer le service de distribution et de stockage de la PCG avec une assistance technique d'experts en distribution/stockage et de formation logistique
- ✓ Rééquiper les espaces de stockage de la PCG
- ✓ Renforcer la capacité de stockage des formations sanitaires.

9.5.2. *le renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement à travers le développement des ressources humaines de qualité.*

- ✓ Former les ressources humaines impliquées dans la chaîne d'approvisionnement
- ✓ Opérationnaliser l'unité de gestion logistique (UGL) des produits de santé de la chaîne d'approvisionnement

9.5.3. *l'amélioration du système d'information des données logistiques pour la prise de décision à tous les niveaux.*

- ✓ Renforcer le système électronique de distribution des stocks (SAGE) de la Pharmacie Centrale de Guinée
- ✓ Renforcer le système d'information de gestion Logistique (SIGL) électronique (eSIGL) de la Direction National de la Pharmacie et du Médicament (DNPM)
- ✓ Faire la supervision dans les structures sanitaires pour l'amélioration de la qualité des données
- ✓ Renforcer le Partenariat public privé dans la distribution aux derniers km

9.6. *Gouvernance et renforcement de la coordination multisectorielle/UAGP*

L'un des principaux obstacles liés à la gouvernance et au leadership demeure le manque de synergie entre acteurs du fait de l'insuffisance de coordination des interventions.

L'approche de résolution des problèmes de SRMNIA-N fait intervenir plusieurs acteurs, entre autres, le ministère de la santé, les autres secteurs de l'Etat, les collectivités locales, les populations, la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers. Ceci implique une dynamique partenariale nécessitant le développement d'un bon cadre de coordination et des instruments de mise en œuvre adaptés au contexte de redevabilité.

Suite à l'audit institutionnel de 2016 pour renforcer la gouvernance dans le cadre de la gestion des financements extérieurs, le Ministère de la santé avec l'appui des Partenaires (BM, FM, GAVI...) a mis en place l'Unité d'Appui à la Gestion et Coordination des Projets et

programmes (UAGCP). Cette unité a pour mission de renforcer les capacités de gestion des structures centrales et décentralisées du système de santé.

C'est dans le même cadre que la Société civile a mis en place un groupe de coordination (coalition des OSC en SR/PF) pour mieux structurer sa contribution dans la SRMNIA-N notamment la SR/PF. Ainsi, elle mettra en place un tableau de bord pour le suivi des engagements et la redevabilité des acteurs dans la lutte contre les décès évitables des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents (es).

Cette réforme doit permettre de rendre opérationnel les mécanismes multisectoriels pour le renforcement des capacités des instances de coordination, des interventions à tous les niveaux du système de santé à travers la redynamisation de la plateforme des parties prenantes clés de mise en œuvre de la SRMNIA-N.

Cette réforme devra aussi porter sur la révision des textes législatifs et réglementaires et la politique nationale de SR et le plaidoyer auprès des autorités pour l'application des textes juridiques et réglementaires sur les VBG y compris MGF/E.

Elle porte également sur le renforcement des réseaux de parlementaires, de religieux, de journalistes, de communicateurs traditionnels, de femmes et de jeunes pour le plaidoyer en faveur de la SRMNIA-N à travers la mise en œuvre des plans d'actions desdits réseaux la révision de la politique nationale de protection sociale et la mise en place des instruments de mise en œuvre.

Cette réforme doit enfin se focaliser sur la concrétisation et l'élargissement du partenariat public-privé à travers :

- ✓ Le renforcement des capacités de gestion et de coordination des structures de santé
- ✓ Le renforcement des capacités des points focaux et des membres des groupes thématiques au suivi de la mise en œuvre des interventions prioritaires à haut impact et la gestion de l'information sanitaire y afférente ;
- ✓ Le renforcement du partenariat avec le secteur privé par l'élaboration d'une convention opérationnelle avec ledit secteur pour la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N ;
- ✓ Le renforcement du partenariat avec la communauté par l'élaboration des conventions opérationnelles avec les ONG ; les OSC ; les organisations à base communautaire (OBC), les organisations confessionnelles, leaders religieux et communautaires pour la mise en œuvre des interventions de SRMNIA-N.

9.7. Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)

Les interventions visant à améliorer les faits d'état civil seront les suivantes :

- ✓ Support légal de l'état civil
 - Conception et mise en œuvre d'un cadre juridique harmonisé
 - Elaboration et mise en œuvre des critères d'interopérabilité interministérielle et intersectorielle
- ✓ Renforcement des capacités
 - Renforcement des capacités humaines
 - Renforcement des capacités organisationnelles

- Renforcement des capacités matérielles
- ✓ Informatisation de l'état civil
- ✓ Statistiques de l'état civil

Nota bene :

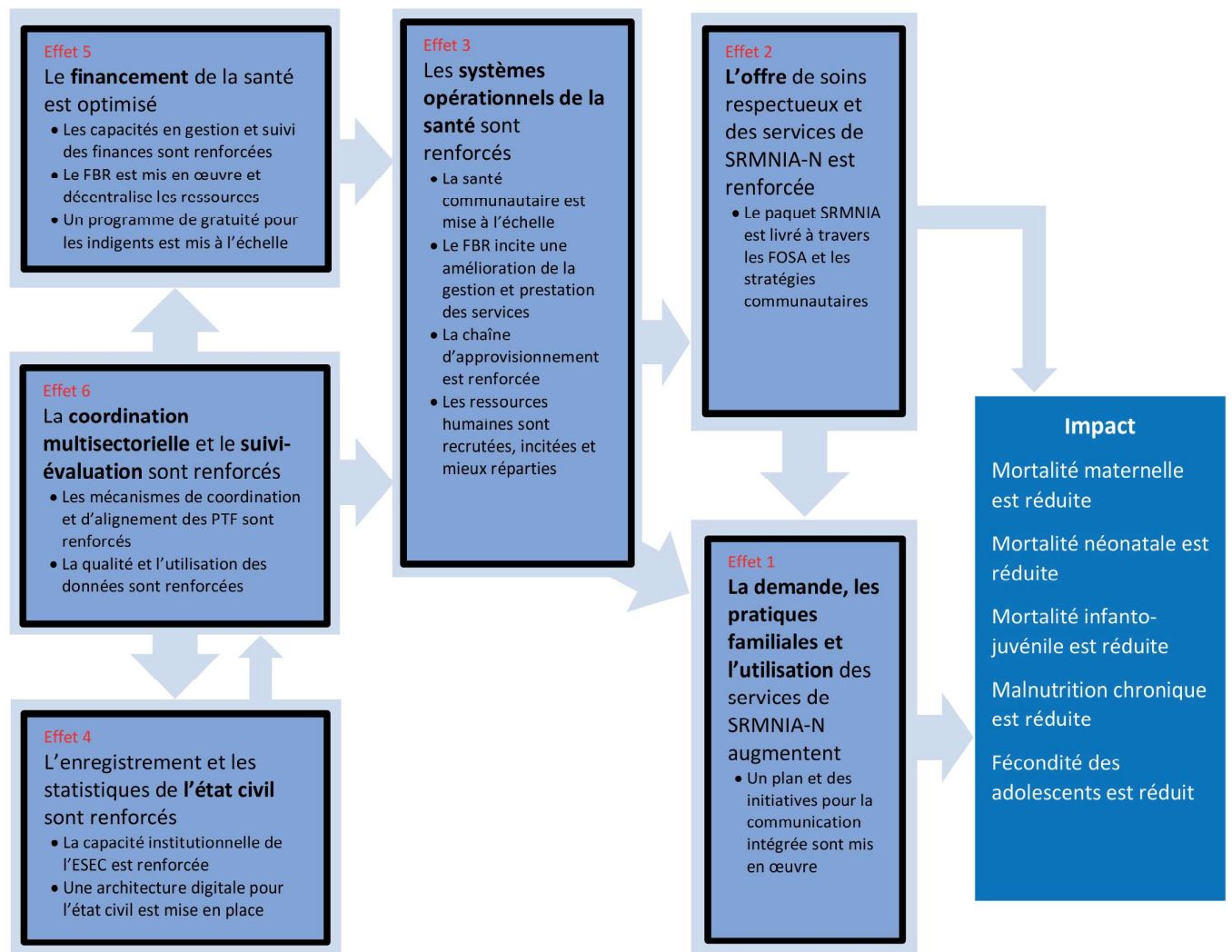
Ces interventions seront réalisées à travers le « Plan de mise en œuvre de la composante état civil du dossier d'investissement de la Guinée ». Annexé à ce document principal et évoluant concomitamment, il décrit en détail les actions à entreprendre sur l'état civil.

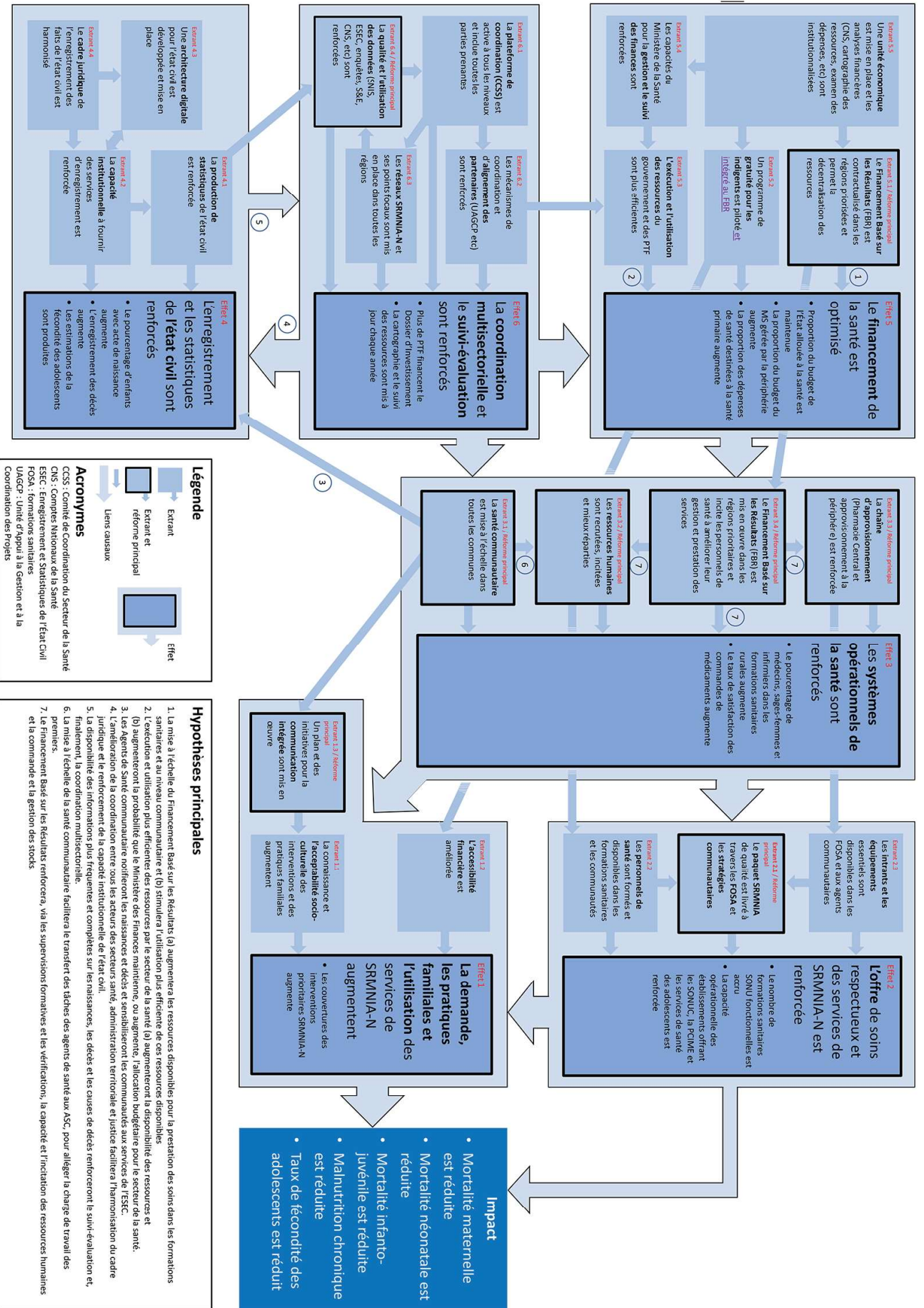
10. THEORIE DU CHANGEMENT

La Théorie du Changement présente une vue d'ensemble de la manière dont le Dossier d'Investissement produira son impact escompté – comment toutes les interventions et stratégies priorisées décrites dans les sections précédentes se réunissent en une série de changements interdépendants et intégrés. Il définit la « chaîne causale » : comment les **extrants** immédiats des initiatives et des réformes du Dossier d'Investissement conduiront à des **effets** de plus haut niveau, et comment ces effets, à leur tour, produiront l'**impact** prévu. Elle identifie également les hypothèses impliquées – comment nous pensons que chacun des changements mènera au suivant.

Le diagramme ci-dessous montre la théorie du changement de haut niveau – comment les **effets** prévus seront complémentaires et, en fin de compte, conduiront à l'**impact** prévu. Le diagramme de la page suivante montre une version plus détaillée de la même Théorie du Changement, incorporant les **extrants** détaillés des initiatives et des réformes du Dossier d'Investissement.

La théorie du changement de haut niveau (effets et impact)





11. ESTIMATION DE L'IMPACT DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE LA SRMNIA-N

Processus de fixation des cibles des interventions

L'une des étapes les plus importantes de l'élaboration du dossier d'investissement consistait à fixer des cibles. Pour la modélisation, des objectifs de couverture ont été fixés pour chaque intervention dans le paquet d'interventions prioritaires, et sur la base de ceux-ci, les outils de modélisation ont ensuite estimé l'impact à plus long terme du Dossier d'Investissement : les taux de mortalité, de retard de croissance et de fécondité.

La fixation des cibles de couverture est un processus délicat, car ils doivent être réalistes et réalisables dans les limites des ressources disponibles, mais doivent également être suffisamment audacieux pour atteindre les objectifs ambitieux du pays pour le secteur de la santé. Le processus de fixation des objectifs s'est donc déroulé en trois étapes :

- Des couvertures de base ont été établies pour chaque intervention du paquet.
- Un travail technique initial a été effectué pour calculer les améliorations (ou parfois les baisses) annuelles de la couverture de chaque intervention au cours des huit dernières années, afin de projeter des « cibles de tendance » réalistes.
- Le Comité Technique SRMNIA-N a ensuite discuté et identifié des cibles beaucoup plus élevés et plus ambitieux pour des interventions spécifiques, sur la base des réformes, des initiatives et des ressources qui sont prévus dans le dossier d'investissement.

Cet exercice de fixation des cibles a abouti à deux niveaux de cibles de couvertures :

- « Cibles de tendance », qui fournissent des cibles réalistes pour les progrès qui peuvent être réalisés dans les régions non prioritaires.
- « Cibles d'extension », qui fournissent des cibles ambitieuses pour les régions prioritaires bénéficiant d'un investissement plus intensif.

