

**République de Guinée**

Travail –Justice –Solidarité

-----

**Ministère de la santé**



**Mécanisme de financement Mondial**

Global Financing Facility (GFF) /

Banque Mondiale



**DOSSIER D'INVESTISSEMENT POUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE,  
MATERNELLE, NÉONATALE, INFANTILE, ADOLESCENTE  
(SRMNIA) EN GUINEE**

**2017-2020**

## Table des matières

Résumé analytique.....	4
Introduction .....	6
I. Analyse de la situation .....	8
1.1 Résultats / impacts.....	8
1.2 Extrants : Prestations de services .....	10
II. Principes régissant le dossier d'investissement.....	11
III. Méthodologie d'établissement des priorités.....	12
3.1 Approche participative.....	12
3.2 Analyses quantitatives .....	13
IV. Priorités du Dossier d'Investissement .....	13
4.1 Prestations de services et interventions à haut impact.....	16
4.2 Ressources humaines.....	20
4.3 Gouvernance.....	21
4.4 Financement .....	22
4.5 Informations sanitaires .....	23
4.5.1 Etat Civil et Statistiques Vitales (ECSV) .....	23
4.5.2 Comptes Nationaux de Santé (CNS).....	25
V. Estimation des coûts et gap de financement.....	26
5.1 Estimation des coûts pour les prestations de services d'un paquet de services essentielles ....	26
5.2 Cartographie des ressources.....	28
5.3 Estimation de gap de financement.....	29
VI. Priorités régionales .....	30
VII. Résultats attendus .....	32
VIII. Cadre de mise en œuvre .....	32
8.1. Structures et organes de mise en œuvre.....	32
8.2. Suivi de la mise en œuvre et évaluation .....	34
Section détaillée sur l'ECSV.....	37
Annexe A : Liste des parties prenantes consultées pour ce dossier d'investissement.....	51
Annexe B : Description (résumée) de la démarche d'établissement des coûts .....	53
Annexe C : Méthodologie et suppositions pour la cartographie .....	53
Annexe D : Budgétisation détaillé.....	61

## Liste des figures

Figure 1 - Charge de morbidité totale chez les moins de 19 ans et chez les femmes en âge de procréer .....	9
Figure 2 - Charge de morbidité chez les femmes en âge de procréer .....	10
Figure 