Sur la base de ce travail de fixation des cibles au niveau national, un exercice technique a été réalisé pour décomposer ces objectifs nationaux en objectifs régionaux. Pour une description complète de la méthodologie utilisée pour fixer toutes les cibles de couverture du Dossier d'Investissement, veuillez voir la Note Technique: modélisation du paquet et de l'impact.

L'ensemble complet des interventions, ainsi que les niveaux de référence, les cibles et les sources de données, est présenté dans un tableau en annexe.

11.1. Estimation de l'impact des trois scénarios

11.1.1. Santé néonatale

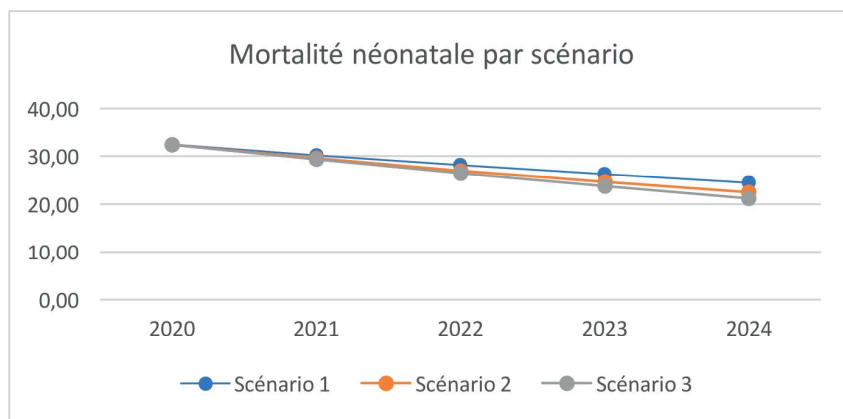
a. Impact national sur la santé néonatale

Vies néonatales sauvées (estimations OHT / LiST)

La mise en œuvre des interventions à haut impact permettra de sauver des vies pour 8730 nouveau-nés avec le scénario 1 durant la période 2021 à 2024. Ces gains sont respectivement de 10717 et 12190 décès de nouveau nés évités durant la même période pour les scénarios 2 et 3.

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Scénario 1	0	980	1 845	2 603	3 302	8 730
Scénario 2	0	1 237	2 295	3 196	3 989	10 717
Scénario 3	0	1 416	2 619	3 637	4 518	12 190

Taux de mortalité néonatale pour 1.000 naissances vivantes (estimations OHT / LiST)



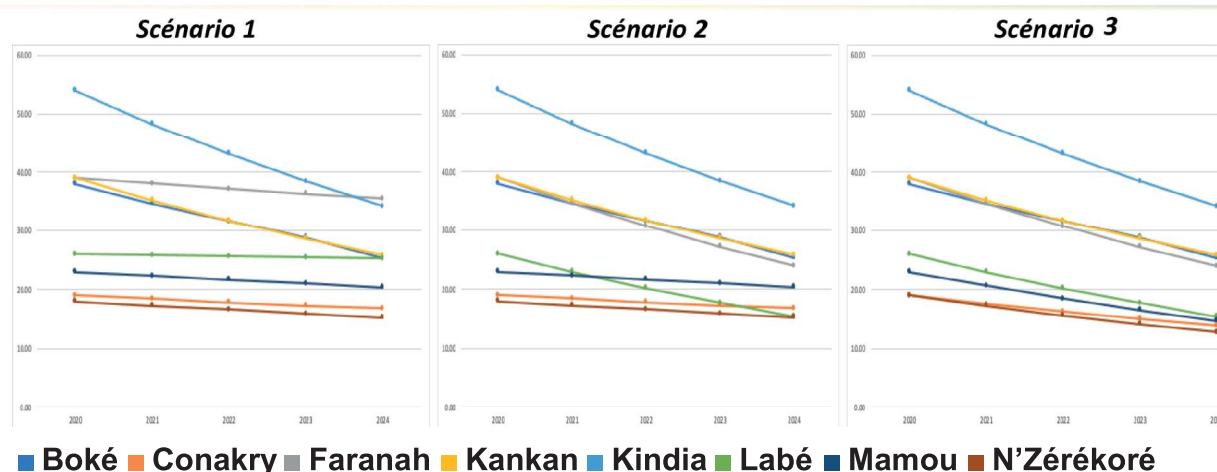
Ces vies sauvées se traduisent par une réduction de la mortalité néonatale qui passe de 32 à respectivement 24, 22, et 21 décès pour 1000 naissances vivantes pour les scénarios 1, 2 et 3.

b. Impact régional sur la santé néonatale

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Boke	1219	1219	1219
Kankan	2760	2760	2760
Kíndia	3235	3235	3235
Faranah	368	1404	1404
Labé	91	1042	1042
Conakry	374	374	881
Mamou	230	230	582
Nzérekoré	453	453	1067
Total	8730	10717	12190

Les estimations de l'impact régional montrent des tendances similaires de nombre de décès évités et de réduction de la mortalité néonatale.

Taux de mortalité néonatale par région



11.1.2. Santé infanto-juvénile

a. Impact national sur la santé infanto-juvénile

Vies infanto-juvéniles sauvées (estimations OHT / LiST)

Le nombre additionnel de vies sauvées chez les enfants de moins de 5 ans est de 48574 si les interventions sont mises en œuvre au niveau national (scénario3), 41106 vies sauvées pour le scénario2 contre 32748 pour le scénario 1.

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Scénario 1	0	3 595	6 902	9 837	12 414	32 748
Scénario 2	0	4 600	8 770	12 357	15 379	41 106
Scénario 3	0	5 465	10 406	14 611	18 092	48 574

Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1.000 naissances vivantes (estimations OHT / LiST)

Ces vies sauvées se traduisent par une réduction de la mortalité infanto-juvénile qui passe de 107 à respectivement 78, 70, et 63 décès pour 1000 naissances vivantes pour les scénarios 1, 2 et 3.

	2020	2021	2022	2023	2024
Scénario 1	107 ¹⁴	99	92	85	78
Scénario 2	107 ¹	96	87	78	70
Scénario 3	107 ¹	95	83	73	63

b. Impact régional sur la santé infanto-juvénile

Vies infanto-juvéniles sauvées par région

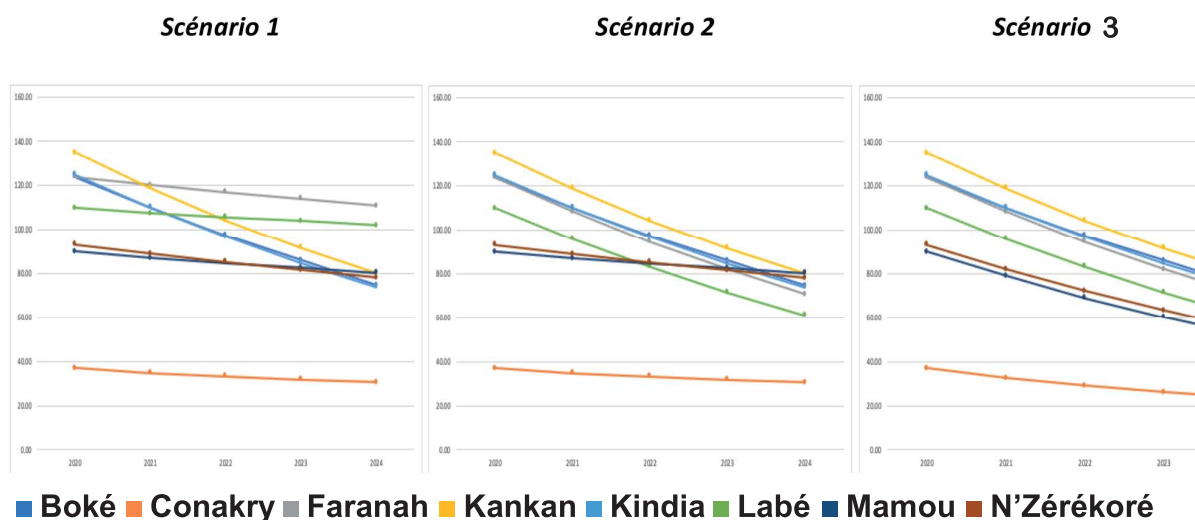
	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Boke	5 454	5 454	5 454
Kankan	12 086	12 086	12 086

¹ Le taux de mortalité infanto-juvénile sur les 5 ans précédents est 111 pour 1.000 naissances, et le taux de mortalité infanto-juvénile sur les 10 ans précédents est 107 pour 1.000 naissances. Afin de permettre l'analyse au niveau régionale, ce dernier a été utilisé comme valeur de base dans la modélisation.

Kindia	8 760	8 760	8 760
Faranah	1 346	5 354	5 354
Labé	857	5 207	5 207
Conakry	988	988	2 251
Mamou	810	810	2 874
Nzérekoré	2 447	2 447	6 588
Total	32 748	41 106	48 574

Les estimations de l'impact régional montrent des tendances similaires de nombre de décès évités et de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

Taux de mortalité infanto-juvénile par région



11.1.3. Santé maternelle

a. Impact national sur la santé maternelle

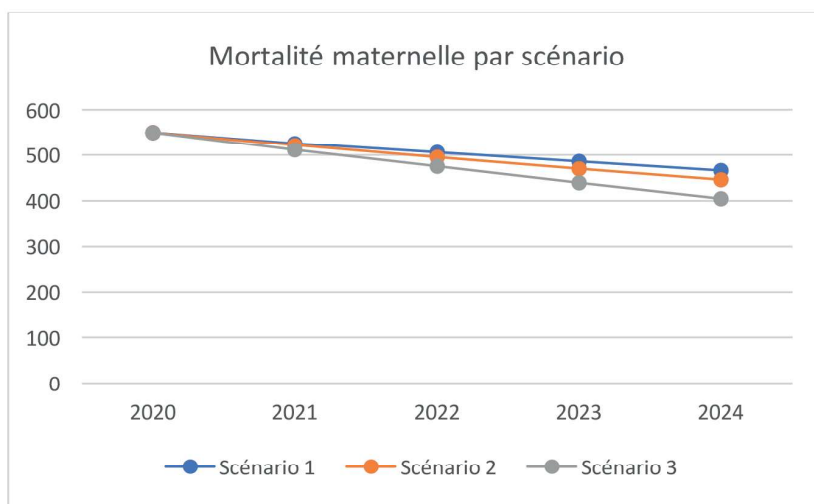
Vies maternelles sauvées (estimations OHT / LiST)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Scénario 1	0	103	197	280	362	942
Scénario 2	0	124	234	334	429	1 121
Scénario 3	0	170	320	456	582	1 528

La mise en œuvre des interventions a impact permettra de sauver des vies 942 femmes avec le scénario 1 durant période 2021 à 2024. Ces gains respectivement de 1121 et 1528 décès femmes évités durant la même période les scénarios 2 et 3.

Taux de mortalité maternelle pour 100 00 naissances (estimations OHT / LiST)

	2020	2021	2022	2023	2024
Scénario 1	550	527	505	486	466
Scénario 2	550	522	496	471	446
Scénario 3	550	512	475	440	405



Ces vies sauvées des femmes se traduisent par une réduction de la mortalité maternelle qui passe de 550 à respectivement 466, 446, et 405 décès pour 100.000 naissances vivantes pour les scénarios 1, 2 et 3.

11.1.4. Impact sur la malnutrition

Retards de croissances évités (estimations OHT / LiST)

	2020	2021	2022	2023	2024
Scénario 1	0	1 777	4 499	7 988	12 190
Scénario 2	0	2 216	5 598	9 868	14 948
Scénario 3	0	2 951	7 542	13 391	20 391

La mise à l'échelle du paquet d'interventions au niveau national permettrait de sauver plus de 20.000 enfants de moins de 5 ans de la malnutrition chronique. Si nous considérons les régions du scénario 2, ce sera près de 15.000 enfants qui seront sauvés de la malnutrition chronique contre 12.000 enfants pour le scénario 1.

12. ESTIMATION DU BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

La budgétisation a été faite à l'aide de l'outil One Health (OHT-One Health Tool)¹⁵. Cet outil exploite, les couvertures de base des populations par les interventions à haut impact et les couvertures souhaitées pour projeter les coûts et les impacts à terme des interventions. En plus de cet outil, nous avons utilisé EXCEL pour l'estimation des autres activités. Les coûts unitaires des activités ont été faites tenant compte d'un certain nombre d'hypothèses (voir détails dans la note technique sur la budgétisation).

Rappelons que les scenarios sont constitués ainsi :

- Scénario 1 : intervention dans tout le pays, avec une mise en œuvre plus intensive à **Boké, Faranah et Labé**
- Scénario 2 : Scénario 1 + une mise en œuvre additionnelle plus intensive à **Kankan, Kindia et Mamou**
- Scénario 3 : Scénario 2 + une mise en œuvre additionnelle intensive à **Conakry et Nzérékoré**

Scenario 1

La mise en œuvre des interventions a haut impact suivant le scenario1 représente un montant total de 509 823 060 \$US sur la période 2021 – 2024. La mise en œuvre du FBP (210 564 014 \$US) et la prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N (216 260 072 \$US) représente plus de 80% du cout du DI sur les 4 ans.

Interventions a haut impact	2021	2022	2023	2024	Total général (\$ US)
La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	12 946 317	12 771 447	12 771 447	12 771 447	51 260 660
Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	50 542 099	51 924 337	53 332 007	54 765 571	210 564 014
Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	1 731 226	1 712 939	1 720 059	1 714 476	6 878 700
Renforcement de la qualité et utilisation des données	4 280 948	4 235 862	2 246 102	2 360 456	13 123 367
L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	1 579 149	593 163	591 198	591 198	3 354 709
Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	782 124	1 342 470	1 004 300	1 632 908	4 761 803
Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)	1 309 359	1 198 365	850 095	261 916	3 619 735
Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	42 369 468	50 359 065	57 944 601	65 586 938	216 260 072
Total	115 540 690	124 137 649	130 459 810	139 684 911	509 823 060

¹⁵ L'outil peut être téléchargé sur le site suivant : <https://avenirhealth.org/software-onehealth.php>

Scenario 2

La mise en œuvre des interventions a haut impact suivant le scenario2 totalise un montant de 556 137 050 \$US sur la période 2021 – 2024. La mise en œuvre du FBP (210 863 265 \$US) et la prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N (237 366 618 \$US) représente près de 80% du cout du DI sur les 4 ans.

Réformes	2021	2022	2023	2024	Total général (\$ US)
La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	17 827 847	17 652 977	17 652 977	17 652 977	70 786 777
Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	50 616 912	51 999 149	53 406 820	54 840 384	210 863 265
Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	2 370 497	2 353 682	2 361 538	2 357 059	9 442 776
Renforcement de la qualité et utilisation des données	4 398 202	4 331 030	2 324 705	2 433 537	13 487 474
L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	2 232 160	832 045	830 080	830 080	4 724 365
Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	869 990	1 441 159	1 102 989	1 742 420	5 156 558
Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances mariages et décès)	1 530 389	1 409 911	1 016 980	351 938	4 309 218
Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	44 788 751	54 861 636	64 287 321	73 428 909	237 366 618
Total	124 634 748	134 881 589	142 983 410	153 637 303	556 137 050

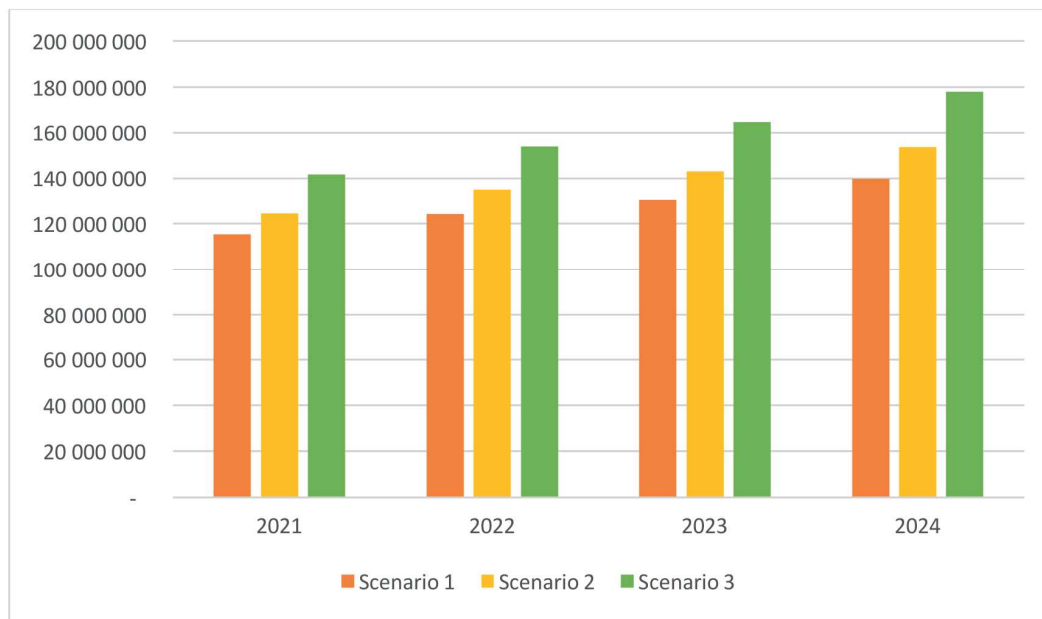
Scenario 3

La mise en œuvre des interventions a haut impact suivant le scenario3 totalise un montant de 638 273 215 \$US sur la période 2021 – 2024. Trois interventions représentent plus de 90% de ce cout total, notamment la prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N (42%), l'extension et pérennisation du FBP (37%), et la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire (17%).

Réformes	2021	2022	2023	2024	Total général (\$ US)
La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	27 845 826	27 670 956	27 670 956	27 670 956	110 858 693
Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	50 770 444	52 152 682	53 560 352	54 993 916	211 477 394
Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	3 682 421	3 668 628	3 677 995	3 675 782	14 704 826
Renforcement de la qualité et utilisation des données	4 638 836	4 526 336	2 486 016	2 583 516	14 234 702
L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	3 572 283	1 322 283	1 320 318	1 320 318	7 535 202
Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	1 050 311	1 643 690	1 305 520	1 967 161	5 966 682
Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)	1 983 992	1 844 050	1 359 466	536 681	5 724 189
Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	47 994 470	61 087 394	73 362 749	85 326 914	267 771 527
Total	141 538 582	153 916 018	164 743 371	178 075 244	638 273 215

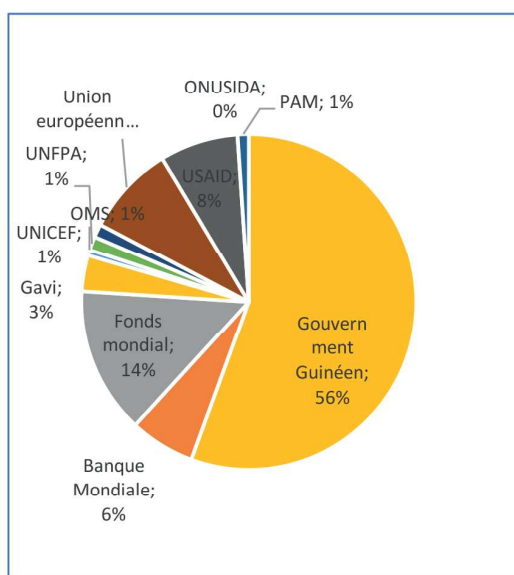
Le graphique ci-dessous présente la répartition du cout du DI par année et par scénario.

Tableau 6 : Répartition du budget par scénario



12.1. Financement du DI

Figure 22: Financement du secteur santé par source de financement (2020)



	Total 2020 (\$)	%
Gouvernement Guinéen	169,003,153.2	56%
Banque Mondiale	19,068,000.0	6%
Fonds mondial	43,003,518.1	14%
Gavi	10,569,081.2	3%
OMS	1,731,064.5	1%
UNFPA	4,024,784.0	1%
UNICEF	3,859,770.6	1%
Union européenne	26,430,146.1	9%
USAID	23,000,000.0	8%
ONUSIDA	50,000.0	0%
PAM	3,254,054.8	1%

Le budget du Gouvernement Guinéen alloué à la santé pour l'année 2020 représente 56% du total des ressources disponibles (Figure 23). Les partenaires techniques et financiers ont contribué à une hauteur de 44% (notons que ces ressources disponibles n'incluent pas les contributions des ménages, les ressources des ONGs et les revenus propres des structures sanitaires).

Le Fonds Mondial, l'Union Européenne, l'USAID et la Banque Mondiale sont les quatre principaux partenaires financiers les plus importants après le Gouvernement Guinéen. Leurs contributions combinées constituent près de 40% du financement ont contribué et environ 37% du financement total pour l'année 2020, soit un financement global de \$111 Millions sur un total de \$304 Millions.

Sur l'enveloppe totale allouée au secteur de la santé, l'Etat affecte 13% de son budget aux priorités du DI. Les interventions ciblées par ce financement sont principalement les fonds alloués aux indigents, l'achat des produits pharmaceutiques, et les frais du personnel pour les hôpitaux de Donka, Ignace Deen et Sino.

Les ressources disponibles pour financer les priorités du DI s'élèvent à un total de \$479.7 Millions sur quatre ans, Soit une moyenne annuelle de \$119.9 Millions. La répartition entre les engagements publics et extérieurs indique que le DI est en majorité financé par les partenaires (81% contre 19%). Cette répartition des ressources signale un faible engagement public en faveur des interventions à haut impacts du DI. Un travail de plaidoyer auprès du Gouvernement est nécessaire pour encourager une augmentation des investissements publics envers des priorités de la SRMENIA.

Figure 23: Répartition du financement du DI entre les ressources publiques et les ressources extérieures (2021-2024)



Une baisse des engagements a été constatée sur les trois dernières années. Ceci s'explique par le manque de visibilité des engagements extérieurs au-delà de 2020/2021. Quant aux ressources publiques, l'hypothèse retenue est que le Gouvernement s'engage à maintenir le même niveau d'allocation des ressources publiques au DI pour toute la période (4 ans) du DI, en utilisant l'année 2020 comme année de référence

12.2. Ecart de financement

L'estimation de l'écart de financement se calcule sur base du budget total nécessaire à la mise en œuvre des interventions à haut impact du DI. Les montants des ressources disponibles (extérieurs et publics) sont déduits de ce budget total. Cette estimation a montré des écarts de financement positifs pour la 1ère année et négatifs pour les trois

années suivantes (Scenario 1&2). Quant au scénario 3, il présente des déficits de financement sur les 4 années (Figure 25).

Globalement, tous les trois scénarios indiquent des déficits qui varient entre \$ 30 Millions et \$158 Millions sur 4 ans. **Notons que le scénario 3 présente un déficit total cinq fois supérieur à celui du scénario 1 et deux fois plus important que le déficit du scénario 2.**

Figure 24: Écart de financement par scénario (2021-2024)



12.3. Analyse de scénarios

Une analyse de scénarios basée sur deux hypothèses a été effectuée afin d'évaluer l'adéquation du déficit financier. Il s'agissait également de permettre une réflexion autour des questions de la mobilisation des ressources additionnelles nécessaires pour financer les interventions prioritaires du DI.

1. Hypothèse réaliste :

Dans cette hypothèse, l'allocation des ressources publiques aux programmes prioritaires de la SRMNIA reste constante sur toute la période du DI (2021-2024). Ceci représente environ 13% du budget annuel total que le Gouvernement Guinéen alloue à la santé, soit \$90.7 Millions sur 4 ans. La contribution des partenaires quant à elle demeure identique aux estimations de la cartographie. Elle se chiffre à \$389.1 Millions sur 4 ans. Le total des ressources disponibles s'élève globalement à \$479.7 Millions pour toute la période du DI.

Conclusion : Dans une hypothèse réaliste, Il faudra mobiliser entre 6% et 25% en ressources additionnelles pour couvrir les coûts du DI qui se chiffre à \$509.8 Millions (scénario 1), \$556.1 Millions (scénario 2), et \$638 Millions (scénario 3).

Tableau 7 : Écart de financement par Scénario pour l'hypothèse réaliste

	2021	2022	2023	2024	Total
Déficit Scénario 1	13,226,730	-6,526,036	-11,755,894	-24,969,808	-30,025,008
Déficit Scénario 2	4,132,672	-17,269,976	-24,279,494	-38,922,200	-76,338,998
Déficit Scénario 3	-12,771,162	-36,304,405	-46,039,455	-63,360,141	-158,475,163

Légende

Pas d'écart	Écart <10%	Écart 10% à 20%	Écart >20%
-------------	------------	-----------------	------------

2. Hypothèse optimiste :

Dans cette hypothèse, le Gouvernement s'engage à augmenter de 5 % le budget annuel alloué à la santé. Cette augmentation de l'espace fiscal se traduit par une hausse annuelle correspondante qui s'élève à 5% des investissements publics attribués aux interventions de la SRMNIA. Ceci correspond à un montant de \$97.7 Millions sur 4 ans. On estime qu'avec un bon plaidoyer auprès des partenaires sur une réallocation des ressources vers la santé maternelle et infantile, leur contribution augmenterait de 5% annuellement et se chiffrerait à \$ 452.2 Millions sur 4 ans, ce qui correspondrait à un investissement total de \$555Millions.

Conclusion : Dans l'hypothèse la plus optimiste, le scénario 1 devient excédentaire, et ne nécessite pas de ressources additionnelles pour la mise en œuvre de programmes du DI. Tenant en compte de la disponibilité de ressources et de la probabilité de pouvoir combler le déficit financier de chaque scénario, le scénario 2 est donc choisi pour le Dossier d'Investissement. Si au cours de la mise en œuvre du DI des ressources suffisantes deviennent disponibles pour le scénario 3, ses cibles encore plus ambitieuses seront adoptées.

Tableau 8 : Écart de financement par Scénario pour l'hypothèse optimiste

	2021	2022	2023	2024	Total
Gap Scenario 1	13,226,729	11,068,141	11,506,269	9,379,472	45,180,611
Gap Scenario 2	4,132,671	324,201	-1,017,331	-4,572,920	-1,133,378
Gap Scenario 3	-12,771,163	-18,710,228	-22,777,292	-29,010,861	-83,269,543

Légende

Pas d'écart	Écart <10%	Écart 10% à 20%	Écart >20%
-------------	------------	-----------------	------------

13. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Le présent dossier d'Investissement (DI), aligné sur le PNDS 2015 – 2024 (dont Objectif stratégique 2 porte sur l'amélioration de la santé à toutes les étapes de la vie) et le Plan stratégique de la SRMNIA-N (2020 – 2024), est sous la responsabilité du Ministère de la Santé. Sa mise en œuvre demande, entre autres conditions, le soutien des autorités (politiques et administratives), des partenaires techniques et financiers, de la société civile, du secteur privé et la collaboration des départements sectoriels.

13.1. Structures organes de mise en œuvre

Le DI sera mise en œuvre par les structures et organes de la SRMNIA-N. Pour la coordination et le suivi aux différents niveaux, les capacités de ces structures et organes seront renforcées dans les différents domaines : logistique, matériels / équipements, gestion de programme / projet, fonctionnement. Il s'agit des comités multisectoriels de coordination aux niveaux central, régional et préfectoral. Ces structures veilleront au suivi des progrès à travers le Plan de Mise en Œuvre du DI et les plans opérationnels annuels qui en découlent.

a. Au niveau central

Le Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS) servira de plateforme nationale pour la mise en œuvre du DI. Ce comité s'assurera que tous les acteurs y compris les PTFs et le secteur privé suivent les orientations du DI. Les principaux rôles du CCSS seront entre autres de i) veiller à ce que les nouveaux investissements dans la SRMNIA-N y compris les fonds de donateurs et de l'État, respectent les objectifs et les approches décrits dans le DI ; ii) amener les partenaires y compris le secteur privé à but lucratif, à développer des partenariats innovants pour mobiliser des fonds et apporter un soutien technique pour améliorer la SRMNIA-N ; iii) faire le plaidoyer auprès de l'État pour accroître ses contributions financières en faveur de la SRMNIA-N.

La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) assure la coordination avec l'appui du Comité Technique Multisectoriel de la SRMNIA-N et du Secrétariat du GFF.

b. Au niveau régional

Le Comité Régional de Coordination du Secteur Santé (CRCSS) servira de plateforme régionale pour la mise en œuvre du DI. Il s'assurera que tous les acteurs de la région y compris les PTFs et le secteur privé, suivent les orientations du DI. Cette plateforme sera appuyée par un Groupe Technique Régional de travail SRMNIA-N mis en place à cet effet. Ce groupe technique de travail sera composé du point focal SR de l'équipe cadre de la région sanitaire, des responsables des services de SRMNIA-N de l'hôpital régional et du chargé de la surveillance intégrée de la maladie y compris les décès maternels et néonataux.

Les Directeurs Régionaux de la Santé seront responsables de la coordination, la supervision et le suivi des différentes interventions avec compte rendu/rapport à la DNSFN.

c. Au niveau district

Le Comité Préfectoral de Coordination du Secteur Santé (CPCSS) servira de plateforme préfectorale pour la mise en œuvre du DI. Il s'assurera que tous les acteurs de la préfecture y compris les PTFs et le secteur privé, suivent les orientations du DI. Cette plateforme sera appuyée par un Groupe Technique Préfectoral de travail SRMNIA-N mis en place à cet effet. Ce groupe technique de travail sera composé du point focal SR de l'équipe cadre du district sanitaire, des responsables des services de la SRMNIA-N de l'hôpital préfectoral et du chargé de la surveillance intégrée de la maladie y compris les décès maternels et néonataux.

Les Directeurs Préfectoraux de la Santé seront responsables de la mise en œuvre des activités. Ils assureront la coordination, la supervision et le suivi des différentes interventions avec compte rendu/rapport au niveau régional.

d. Au niveau des établissements de soins

Les chefs des établissements de soins (publics et privés) et les comités des usagers (si disponible) seront responsables de la mise en œuvre des activités. Ils assureront la coordination, la supervision et le suivi des prestations de soins et services dans le cadre de l'offre de la SRMNIA-N avec compte rendu/rapport aux Directions régionales et préfectorales de la santé.

e. Au niveau communautaire

Le Comité Sous Préfectoral de Coordination du Secteur Santé (CSPCSS) servira de plateforme sous-préfectorale pour la mise en œuvre du DI. Il s'assurera que tous les acteurs de la sous-préfecture y compris les PTFs, les ONGs locales, les groupements/associations communautaires et le secteur privé, suivent les orientations du DI.

Les comités de santé et d'hygiène (COSAH), les agents de santé communautaires (ASC) et les relais communautaires (RECO) seront responsables de la mise en œuvre des activités dans les communautés. Ils exécutent les activités communautaires du DI/SRMNIA-N. Ils rendent compte aux chefs de poste de santé, de centre de santé et à l'autorité communale

13.2. Acteurs de mise en œuvre

a. Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du plan SRMNIA-N à travers ce DI. Il valide, adopte et assure sa mise en œuvre sous le leadership du Ministère de la santé. Il donne les orientations générales pour la mise en œuvre et doit mobiliser les financements internes et externes nécessaires à la mise en œuvre de la SRMNIA-N. Le Ministère de la santé assurera la gestion des ressources mises à sa disposition pour l'atteinte des objectifs du DI en liaison avec les institutions ou partenaires concernés. Il tiendra le Gouvernement informé, ainsi que toutes les parties prenantes sur l'évolution de la mise en œuvre des paquets d'interventions du DI, à travers le rapport annuel.

b. Collectivités locales

Les collectivités locales seront impliquées dans la mise en œuvre du DI par le suivi des activités dans les communautés à travers les comités de santé et d'hygiène (COSAH), les agents de santé communautaires (ASC) et les relais communautaires (RECO). La prise en

charge de ces agents se fera par l'Agence Nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC).

c. Prestataires de soins

Principaux acteurs dans la mise en œuvre du DI/SRMNIA-N, les prestataires de soins assureront les prestations conformément aux normes et protocoles nationales établies dans ce domaine. Ils rendront compte aux responsables des établissements.

d. Institutions de formation et d'assistance sociale

Les Institutions de formation, de recherche et d'assistance sociale accompagneront la mise en œuvre du DI /SRMNIA-N à travers le renforcement des capacités des personnels de santé (développement des outils de formation, formation initiale et continue/perfectionnement), la recherche opérationnelle et l'assistance sociale aux familles vulnérables ou dans certaines situations.

e. Secteur Privé et confessionnel

Le secteur privé et confessionnel, dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises, sera impliqué et viendra en appui aux structures gouvernementales dans la mise en œuvre du DI. Il interviendra aussi directement dans l'offre des soins et services de SRMNIA-N, par le biais d'un mémorandum d'entente et/ou de la contractualisation.

f. Société Civile

De plus en plus visible et active, la société civile doit jouer un rôle important dans ce dossier stratégique par le renforcement des activités liées à la prévention des maladies, à la promotion de la CPN et de la PF, à l'utilisation des services de santé, au changement de comportement de la population pour l'adoption de bonnes pratiques au niveau communautaire. Elle doit continuer à appuyer les collectivités locales dans l'enregistrement des naissances et des décès à l'état civil. En résumé, le rôle de la société civile dans ce processus se fera comme suit :

- ✓ le renforcement de l'offre de services au niveau des zones défavorisées et/ou à accès difficile à travers les stratégies avancées et les cliniques mobiles ;
- ✓ la création de la demande pour augmenter l'utilisation des services SRMNIA-N et la levée des pesanteurs socioculturelles ;
- ✓ le plaidoyer pour la création d'un environnement favorable à la SRMNIA-N et le respect des droits des populations pauvres ;
- ✓ la veille citoyenne pour le suivi et le contrôle de la réalisation effective des engagements pris par le Gouvernement, les Partenaires Techniques et Financiers, et le niveau de satisfaction des populations, particulièrement pauvres ;
- ✓ la mobilisation des ressources domestiques et externes pour appuyer l'Etat dans la mise en œuvre du dossier d'Investissement.

g. Partenaires techniques et financiers

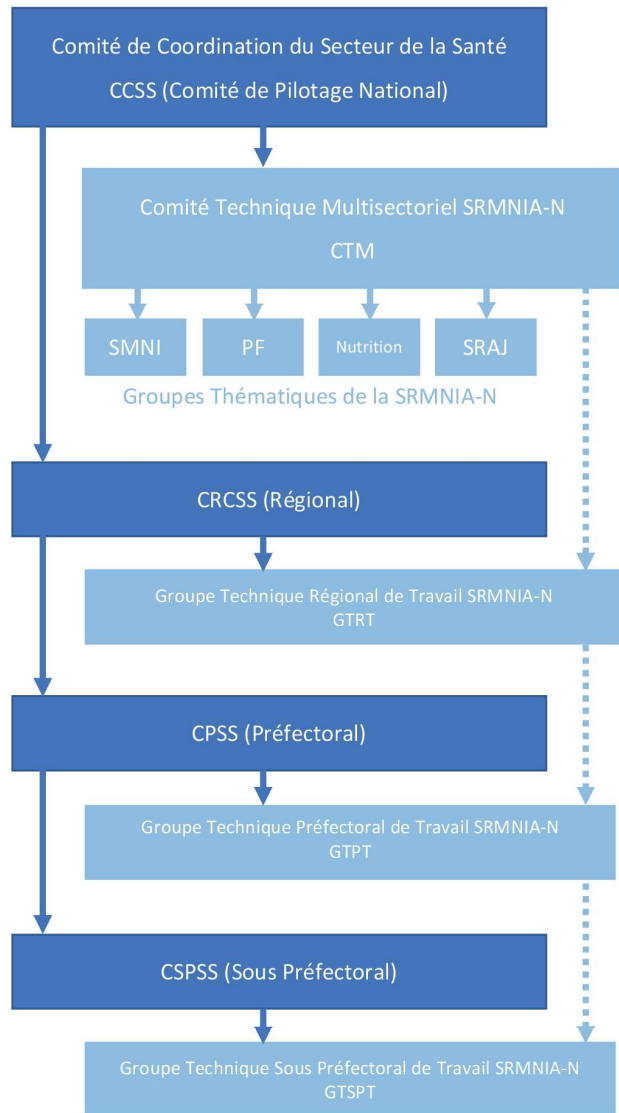
L'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) est nécessaire dans les domaines de :

- ✓ Un appui à la mise en œuvre du DI, à travers l'allocation des ressources et de leur expertise.
- ✓ Le renforcement de la coordination et des capacités des acteurs ;
- ✓ La mise à disposition des instruments de planification et d'analyse situationnelle ;
- ✓ L'amélioration des données de statistiques sanitaires ;
- ✓ La mobilisation des ressources ;

- ✓ L'accompagnement dans le plaidoyer ;
- ✓ La fourniture d'assistance technique dans les différents domaines d'interventions.

h. Plateforme SRMNIA-N

La plateforme pour l'opérationnalisation des interventions en SRMNIA-N comprend : le Comité Technique Multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile, adolescent et jeune (CTM SRMNIA-N), qui est techniquement alimentée : (1) au niveau national par quatre groupes thématiques (SMNI, PF, Nutrition et SRAJ) ; (2) au niveau périphérique par les Groupes Techniques Régionaux de Travail (GTRT SRMNIA-N), les Groupes Techniques Préfectoraux de Travail (GTPT SRMNIA-N) et les Groupes Techniques Sous Préfectoraux de Travail (GTSPT SRMNIA-N). A la tête de cette plateforme SRMNIA-N nous avons le CCSS qui assure le pilotage (COFIL). Ce COFIL est présidé par le Ministère de la santé qui en porte le lead. Il s'agira de promouvoir des objectifs communs et de s'assurer de la collaboration avec les autres secteurs socio-économiques à travers les liens intersectoriels, les organismes et organisations publiques et privées pour renforcer leurs interactions avec la santé en vue de l'atteinte des résultats escomptés en SRMNIA-N. Le CTM SRMNIA doit tenir des rencontres trimestrielles tandis que les quatre groupes thématiques (SRMNI, PF, Nutrition et SRAJ) et les GTRT SRMNIA-N, les GTPT SRMNIA-N et les GTSPT SRMNIA-N doivent tenir des rencontres mensuelles.



Légende

- Gouvernance du secteur de la santé
- La Plateforme SRMNIA-N

13.3. *Suivi de la mise en œuvre et évaluation*

Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux définis dans le cadre de résultats du DI (voyez la section 14). Les équipes cadres des districts sanitaires seront chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités dans leurs districts respectifs. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs. Les différents cadres de concertation existants au niveau des préfectures seront mis à profit pour discuter de l'exécution du plan.

Les directions régionales de la santé seront chargées de la coordination au niveau régional de la mise en œuvre des activités du plan, de la synthèse, et de l'analyse des données, du calcul des indicateurs de suivi et de la prise de décision. Les cadres de concertation existants seront mis à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan.

a. Supervision et monitoring des activités

Le système de supervision et de monitoring intégré des activités sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Des outils intégrés et harmonisés de supervision par niveau seront révisés/développés, validés par l'ensemble des parties prenantes et mis à disposition des équipes. Ces supervisions seront organisées de la manière suivante :

- ✓ le niveau central supervisera trimestriellement les résultats des régions sanitaires ;
- ✓ le niveau régional supervisera trimestriellement les activités et les résultats des districts sanitaires ;
- ✓ le district supervisera mensuellement, les formations sanitaires de leurs zones respectives et
- ✓ les centres de santé feront des supervisions mensuelles des activités du niveau communautaire.

Un aperçu plus détaillé des processus de suivi du Dossier d'Investissement à tous les niveaux est fourni dans la section 14.2 ci-dessous (les processus de suivi).

b. Evaluation périodique du DI

L'évaluation du DI est indispensable pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs. Elle sera réalisée à travers les évaluations annuelles, les revues à mi-parcours et finale.

L'évaluation annuelle au niveau central se tiendra de préférence au début de chaque année après celles des régions et préfectures sanitaires, et aura pour objectif de veiller sur la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point de la mise en œuvre globale du DI et d'adapter si possibles certaines interventions et stratégies. Le rapport annuel d'activités élaboré contribuera à l'analyse des revues de performances programmées.

Dans le cadre global, deux revues de performances impliquant l'ensemble des districts et régions sanitaires, des programmes de SRMNIA-N et des partenaires, seront organisées au niveau national pendant la période de mise en œuvre du DI, et seront sanctionnées par des rapports de revue. La première à mi-parcours, sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le DI ainsi que les taux de

réalisation des budgets en mi 2022. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures et aussi de revoir et réajuster certains objectifs. La deuxième revue (finale) interviendra en fin 2024, permettra la clôture du cycle actuel de planification pour amorcer le processus stratégique future.

A la fin de la période de mise en œuvre du DI, une revue générale sera conduite à travers des enquêtes nationales (EDS et/ou MICS) permettant de connaître les changements dans les indicateurs d'effet et d'impact, ainsi que l'état de santé des femmes, des enfants, des adolescents et des jeunes.

14. STRATEGIE DES RESULTATS DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Cette section présente un résumé de la Stratégie des Résultats du Dossier d'Investissement, y compris le Cadre de Résultats pour le suivi de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, ainsi qu'une stratégie de suivi et d'utilisation des données, et un plan pour le renforcement des systèmes d'information qui sont nécessaire à ce suivi. Pour plus de détails sur ces éléments et leur développement, veuillez voir le document *Stratégie des Résultats du Dossier d'Investissement*.

14.1. Cadre de Résultats du Dossier d'Investissement

Le Cadre de Résultats définit les indicateurs et les cibles qui seront utilisés pour suivre la mise en œuvre du Dossier d'Investissement. Il est étroitement basé sur la théorie du changement et comprend non seulement les cibles d'impact principales, mais aussi une sélection de cibles pour le suivi de la réalisation de chaque effet, et un indicateur traceur pour le suivi de chaque extrant.

Les cibles du Cadre de Résultats sont basées sur les travaux de modélisation et d'estimation des coûts avec l'outil OHT / LiST qui sont décrits ci-dessus. De même, le choix des indicateurs d'utilisation des services est basé sur le travail de modélisation (les interventions qui permettront de maximiser les « vies sauvées »), et d'autres indicateurs sont liés aux stratégies / réformes clés qui ont été identifiées pendant le processus de priorisation.

Un certain nombre de principes importants ont guidé l'élaboration concertée de ce Cadre de Résultats :

- Les indicateurs doivent, dans la mesure du possible, être alignés aux cadres stratégiques existants, notamment le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la Stratégie SRMNIA-N, les Objectifs de Développement Durable (ODD), les indicateurs de l'OMS 100 et les cadres de résultats des programmes de santé ;
- Les indicateurs devraient, dans la mesure du possible, être basés sur les sources de données existantes pour éviter d'augmenter la charge de collecte de données ;
- La sélection des indicateurs doit tenir compte de la qualité des données disponibles : et, lorsque la qualité des données est mauvaise, des indicateurs alternatifs doivent être choisis, à part si des initiatives sont incluses dans le Plan de

Effet 1 : La demande, les pratiques familiales et l'utilisation des services de SRMNIA-N augmentent (indicateurs d'effet)			Valeur de base	Cible
Contraception moderne	Taux de prévalence contraceptive moderne parmi les femmes 15-49 mariées ou en union <i>Proxy de routine : nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de PF</i>	EDS 2018	10.6%	24.8%
Consultations prénatales (CPN4)	Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNs <i>Proxy de routine : nombre de CPN4+ dans les formations sanitaires publiques</i>	EDS 2018	35.3%	63.9%
Accouchement assistée	Pourcentage des accouchements assistés par personnel qualifié <i>Proxy de routine : accouchements assistés dans les formations sanitaires publiques</i>	EDS 2018	55.3%	80.0%
Initiation précoce de l'allaitement	Pourcentage d'enfants allaités dans la première heure après la naissance	EDS 2018	42.8%	63.9%
Consultations post-natales (nouveau-nés)	Pourcentage de nouveau-nés bénéficiant d'un examen post-natal dans les 2 jours <i>Proxy de routine : nombre de nouveau-nés vus en consultation post-natal dans les 2 jours</i>	EDS 2018	42.8%	70.0%
Prise en charge des IRA infanto-juvéniles avec antibiotiques	Prise en charge avec antibiotiques pour les enfants qui ont eu des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA) <i>Proxy de routine : nombre d'enfants avec IRA traités avec un antibiotique</i>	MICS 2016	32.6%	65.0%
Prise en charge du paludisme infanto-juvénile avec CTA/ACT	Prise en charge du paludisme infanto-juvénile avec traitement CTA (ACT) <i>Proxy de routine : nombre de traitements avec CTA/ACT pour les enfants</i>	EDS 2018	16.2%	64.6%
Utilisation des moustiquaires (MII)	Pourcentage d'enfants utilisant des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) <i>Proxy de routine : nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) distribuées</i>	EDS 2018	26.6%	42.3%
Enfants complètement vaccinés	Enfants âgés de 12-23 mois complètement vaccinés <i>Proxy de routine : couverture en Penta3 (DTC+HepB+Hib)</i>	EDS 2018	23.9%	42.9%
Taux de guérison des admissions pour la malnutrition	Taux de guérison des admissions pour la malnutrition	SNIS	ND	75.0%
Contraception moderne parmi les adolescentes	Taux de prévalence de la contraception moderne parmi les adolescentes (15-19) <i>Proxy de routine : Le nombre de nouvelles utilisatrices adolescentes (15-19 ans)</i>	EDS 2018	8.3%	19.4%

Effet 2 : L'offre de soins respectueux et des services de SRMNIA-N est renforcée (indicateurs d'effet)			Valeur de base	Cible
Disponibilité de SONU	Nombre de formations sanitaires SONU fonctionnelles	Rapport Réseau et Cartes SONU Guinée 2019 (AccessMod)	14	117
Capacité opérationnelle de SONUC	Capacité opérationnelle des établissements offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complète (SONUC)	SARA 2017	37.0%	80.0%
Capacité opérationnelle de PCIME	Capacité opérationnelle des établissements offrant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	SARA 2017	37.0%	80.0%
Capacité opérationnelle des services de santé de l'adolescent	Capacité opérationnelle des établissements offrant les services de santé de l'adolescent	SARA 2017	34.0%	80.0%
Effet 3 : Les systèmes opérationnels de la santé sont renforcés (indicateurs d'effet)			Valeur de base	Cible
Le pourcentage de médecins, sages-femmes et infirmiers dans les formations sanitaires rurales	Le pourcentage de médecins, sages-femmes et infirmiers dans les formations sanitaires rurales	SIRH / iHRIS	ND	À déterminer
Satisfaction des commandes de médicaments	Taux de satisfaction des commandes de médicaments	Pas encore disponible	ND	95.0%
Effet 4 : L'enregistrement et les statistiques de l'état civil sont renforcés (indicateurs d'effet)			Valeur de base	Cible
Enfants avec acte de naissance	Pourcentage des enfants de moins de 2 ans qui ont un acte de naissance <i>Proxy de routine : pourcentage de naissances enregistrées et rapportées</i>	EDS 2018	48.4%	65.0%
Enregistrement des décès	Pourcentage des décès enregistrés et rapportés	Rapport INS / FNUAP (2017)	0.5%	30.0%
Production d'estimations de la fécondité des adolescents	Des estimations infranationales de la fécondité des adolescentes sont produites annuellement pour les régions prioritaires	Rapports administratifs	Non produites	Produites

Effet 5 : Le financement de la santé est optimisé (indicateurs d'effet)			Valeur de base	Cible
Budget de l'État alloué à la santé	La proportion du budget total du gouvernement allouée au secteur de la santé	BOOST 2020	7.4%	7.4%
Budget du MS géré par la périphérie	La proportion du budget du MS gérée par la périphérie	BOOST 2020	27.2%	À déterminer
Dépenses de santé destinées à la santé primaire	Proportion des dépenses de santé destinées à la santé primaire	À déterminer		
Effet 6 : La coordination multisectorielle et le suivi-évaluation sont renforcés (indicateurs d'effet)			Valeur de base	Cible
PTFs finançant le Dossier d'Investissement	Nombre de partenaires techniques et financiers qui financent le Dossier d'Investissement	Plan de mise en œuvre du Dossier d'Investissement	1	9
Production et suivi de la cartographie des ressources	Production annuelle et suivi semestrielle de la cartographie des ressources	Cartographie et suivi des ressources 2019	Cartographie ou suivis non finalisés	Cartographie et suivis finalisés à temps

14.2. Stratégie de suivi et d'utilisation des données

Les processus de suivi du Dossier d'Investissement

Les rôles et les responsabilités de chaque acteur dans le suivi de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement sont décrites dans la section 13 (cadre de mise en œuvre) du Dossier d'Investissement. Les processus et les produits d'information spécifiques impliqués dans ce suivi sont les suivants :

Revue trimestrielle

- Trimestriellement, les **Groupes Techniques Préfectoraux de Travail (GTPT)** et les **Groupes Techniques Régionaux de Travail (GTRT) SRMNIA-N** se réuniront pour suivre les progrès dans leur zone de responsabilité, sur la base des tableaux de bord préfectoraux et régionaux. Chaque district et, après compilation, chaque région élaborera un court rapport d'étape qui sera soumis une semaine avant la réunion trimestrielle du Comité Technique Multisectoriel (CTM) au niveau national.
- Trimestriellement, la **Comité Technique Multisectoriel (CTM)** se réunira pour entreprendre un suivi détaillé de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, sur la base d'un sous-ensemble d'indicateurs de routine / indicateurs de proxy qui peuvent être mis à jour trimestriellement, ainsi que sur des rapports d'étape soumis par les régions (si des rapports de suivi des ressources mis à jour sont

disponibles, ils seront également examinés). Le rôle de ce suivi est d'identifier les actions et initiatives nécessaires pour assurer la bonne mise en œuvre du Dossier d'Investissement, et si nécessaire, d'identifier tout problème nécessitant une remontée au Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS).

Revue annuelle

- Annuellement, la mise en œuvre du Dossier d'Investissement sera évaluée par le **Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS)** à travers un rapport spécifique, réalisé à cet effet, et basé principalement sur la cartographie et le suivi des ressources et sur les indicateurs de haut niveau (effet) du Cadre de Résultats. C'est à ce niveau, si nécessaire, que des corrections de trajectoire et des modifications au Dossier d'Investissement lui-même peuvent être convenues, afin de garantir la réalisation de l'impact prévu.

Revue à mi-parcours et revue finale

- Dans le dernier semestre de 2022, une revue externe de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement sera commandée, et la revue annuelle à la fin de 2022 servira également comme revue à mi-parcours.
- À la fin de 2024, une revue finale de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement sera entreprise, sur la base des tableaux de bord du DI et des dernières données d'enquête (EDS ou MICS), afin de fournir une vue d'ensemble sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents et de présenter les progrès réalisés lors de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement. La conception et l'élaboration de cette évaluation finale seront supervisées par le CTM pour présentation au CCSS.

Pour appuyer ce travail de suivi pendant la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, une série de rapports et de tableaux de bord seront régulièrement produits :

- Des **tableaux de bord trimestriels de suivi des résultats préfectoraux et régionaux** seront développés pour un sous-ensemble d'indicateurs de routine et de proxy du Dossier d'Investissement qui sont disponibles par région ou par préfecture ;
- Un **tableau de bord trimestriel de suivi des résultats nationaux** sera développé pour le suivi d'un sous-ensemble d'indicateurs de routine et de proxy du Dossier d'Investissement pour lesquels des données sont disponibles chaque trimestre ;
- Une **cartographie des ressources** annuelle et des rapports semestriels de **suivi des ressources** seront produits ;
- Un **rapport annuel de mise en œuvre** sera développé et comprendra un résumé des résultats de la cartographie des ressources mise à jour, du suivi des ressources et dépenses financières, ainsi qu'un **tableau de bord des indicateurs d'effet**.

Au niveau mondial, le GFF produira également un rapport annuel montrant les progrès réalisés dans tous les pays du GFF, y compris la Guinée. Cela sera basé sur un petit sous-ensemble des indicateurs du Dossier d'Investissement de la Guinée, mais avec des ajustements à certains indicateurs pour permettre des comparaisons entre les pays.

14.3. Renforcement de la qualité et l'utilisation des données

Une stratégie habilitante essentielle pour les arrangements de suivi décrits ci-dessus est la nécessité de renforcer à la fois la **qualité des données** et **l'utilisation efficace des données**.

Compte tenu de leur importance, ces deux thèmes ont été identifiés parmi les réformes prioritaires du Dossier d'Investissement. Ils se renforcent mutuellement : l'amélioration de la qualité des données renforce la confiance des parties prenantes dans les données, contribuant à élargir leur utilisation ; et une utilisation plus large crée une forte demande de données de meilleure qualité, qui à son tour incite une amélioration de la qualité des données. Cette réforme implique, en son cœur, un changement de culture organisationnelle dans le secteur : faire prendre conscience de l'importance des données exactes pour le travail des autres équipes, instaurer la confiance et la familiarité avec les sources de données clés, et favoriser l'utilisation des preuves dans tous les aspects du travail quotidien ; tout en renforçant la prise de conscience du lourd fardeau que la collecte de données impose aux prestataires de première ligne, et de l'importance de se concentrer sur des collectes de données plus petites qui sont plus précises, complètes et promptes. Ce changement de culture sera soutenu par des initiatives techniques spécifiques pour renforcer la qualité et l'utilisation des données, décrites ci-dessous dans la prochaine section.

14.4. Renforcement des systèmes d'information de la santé

Comme décrit ci-dessus, le suivi de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement s'appuiera sur des données fiables et un suivi fréquent des indicateurs du cadre de résultats par la plateforme nationale (CCSC). Dans la mesure du possible, la sélection des indicateurs inclus dans le cadre de résultats du Dossier d'Investissement a été basée sur les sources de données existantes, mais pour un certain nombre d'indicateurs, la qualité des données dans ces systèmes existants doit être renforcée, tandis que pour d'autres de nouveaux systèmes sont nécessaires pour faire un suivi des initiatives du Dossier d'Investissement.

Cette section fournit un résumé des investissements dans les systèmes d'information qui sont prévus dans le Dossier d'Investissement pour appuyer le suivi et l'utilisation des données. Des références à d'autres stratégies et plans qui contiennent plus de détails sur ces initiatives ont été fournies.

14.4.1. Renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS)

Ces dernières années, la Guinée a réussi à numériser le SNIS en utilisant DHIS2. Le nouveau système a été déployé dans tous les districts et plusieurs systèmes parallèles spécifiques aux programmes sont en cours d'intégration dans le DHIS2. Cependant, bien que le déploiement du système lui-même ait été un succès, les audits de la qualité des données ont révélé des défis importants. Le Dossier d'Investissement comprend donc des investissements majeurs pour améliorer la qualité des données du SNIS et pour dynamiser l'utilisation des données du SNIS à tous les niveaux.

- Rationalisation du SNIS avec des outils de collecte de données réduits et simplifiés
- Élimination de tous les systèmes / processus parallèles de collecte de données existants au niveau des programmes / directions
- Renforcement de la supervision formative, en particulier la supervision des formations sanitaires (par les districts) et des agents de santé communautaire
- Renforcement de l'utilisation des données SNIS pour le suivi et l'évaluation (S&E), y compris pour le suivi du Dossier d'Investissement

- Accroître l'utilisation des données du SNIS pour une prise de décision basée sur les données probantes à tous les niveaux (voir la section *Stratégie de suivi et d'utilisation des données* ci-dessus)

De plus, la « Carte Sanitaire » (enquête de routine sur les formations sanitaires) sera également revitalisée, afin de fournir des mises à jour de routine sur l'état des établissements sanitaires entre les enquêtes SARA.

Pour plus de détails sur toutes ces initiatives, veuillez-vous référer au *Plan Stratégique Révisé de Renforcement du SNIS 2019-2020*, ainsi qu'à *l'Évaluation rapide du SNIS (novembre 2018)* qui a été entreprise pour soutenir le développement du Dossier d'Investissement.

14.4.2. Mise à l'échelle du système d'information sur les ressources humaines (SIRH)

Bien que la Guinée ait commencé à déployer un SIRH électronique à l'aide du logiciel iHRIS, ce déploiement est encore très limité. Des investissements seront faits dans l'extension du SIRH pour soutenir la planification, le recrutement, la formation et la distribution du personnel de la santé. Un élément clé de cette approche consistera à ancrer l'utilisation du SIRH au niveau du district, afin de garantir que la planification et la prise de décision locales sont basées sur des données. Pendant la mise en œuvre du SIRH, la Carte Sanitaire du SNIS servira de source de données intérimaire pour le suivi d'un petit nombre d'indicateurs clés sur les RH.

14.4.3. Exploitation des systèmes d'information de gestion logistique (SIGL) et de distribution des médicaments (SAGE)

Au cours des deux dernières années, la Guinée a renforcé ses systèmes électroniques de gestion et de distribution des stocks (eSIGL / OpenLMIS et SAGE) et a rendu l'eSIGL interopérable avec le SNIS. Mais actuellement, ces systèmes électroniques ne sont utilisés qu'au niveau des districts, et il reste un travail à faire pour renforcer la complétude et promptitude des rapports des formations sanitaires. Le Ministère de la Santé va explorer la saisie électronique des données au niveau des établissements ainsi qu'autres initiatives pour renforcer la qualité des données, et le système d'approvisionnement SAGE va être renforcé afin de permettre le suivi des indicateurs clés (par exemple, le taux de satisfaction des commandes).

14.4.4. Renforcement du rapportage des statistiques de l'état civil

Les rapports trimestriels de routine des sites d'enregistrement des faits d'état civil sont actuellement très faibles et entièrement effectués sur papier. Le Dossier d'Investissement comprend une initiative majeure pour numériser l'enregistrement et les statistiques de l'état civil (ESEC) et pour relier ce système au système national d'information sanitaire (SNIS) basé sur le DHIS2. Les ruptures de stock des registres et certificats officiels ont été identifiées comme un des principaux goulots d'étranglement pour l'ESEC ; un indicateur additionnel sera ajouté aux rapports de routine des centres d'état civil, afin de permettre le suivi de la disponibilité de ces fournitures essentielles.

ANNEXES DOSSIER D'INVESTISSEMENT POUR LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTO JUVENILE ET DES ADOLESCENTS, 2020 - 2024

NOTE TECHNIQUE SUR LA BUDGETISATION

**NOTE TECHNIQUE DE LA CARTOGRAPHIE DES
RESSOURCES FINANCIERES**

**GUINÉE - THÉORIE DU CHANGEMENT
(DIAGRAMME)**

**NOTE TECHNIQUE POUR LE SYSTEME
D'ENREGISTREMENT DES STATISTIQUES DES
FAITS D'ETAT CIVIL (ESEC)**

**NOTE TECHNIQUE : MODÉLISATION DU PAQUET
D'INTERVENTIONS PRIORISÉ ET DE SON IMPACT**

NOTE TECHNIQUE : PRIORISATION DES RÉGIONS

NOTE TECHNIQUE STRATÉGIE DES RÉSULTATS





NOTE TECHNIQUE SUR LA BUDGETISATION

NOTE TECHNIQUE SUR LA BUDGETISATION

Méthodologie

La budgétisation a été faite à l'aide de l'outil One Health (OHT-One Health Tool)¹. Cet outil exploite, les couvertures de base des populations par les interventions à haut impact et les couvertures souhaitées pour projeter les coûts et les impacts à terme des interventions. En plus de cet outil, nous avons utilisé EXCEL pour l'estimation des autres activités. Les coûts unitaires des activités ont été faites lors d'un atelier national de 3 jours afin de s'assurer de leur harmonisation pour la suite. En outre, un certain nombre d'hypothèse d'estimation du budget a été formulé pour prendre en compte le contexte de travail. Il s'agit de :

- **Hypothèse 1** : Estimation des coûts des interventions avec l'outil OHT

Pour chacune des interventions choisies, le modèle calcule ensuite le nombre de cas nécessitant un traitement basé sur les données démographiques fournies par DemProj et une base de données sur la maladie et l'incidence. En tenant compte de l'évolution des couvertures de chaque intervention, l'outil OHT calcule le nombre de cas qui recevront réellement les différentes interventions.

Pour chacune des interventions, les protocoles de prise en charge des pathologies sont décrits dans l'outil selon les recommandations de l'OMS. La liste des médicaments et fournitures utilisée dans le modèle sont ceux de l'UNICEF, de MSH et de IDA. Cette base de données comprend le prix des médicaments, des tests de laboratoire et des produits contraceptifs. Les fournitures médicales mineures telles que les seringues et les boules de coton ne sont pas incluses. Les estimations du coût par cas sont ensuite combinées au nombre projeté de cas nécessitant un traitement pour arriver à une estimation des coûts totaux des médicaments et fournitures par programme de santé.

- **Hypothèse 2**

Seuls les taux de mortalité infanto juvénile et néonatale sont disponibles sous forme désagrégés par région et actualisés, nous avons considéré cependant que le taux de mortalité maternelle est identique dans toutes les régions par manque d'information désagrégée pour cet indicateur ;

- **Hypothèse 3**

Les activités d'appui sont identiques pour chaque région, sauf dans le cas des activités liées au financement basé sur les résultats. Pour le FBR, tous les coûts ont été inclus pour Boke, Kankan et Kindia uniquement. Les activités proposées sont issues pour la plupart du plan SRMNIA_N et du contenu des réformes retenues dans ce DI. D'autres activités sont proposées en tenant compte de l'analyse des goulots et la définition des stratégies prioritaires. Les coûts unitaires sont obtenus par consensus au cours d'un atelier avec les parties prenantes au processus.

Coût par activités = Coût unitaire x Quantité par an

Le tableau ci-après fournit des informations sur les ressources humaines, les infrastructures et quelques indicateurs utilisés dans le calcul des coûts. Ces données proviennent de l'annuaire statistique sanitaire 2018, de l'EDSG 2018.

Le taux d'accroissement démographique est de 2,6%, la proportion des femmes enceintes attendues de 23% et la proportion des femmes en âge de procréer est de 21,10%. Ces différents paramètres ont permis de calculer les effectifs de certaines cibles.

¹ L'outil peut être téléchargé sur le site suivant : <https://avenirhealth.org/software-onehealth.php>

Pour prendre en compte des mesures d'accompagnement visées dans la stratégie pour les femmes victimes de fistules et violences basées sur le genre, nous avons émis les hypothèses selon lesquelles la proportion des femmes ayant des fistules vont tendre vers 0 d'ici 2024, et des mesures d'accompagnement comme le versement d'un montant forfaitaire à ces femmes, qui sera décroissant d'ici 2024.

Pour ce qui est des infrastructures, les réformes proposées dans ce DI n'ont pas prévu de construction, ni de réhabilitation à grande échelle, juste des aménagements dans les FOSA comme espace pour les nouveau-nés.

Tableau : Eléments du système de santé utilisés dans la budgétisation

	2020	2021	2022	2023	2024
Population	11 883 518	12 192 489	12 509 494	12 834 741	13 168 444
Nombre de femmes en âge de procréer	1 296 337	1 330 042	1 364 623	1 400 103	1 436 506
<i>Nombre de femmes enceintes attendues en CPN</i>	298 158	305 910	313 863	322 024	330 396
<i>Proportion d'accouchement assistés</i>	55,30%	64,40%	75,60%	82,80%	92,00%
<i>Nombre d'accouchements assistés attendus</i>	164 881	197 006	237 281	266 636	303 965
<i>Proportion de femmes déclarant souffrir ou avoir souffert d'une fistule</i>	4,1%	3,1%	2,1%	1,1%	0,1%
<i>Nombre de femmes déclarant souffrir ou avoir souffert d'une fistule</i>	6 760	6 107	4 983	2 933	304
<i>Pourcentage de femmes qui pensent qu'un mari batte sa femme pour diverses raisons</i>	67,20%	58%	49%	40%	31%
<i>Nombre de femmes violentées</i>	871 139	771 424	667 301	555 841	438 134
Formation_Sanitaires					
<i>Poste de santé</i>	1641	1641	1641	1641	1641
<i>Centre de santé</i>	407	407	407	407	407
<i>HopPref/CMC</i>	35	35	35	35	35
<i>Hop Régional</i>	7	7	7	7	7
<i>Hôpital National</i>	3	3	3	3	3
Ressources Humaines Types					
Médecin	3 177	3 227	3 277	3 327	3 377
Pharmacien	312	312	312	312	312
Technicien Santé Publique	26	26	26	26	26
Sage-femme	1 642	1 680	1 717	1 755	1 792
Infirmier d'Etat	3 527	3 527	3 527	3 527	3 627
Agent Technique Santé	5 764	6 014	6 264	6 514	6 764
Pédiatres	24	37	50	62	75
Gynéco	30	53	75	98	120
Agent de santé communautaire/RECO	16 567	16 692	16 817	16 942	17 067

• Hypothèse 4

Une augmentation de 0,01% par an des médecins à partir de 2021 sauf à Conakry : il est ressorti dans l'analyse situationnelle que les autres régions sont dépourvues selon les normes de médecins

En outre, pour mettre en œuvre les interventions retenues et tenant compte de l'analyse situationnelle et de la volonté de l'Etat Guinéen² d'améliorer les ratios de ressources humaines par rapport à la population, il a été proposé le recrutement de médecins, de sages-femmes, pédiatres et de gynécologues pour les régions dépourvues. Ce recrutement doit se faire selon la stratégie liée à la décentralisation à savoir le recrutement sur site. Pour ce DI et en vue de participer à l'atteinte des objectifs de couverture des interventions, il nous faut un recrutement d'ici 2024 :

- 200 médecins
- 150 sages-femmes
- 51 pédiatres
- 90 Gynécologues

Ces catégories sont considérées comme intervenant directement par rapport à nos cibles. L'effectif à recruter pourrait être revu à la hausse si les données sont disponibles et vont avoir des effets d'augmentation du budget du DI si le recrutement est prévu sur la période du DI.

• Hypothèse 5

Le budget est présenté par scénario. Chaque scénario est composé par les régions décrites dans la partie définition de scénario. Les scénarii ont été obtenus sur la base de plusieurs critères. Le budget est cumulatif par scénario.

- Scénario 1 : **Boké, Kankan, Kindia**
- Scénario 2 : Scénario 1 + **Faranah, Labé**
- Scénario 3 : Scénario 2 + **Mamou, Conakry et Nzérékoré**

• Hypothèse 6

Pour les propositions d'extension de la prise en charge des indigents dans les autres régions, nous avons considéré l'indice de pauvreté par région pour estimer la population pauvre et par hypothèse nous avons considéré que chaque indigent recevra 7\$. Cette valeur est issue du rapport du coût du projet actuel (8 millions de dollars US) par rapport à la population couverte (1 238 817 indigents).

Pour l'extension des préfectures dans le cadre du PBF, actuellement dans 4 préfectures sur 10, nous avons considéré le budget moyen par préfecture selon le projet actuel, pour avoir l'estimation moyenne pour les autres préfectures restantes, \$5 par habitant (06).

Afin d'améliorer la gouvernance dans la mise en œuvre effective du DI et conformément aux propositions faites dans le PNDS, « Construire des systèmes de santé nationaux résilients -

² Lettre n 2455/MS/CAB/2019

Renforcer le leadership et la capacité de gestion des équipes de gestion de santé au district ³», il est proposé le recrutement dans chaque district des spécialistes clefs en épidémiologie, en SR, en gestion de bases de données, en gestion comptable, en services à base communautaire, en auditeur et en communication.

Scenario 1

Réformes	2021	2022	2023	2024	Total général (\$ US)
La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	12,946,317	12,771,447	12,771,447	12,771,447	51,260,660
Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	50,542,099	51,924,337	53,332,007	54,765,571	210,564,014
Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	1,731,226	1,712,939	1,720,059	1,714,476	6,878,700
Renforcement de la qualité et utilisation des données	4,280,948	4,235,862	2,246,102	2,360,456	13,123,367
L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	1,579,149	593,163	591,198	591,198	3,354,709
Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	782,124	1,342,470	1,004,300	1,632,908	4,761,803
Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)	1,309,359	1,198,365	850,095	261,916	3,619,735
Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	42,369,468	50,359,065	57,944,601	65,586,938	216,260,072
Total	115,540,690	124,137,649	130,459,810	139,684,911	509,823,060

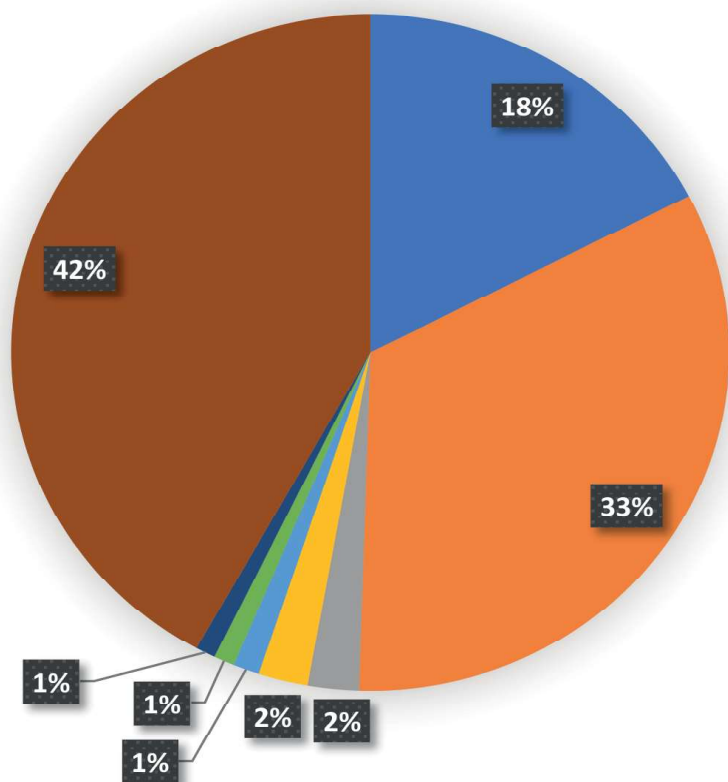
³ WHO 2016, Building resilient sub-national health systems –Strengthening Leadership and Management capacity of District Health Management Teams

Scenario 2

Réformes	2021	2022	2023	2024	Total général (\$ US)
La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	17,827,847	17,652,977	17,652,977	17,652,977	70,786,777
Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	50,616,912	51,999,149	53,406,820	54,840,384	210,863,265
Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	2,370,497	2,353,682	2,361,538	2,357,059	9,442,776
Renforcement de la qualité et utilisation des données	4,398,202	4,331,030	2,324,705	2,433,537	13,487,474
L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	2,232,160	832,045	830,080	830,080	4,724,365
Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	869,990	1,441,159	1,102,989	1,742,420	5,156,558
Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)	1,530,389	1,409,911	1,016,980	351,938	4,309,218
Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	44,788,751	54,861,636	64,287,321	73,428,909	237,366,618
Total	124,634,748	134,881,589	142,983,410	153,637,303	556,137,050

Scenario 3

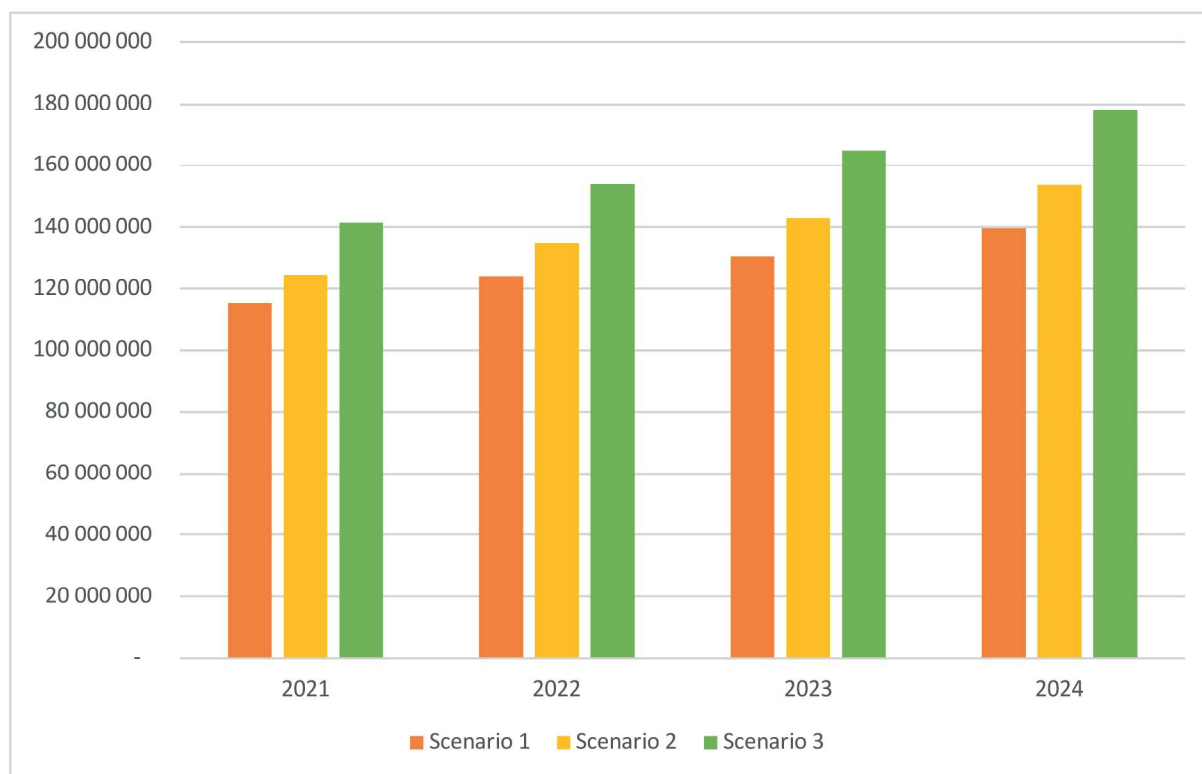
Réformes	2021	2022	2023	2024	Total général (\$ US)
La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	27,845,826	27,670,956	27,670,956	27,670,956	110,858,693
Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	50,770,444	52,152,682	53,560,352	54,993,916	211,477,394
Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	3,682,421	3,668,628	3,677,995	3,675,782	14,704,826
Renforcement de la qualité et utilisation des données	4,638,836	4,526,336	2,486,016	2,583,516	14,234,702
L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	3,572,283	1,322,283	1,320,318	1,320,318	7,535,202
Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	1,050,311	1,643,690	1,305,520	1,967,161	5,966,682
Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)	1,983,992	1,844,050	1,359,466	536,681	5,724,189
Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	47,994,470	61,087,394	73,362,749	85,326,914	267,771,527
Total	141,538,582	153,916,018	164,743,371	178,075,244	638,273,215



- La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire
- Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats
- Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication
- Renforcement de la qualité et utilisation des données
- L'amélioration de la Chaine d'approvisionnement
- Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP
- Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)

Tableau : Répartition du budget par scénario

- Scénario 1 : **Boké, Faranah et Labé**
- Scénario 2 : Scénario 1 + **Kankan, Kindia et Mamou**
- Scénario 3 : Scénario 2 + **Conakry et Nzérékoré**



Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
R1: La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire	Appui du CCS pour assurer l'intégration de toutes les activités du centre de santé dans les plans locaux (PAI, PDL)	6,000	6,000	6,000	6,000	30,000
	Participation trimestrielle du CCS aux réunions du comité technique de la commune rurale	120	120	120	120	600
	Réunion hebdomadaire de planification et de suivi de la mise en oeuvre au niveau de la DNSCMT	18,000	18,000	18,000	18,000	90,000
	Réunion mensuelle de coordination de la DNSCMT avec les partenaires	40,000	40,000	40,000	40,000	200,000
	Evaluation trimestrielle des performances des communes (Mecanisme de score a valider)	1,000	1,000	1,000	1,000	5,000
	Achat et entretien d'un véhicule de supervision de la SC par le niveau central	3,600	3,600	3,600	3,600	18,000
	Réunion trimestrielle de la plateforme multisectorielle santé communautaire	42,052	42,052	42,052	42,052	210,260
	Appui de l'ASC aux réunions mensuelles des CDV pour la revue des tableaux de bord des villages	1,728	1,728	1,728	1,728	8,640
	Réunions mensuelles des Relais communautaires	360,000	360,000	360,000	360,000	1,800,000
	Appui technique de l'ASC au fonctionnement des COSAH	28,800	28,800	28,800	28,800	144,000
	Réunion trimestrielle de monitoring intégré des données au niveau de chaque commune rurale (Tableau de Bord)	19,200	19,200	19,200	19,200	96,000

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
	Rapportage mensuel du CCS à la commune et à la DPS	600,000	600,000	600,000	600,000	3,000,000
	Rapportage mensuel de la DPS à la DRS et au niveau central (Canevas de rapportage et tableau de bord a fournir par la DNSCMT)	300,000	300,000	300,000	300,000	1,500,000
	Rapportage trimestriel de la DRS au niveau national (Canevas de rapportage et tableau de bord a fournir par la DNSCMT)	5,760	5,760	5,760	5,760	28,800
	Dotation du Kit individuel au Relai Communautaire	1,152,200	1,152,200	1,152,200	1,152,200	5,761,000
	Dotation du Kit individuel a l'ASC	25,363,800	25,363,800	25,363,800	25,363,800	126,819,000
	Suivi de la Prestation de service	-	-	-	-	174,870
	Formation de 1500 agents de santé (structures sanitaires publiques privées), 5000 ASC et de 10000 membres des associations et organisations à base communautaire (OBC) en techniques de communication pour une demande et une utilisation accrue de la SRMINIA	1,038,424	1,038,424	1,038,424	1,038,424	5,192,119
	FBR - Boke, Kindia, Kankan \$5/habitant	28,281,116	29,057,290	29,847,746	30,652,741	145,358,013
	Prise en charge des indigents - Boke, Kindia, Kankan \$7/habitant	22,082,864	22,688,928	23,306,143	23,934,711	113,500,517
	Appui aux initiatives d'achat des prestations de SRMINIA-N	5,496	5,496	5,496	5,496	27,480

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
R2: Extension et Pérennisation du Financement Basé sur les Résultats	Mobilisation des financements endogènes innovants et alternatifs	5,496	5,496	5,496	5,496	27,480
	Appui à la Mise en œuvre de l'approche "Financement Basé sur les Résultats" pour les interventions à haut impact de la SRMNIA-N	5,496	5,496	5,496	5,496	27,480
	Appui à la mise en œuvre des contrats d'objectifs entre le niveau central et les districts sanitaires dans le cadre des interventions de SRMNIA-N	332,800	332,800	332,800	332,800	1,664,000
	Renforcement des capacités de personnel des services administratifs et financiers du niveau central, des régions et des districts sanitaires sur les procédures de gestion administrative et financière	57,176	57,176	57,176	57,176	285,880
R3: Mis en œuvre du plan et des initiatives intégrées de communication	Organisation des semaines mère-enfant, campagnes de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois ;	125,000	125,000	125,000	125,000	562,500
	Organisation d'une campagne nationale annuelle de promotion et d'offre des services de planification familiale couplée au dépistage du cancer du col et du sein	125,000	125,000	125,000	125,000	562,500
	Organisation de campagnes de dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales	3,290,209	3,290,209	3,290,209	3,290,209	16,451,047
	Appui aux activités des femmes mentors dans les communautés pour la promotion des services de SRMNIA-N et d'abandon des pratiques néfastes	40,000	40,000	40,000	40,000	200,000
	Elaboration et mise en œuvre du plan intégré de communication en SRMNIA-N	32,527	-	-	-	32,527
	Elaboration et vulgarisation des outils de communication sur la SRMNIA-N	16,263	16,263	16,263	-	48,790
Contractualisation avec les médias en communication sur la SRMNIA-N		24,152	34,886	40,253	48,304	152,963

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
R4: Renforcement de la qualité et utilisation des données	Formation des professionnels de médias pour le changement social et l'adoption des bonnes pratiques en faveur de la SRMNIA-N	18,000	26,000	30,000	36,000	128,000
	Organisation des campagnes de sensibilisation de proximité sur les interventions de la SRMNIA-N ;	5,231	5,231	5,231	5,231	26,155
	Célébration des journées nationales et internationales sur les thématiques de la SRMNIA	6,038	6,038	6,038	6,038	30,189
	Renforcement de la surveillance des décès maternels, néonataux, périnataux, la revue et la riposte	22,500	30,000	30,000	30,000	120,000
	Organisation des revues de performance de soins et services de SRMNIA-N (coordination)	15,000	15,000	22,500	30,000	82,500
	Conduite les évaluations semestrielles de la mise en œuvre des mesures de gratuité et d'exemption pour la SRMNIA-N	114,352	114,352	114,352	114,352	571,760
	Organisation des revues annuelles du plan SRMNIA-N	15,834	15,834	15,834	15,834	63,336
	Organisation des évaluations à mi-parcours et finale du plan SRMNIA-N	120,000	120,000	-	120,000	360,000
	Harmonisation et diffusion des outils de suivi-évaluation de la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N 2020-2024	62,374	62,374	62,374	62,374	249,494
	Renforcement de la DNSFN en logistiques roulantes, le suivi et la supervision des interventions de SRMNIA-N	450,000	330,000	240,000	210,000	1,230,000
	Conduite des activités de recherches et études sur différentes thématiques de la SRMNIA-N (Compte nationaux de la santé, SARA, EDS, MICS, PF, SR, SPSR, SMART, SRAJ, VBG...)	138,765	138,765	138,765	138,765	693,825
	Documentation et mise à l'échelle des bonnes pratiques en SRMNIA-N pour l'amélioration de la qualité des interventions et la mobilisation des ressources	72,704	72,704	72,704	72,704	308,992

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
R5: L'amélioration de la Chaîne d'approvisionnement	Renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS)	2,883,640	2,883,640	1,045,820	1,045,820	7,858,920
	Maintenance du système d'information des ressources humaines (iHRIS)	143,667	143,667	143,667	143,667	718,335
	Renforcement du BSD pour la production de la cartographie de ressources, CNS etc	600,000	600,000	600,000	600,000	3,000,000
	Faire des missions de Suivi- Supervision Semestriel de la mise en œuvre pour l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement	7,454	7,454	7,454	7,454	29,816
	Evaluer la mise en œuvre du système amélioré pour l'Optimisation de la chaîne d'approvisionnement			15,000	15,000	30,000
	Renforcer la capacité technique des agents en termes d'usage rationnel des produits pharmaceutiques et la gestion des déchets biomédicaux et produits périmés	16,965	16,965	-	-	33,930
	Budget global Plan Strategique chaîne d'approvisionnement 2020-2024	3,547,864	1,297,864	1,297,864	1,297,864	24,342,543
	Elaboration d'un plan de mise en œuvre du paquet intégré de soins et services de SRMNIA-N	32,527	-	-	-	32,527
	Révision des textes juridiques et réglementaires et la politique nationale sur la SR	5,496	5,496	5,496	5,496	27,480

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
R6: Gouvernance et Renforcement de la coordination multisectorielle/UAGCP	Plaidoyer auprès des autorités pour l'application des textes juridiques et réglementaires sur les VBG y compris MGF/E	5,496	5,496	5,496	5,496	27,480
	Renforcement des capacités des réseaux en population et développement (parlementaires, de religieux, de journalistes, communicateurs traditionnels, de femmes et de jeunes) en plaidoyer pour la SRMNIA-N	-	285,880	-	321,615	857,640
	Soutien à la révision de la politique nationale de protection sociale et la mise en place des instruments de mise en œuvre	-	214,410	-	214,410	536,025
	Renforcement des capacités de membres des instances de coordination de la SRMNIA-N à la mobilisation interne et externe des financements	5,496	5,496	5,496	5,496	21,984
	Organisation du plaidoyer pour l'augmentation du BND alloué à la santé et aux interventions de la SRMNIA	5,496	5,496	5,496	5,496	21,984
	Appui à la mobilisation des financements dans le cadre du Partenariat Public-Privé (PPP)/Engagement du secteur privé	5,496	5,496	5,496	5,496	25,419
	Appui à la mobilisation des financements auprès des bailleurs et PTFs	5,496	5,496	5,496	5,496	25,419
	Redynamisation de la plateforme des parties prenantes clés de mise en œuvre de la SRMNIA-N	7,296	7,296	7,296	7,296	34,048
	Appui à la fonctionnalité du comité technique multisectoriel, des groupes thématiques et des autres instances de coordination de la mise en œuvre du plan Stratégique SRMNIA 2020-2024	162,120	162,120	324,240	324,240	1,053,780
	Renforcement de la capacité institutionnelle de la DNSFN (mobiliers, matériels informatiques et autres consommables)	56,976	56,976	56,976	56,976	227,904

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
R7 : Promouvoir l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, mariages et décès)	Renforcement des capacités des points focaux et des membres des groupes thématiques au suivi de la mise en œuvre des interventions prioritaires à haut impact et la gestion de l'information sanitaires y afférente	267,264	334,080	334,080	400,896	1,403,136
	Organisation des missions de supervision conjointe des interventions de SRMINIA-N	249,600	249,600	249,600	249,600	998,400
	Renforcement de capacités des acteurs de mise en œuvre à tous les niveaux sur le suivi et l'évaluation	35,752	35,752	35,752	35,752	143,008
	Appui à la mise en œuvre du DI et du Plan SRMINIA dans les districts : recrutement de spécialistes en épidémiologique, en SR, en gestion de bases de données, en gestion comptable, en services à base communautaire, en auditeur et en communication	205,800	264,600	264,600	323,400	1,117,200
	Examen complet et systématique de la législation actuelle régissant l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil, identifiant les obstacles juridiques à l'enregistrement universel et continu des événements vitaux, et la numérisation du système CRVS. Mener une étude pour déterminer les goulots d'étranglement social, culturels et administratifs à l'enregistrement des événements vitaux	-	-	-	-	50,000
	Présentations des principales conclusions de l'examen juridique avec les parties prenantes aux niveaux régional et national	96,000	-	-	-	96,000
	Consultants nationaux et régionaux sur l'avant-projet de loi	31,000	31,000	-	-	62,000
	Mise en œuvre de la nouvelle législation grâce à des ateliers de formation aux niveaux national et régional.	96,000	96,000	96,000	96,000	384,000

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
	Ateliers de planification annuels discutant des principales réalisations et défis, et élaboration d'un plan de travail annuel conjoint sur le CRVS	96,000	96,000	96,000	96,000	384,000
	Acquérir du matériel, seaux, ordinateurs, logiciel, chaises, tables, signes, armoires sécurisées, panneaux solaires pour certains bureaux	490,000	420,000	350,000	-	1,890,000
	Acquérir des registres manuels d'actes de naissance et de décès au niveau des centres d'état civil	232,847	235,170	237,526	239,917	1,176,018
	Former et renforcer les capacités des officiers de l'état civil	35,735	71,470	28,588	-	135,793
	Renforcer les capacités des acteurs de la justice sur leurs rôles et responsabilités vis-à-vis de l'état-civil	28,588	28,588	28,588	-	85,764
	Renforcer les capacités des communes dans la gestion des ressources émanant de l'état-civil	107,205	71,470	-	-	178,675
	Mener une campagne de sensibilisation pour garantir l'enregistrement en temps opportun de tous les événements	28,588	28,588	28,588	28,588	135,793
	Mise en place d'un système de notification (naissances, mort-nés, décès et cause de décès) dans les établissements de santé	630,000	665,000	420,000	-	1,960,000
	Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des établissements de santé pour notifier les naissances vivantes, des naissances mortes et des décès avec précision et en temps opportun et encourager l'enregistrement rapide des naissances des « futurs parents » et des « parents des nouveau-nés »	14,294	28,588	-	-	42,882
	Renforcer la capacité des chefs religieux, des communautés et des élus locaux à notifier les événements d'enregistrement civil et à faire prendre conscience de	21,441	28,588	28,588	28,588	114,352

Réformes	ACTIVITES RETENUES	2021	2022	2023	2024	Total
	l'importance de l'enregistrement civil					
	Mettre en place un système d'information comprenant la collecte systématique des données d'état civil de tous les bureaux d'enregistrement des faits d'état civil sur une base régulière et continue	50,000	-	-	-	50,000
	Renforcer la capacité des autorités statistiques nationales à recueillir, à analyser et à diffuser des statistiques fondées sur les données du système d'enregistrement des faits d'état civil (20 personnes)	14,294	28,588	28,588	28,588	100,058
	Publication de rapports statistiques basés sur les données de l'état civil (régulièrement)	12,000	15,000	17,000	19,000	73,000
R8 : Prestation d'un paquet prioritaire SRMNIA-N	OneHealth Tool	47,994,470	61,087,394	73,362,749	85,326,914	267,771,527
	Grand TOTAL (\$ US)	141,538,582	153,916,018	164,743,371	178,075,244	638,273,215



NOTE TECHNIQUE DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES FINANCIERES

NOTE TECHNIQUE DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES FINANCIERES

1 Introduction

La cartographie des ressources financières joue un rôle important dans le Dossier d'Investissement (DI). D'une manière globale, cet exercice permet de développer une vue d'ensemble sur les investissements extérieurs et publics du secteur de la santé. De manière spécifique, les résultats de cet exercice permettent d'établir le volume total des engagements financiers alloués aux domaines prioritaires du DI, d'identifier leurs sources de financement, ainsi que leur distribution géographique.

2 Méthodologie

La cartographie des ressources financières en Guinée a été réalisée entre les mois de Mars et Décembre 2020. Dix partenaires techniques et financiers de la Guinée ont chacun fourni des informations sur leur enveloppe financière, à laquelle s'est ajouté la contribution du gouvernement.

D'un point de vue méthodologique, une matrice Excel reprenant les huit priorités du DI et les 8 régions du pays été utilisé. Cet outil a permis de récolter les données financières auprès du Gouvernement et des partenaires Financiers et Techniques (PTFs). Ces derniers devant faire correspondre leurs interventions/programmes et budgets aux priorités du DI et aux régions listées dans la cartographie.

Le Gouvernement ainsi que huit PTFs sur dix ont inclus leurs données dans la matrice Excel. L'USAID et GAVI ont fourni, quant-à-eux, leur propre budget et/ou un rapport budgétisé de leur activités et programmes. Dans ces deux derniers cas, il est revenu au consultant d'adapter les données budgétaires et activités reçues, pour pouvoir les inclure dans la cartographie. Les données du Gouvernement ont été collectées en utilisant l'outil Excel.

Bien que les chiffres récoltés reflètent des données historiques sur 4 ans (2017-2020) ainsi que et des projections sur 4 ans (2021-2024) ; cette analyse s'est focalisée sur la période 2021 - 2024, qui correspond à la période couverte par le DI.

3 Limitations de la cartographie

Une des difficultés affectant la cartographie est le manque de données sur les ressources financières allouées aux régions. Pour les besoins de cet exercice, le poids démographique des régions a été utilisé comme clé de répartition pour l'allocation des ressources financières au niveau des régions.

Il est à noter que cet exercice n'a pas pris en compte les revenus propres ou privés mobilisés par certaines ONGs. Les recettes propres provenant des structures sanitaires autonomes ou privées et les dépenses des ménages n'ont pas été incluses dans cet exercice non plus.

Il est aussi à noter que l'exercice de la cartographie s'est focalisé sur les bailleurs principaux du secteur de la santé Guinéen. Certains partenaires comme la Coopération Belge n'ont pas été inclus dans cette analyse.

Les analyses présentées dans ce document reflètent les résultats des discussions tenues entre le Gouvernement et les PTFs. Elles se basent sur les hypothèses suivantes.

4 Collecte des données

4.1 Gouvernement Guinéen :

Les budgets annuels 2019 et 2020 ont servi de référence. Toutefois pour cet exercice, seules les activités cartographiées liées aux priorités du DI ont été considérées. Les financements de ces deux années (2019 et 2020) ont été annualisés et étalés sur les trois dernières années (2022 à 2024). Pour les besoins de cet exercice, on a considéré que les ressources publiques resteront constantes sur toute la période du DI (2021-2024).

Ainsi 13% de l'enveloppe totale affectée au secteur de la santé, ont pu être cartographiés parmi les domaines prioritaires du DI, soit un montant total de \$22.67 Millions. Il est à noter que 95% de ce financement cible les fonds alloués aux indigents, l'achat des produits pharmaceutiques et les frais du personnel pour les hôpitaux de Donka, Ignace Deen et Sino.

4.2 Partenaires Techniques et Financiers.

L'USAID : a fourni un budget total de \$115 millions, étalé de manière égale sur 5 ans (2020 à 2024). L'appui de l'USAID se focalise, entre autres, sur l'achat des médicaments, l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, le renforcement du système d'information sanitaire, et la gestion de la performance et des programmes. Cependant, pour tenir compte des budgets liés à la chaîne d'approvisionnement des produits VIH/SIDA et du paludisme qui ne couvrent pas uniquement les programmes

SRMNIA-N, nos estimations budgétaires ont été ajustées à la baisse pour capturer uniquement les ressources consacrées à la SRMNIA. Ainsi, un taux de pondération de 1.7%, correspondant à la prévalence VIH chez la femme enceinte, a été appliqué sur les tous les budgets relatifs à la chaîne d'approvisionnement (achats antirétroviraux, les moustiquaires imprégnées, achats antipaludiques, coûts de stockage et de distribution).

4.2.1 Le Fond Mondial (FM) : Le financement total du Fond mondial s'est élevé à \$43 millions pour 2020. Ce budget a été considéré comme année de référence et multiplié par 1.23 pour les années suivantes, reflétant une augmentation de 0.23% du nouveau cycle de financement du FM (2021-2023). Le financement de 2023 a été reconduit pour l'année 2024- Avec une hypothèse que le financement du FM continuera au-delà du cycle prochain.

Le financement du FM est subdivisé en trois (Malaria, HIV and TB). Toutefois, pour les besoins de cet exercice, seuls les fonds alloués aux programmes de Malaria et du VIH/Sida ont été considérés, ce qui a diminué l'enveloppe globale du Fonds Mondial allouée aux domaines prioritaires du DI.

Les frais de gestion des bénéficiaires principaux (transport, communication et équipements et matériels de bureaux, autres frais administratifs) n'ont pas été inclus dans cet exercice.

4.2.2 GAVI : a fourni des budgets annuels de 2018, 2019, 2020 et 2021. Ceux-ci ont été annualisés et étendus sur toutes les quatre années, l'hypothèse principale étant que les financements sont similaires aux années précédentes. Gavi a fourni un budget qui se porte sur l'achat des vaccins, l'amélioration de la chaîne de froid et l'amélioration de la qualité des services (achat de chambre froides au niveau central, achat d'indicateurs de indicateurs de congélation pour le transport des vaccins, etc.)

4.2.3 La Banque Mondiale (GFF Inclus) : finance environ 9% du DI, soit un montant de près de \$51 millions sur toute la période du DI (2021-2024). La Banque Mondiale a fourni des informations budgétaires par interventions et par période de mise en œuvre. Pour les besoins de la cartographie, les financements par programmes ont été annualisés sur base de la période de mise en œuvre et reconduits sur toutes les années du DI.

L'appui de la Banque Mondiale est axé sur le financement basé sur les résultats et le renforcement de la demande des services communautaires. Par exemple, la prise en charge sanitaire gratuite des indigents, les programmes qui améliorent la disponibilité en produits pharmaceutiques, logistique roulante (Motos), équipements médicaux et Biomédicaux. Cet appui est concentré sur les régions de Kankan et Kindia.

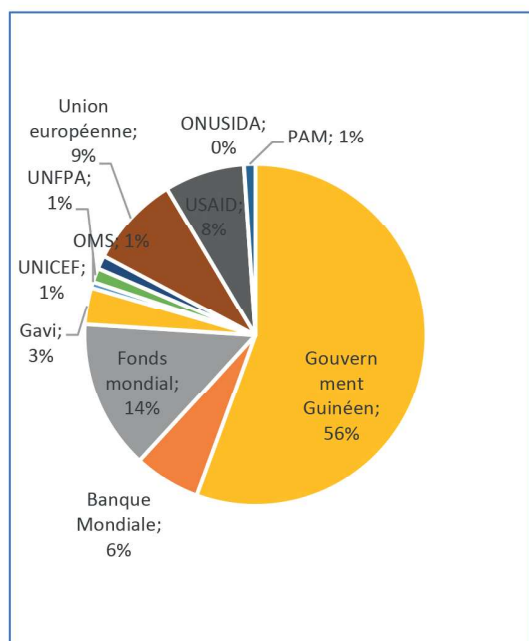
4.2.4 L'Union Européenne, L'UNFPA, L'UNICEF, ONUSIDA, OMS et PAM : Le budget 2020 a servi comme année de référence. Celui-ci a été reconduit à l'année 2021, puis étendu sur les années suivantes. Les coûts des équipements médicaux ou informatiques ont été étalés sur les 4 années du DI.

Il est à noter que L'UNICEF est le seul partenaire qui finance les activités liées aux services de l'état civil avec un montant s'élevant à \$ 3Millions en 2020. L'UE est en discussion pour inclure des activités liées aux services de l'état civil pour les années à venir.

5 RESULTATS

5.1 Aperçu sur le financement du secteur santé

Figure 5.1 Financement du secteur santé par source de financement (2020)



	Total 2020 (\$)	%
Gouvernement Guinéen	169,003,153.2	56%
Banque Mondiale	19,068,000.0	6%
Fonds mondial	43,003,518.1	14%
Gavi	10,569,081.2	3%
OMS	1,731,064.5	1%
UNFPA	4,024,784.0	1%
UNICEF	3,859,770.6	1%
Union européenne	26,430,146.1	9%
USAID	23,000,000.0	8%
ONUSIDA	50,000.0	0%
PAM	3,254,054.8	1%

Le budget du Gouvernement Guinéen alloué à la santé pour l'année 2020 représente 56% du total des ressources disponibles (Figure 5.1). Les partenaires techniques et financiers ont contribué à une hauteur de 44% (notons que ces ressources disponibles n'incluent pas les contributions des ménages, les ressources des ONGs et les revenus propres des structures sanitaires).

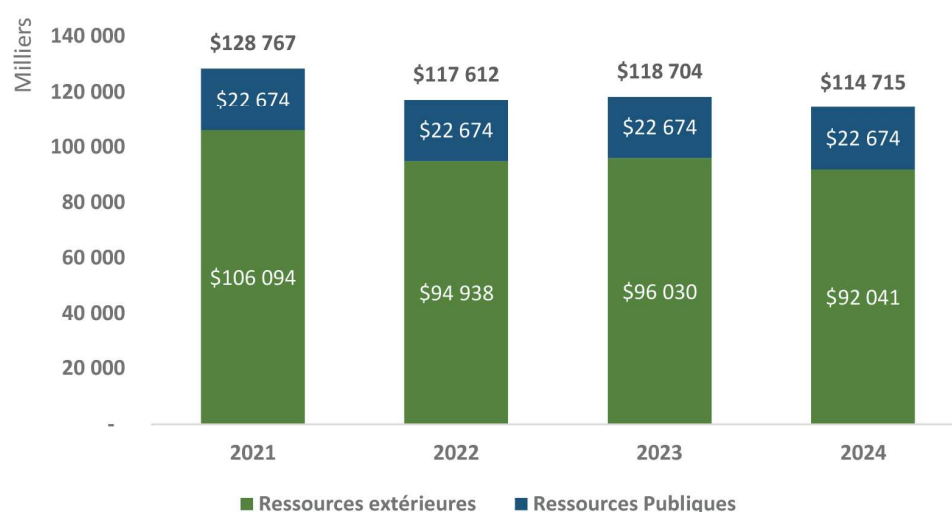
Le Fonds Mondial, l'Union Européenne, l'USAID et la Banque Mondiale sont les quatre principaux partenaires financiers les plus importants après le Gouvernement Guinéen. Leurs contributions combinées constituent près de 40% du financement et environ 37% du

financement total pour l'année 2020, soit un financement global de \$111 Millions sur un total de \$304 Millions.

Sur l'enveloppe totale allouée au secteur de la santé, l'Etat affecte 13% de son budget aux priorités du DI. Les interventions ciblées par ce financement sont principalement les fonds alloués aux indigents, l'achat des produits pharmaceutiques, et les frais du personnel pour les hôpitaux de Donka, Ignace Deen et Sino.

5.2 Répartition des engagements extérieurs et publics (2021-2024)

Figure 5.2 Répartition du financement du DI entre les ressources publiques et les ressources extérieures (2021-2024)



Les ressources disponibles pour financer les priorités du DI s'élèvent à un total de \$479.7 Millions sur quatre ans, Soit une moyenne annuelle de \$119.9 Millions. La répartition entre les engagements publics et extérieurs indique que le DI est en majorité financé par les partenaires (81% contre 19%). Cette répartition des ressources signale un faible engagement public en faveur des interventions à haut impacts du DI. Un travail de plaidoyer auprès du Gouvernement est nécessaire pour encourager une augmentation des investissements publics envers des priorités de la SRMENIA.

Une baisse des engagements a été constatée sur les trois dernières années. Ceci s'explique par le manque de visibilité des engagements extérieurs au-delà de 2020/2021. Quant aux ressources publiques, l'hypothèse retenue est que le Gouvernement s'engage à maintenir le même niveau d'allocation des ressources publiques au DI pour toute la période (4 ans) du DI, en utilisant l'année 2020 comme année de référence.

5.3 Ecart de financement

L'estimation de l'écart de financement se calcule sur base du budget total nécessaire à la mise en œuvre des interventions à haut impact du DI. Les montants des ressources disponibles (extérieurs et publics) sont déduits de ce budget total. Cette estimation a montré des écarts de financement positifs pour la 1ère année et négatifs pour les trois années suivantes (Scenario 1&2). Quant au scénario 3, il présente des déficits de financement sur les 4 années (Figure 5.3).

Globalement, tous les trois scénarios indiquent des déficits qui varient entre \$ 30 Millions et \$158 Millions sur 4 ans. **Notons que le scénario 3 présente un déficit total cinq fois supérieur à celui du scénario 1 et deux fois plus important que le déficit du scénario 2.**

Figure 5.3 Ecart de financement par scénario (2021-2024)



5.4 Analyse de scénarios

Une analyse de scénarios basée sur **deux hypothèses** a été effectuée afin d'évaluer l'adéquation du déficit financier. Il s'agissait également de permettre une réflexion autour des questions de la mobilisation des ressources additionnelles nécessaires pour financer les interventions prioritaires du DI.

1. Hypothèse réaliste :

Dans cette hypothèse, l'allocation des ressources publiques aux programmes prioritaires de la SRMNIA reste constante sur toute la période du DI (2021-2024). Ceci représente environ 13% du budget annuel total que le Gouvernement Guinéen alloue à la santé, soit \$90.7 Millions. La contribution des partenaires quant à elle demeure identique aux estimations de la cartographie. Elle se chiffre à \$389.1 Millions sur 4 ans. Le total des ressources disponibles s'élève globalement à \$479.7 Millions pour toute la période du DI.

Conclusion : Dans une hypothèse réaliste, Il faudra mobiliser entre 6% et 25% en ressources additionnelles pour couvrir les coûts du DI qui se chiffre à \$509.8 Millions (scénario 1), \$556.1 Millions (scénario 2), et \$638 Millions (scénario 3).

Tableau 1. Écart de financement par Scénario pour l'hypothèse réaliste

	2021	2022	2023	2024	Total
Déficit Scénario 1	13,226,730	-6,526,036	-11,755,894	-24,969,808	-30,025,008
Déficit Scénario 2	4,132,672	-17,269,976	-24,279,494	-38,922,200	-76,338,998
Déficit Scénario 3	-12,771,162	-36,304,405	-46,039,455	-63,360,141	-158,475,163

Légende

Pas d'écart	Écart <10%	Écart 10% à 20%	Écart >20%
-------------	------------	-----------------	------------

2. Hypothèse optimiste :

Le Gouvernement s'engage à augmenter de 5 % le budget annuel alloué à la santé. Cette augmentation de l'espace fiscal se traduit par une hausse annuelle correspondante qui s'élève à 5% des investissements publics attribués aux interventions de la SRMNIA. Ceci correspond à un montant de \$97.7 Millions sur 4 ans. On estime qu'avec un bon plaidoyer auprès des partenaires sur une réallocation des ressources vers la santé maternelle et infantile, leur contribution augmenterait de 5% annuellement et se chiffrerait à \$ 452.2 Millions sur 4 ans, ce qui correspondrait à un investissement total de \$555Millions.

Conclusion : Dans l'hypothèse la plus optimiste, le scénario 1 devient excédentaire, et ne nécessite pas de ressources additionnelles pour la mise en œuvre de programmes du DI. Dans le scénario 2, un supplément d'environ \$1.1 Millions serait nécessaire pour couvrir le coût total du DI qui s'élève à \$556.1 Millions. Quant au scénario 3, il nécessiterait près de \$83 Millions en ressources additionnelles pour couvrir les coûts de la mise en œuvre du scénario 3, qui se chiffre à \$638 Millions.

Tableau 2 : Écart de financement par Scénario pour l'hypothèse optimiste

	2021	2022	2023	2024	Total
Gap Scenario 1	13,226,729	11,068,141	11,506,269	9,379,472	45,180,611
Gap Scenario 2	4,132,671	324,201	-1,017,331	-4,572,920	-1,133,378
Gap Scenario 3	-12,771,163	-18,710,228	-22,777,292	-29,010,861	-83,269,543

Légende

Pas d'écart	Écart <10%	Écart 10% à 20%	Écart >20%
-------------	------------	-----------------	------------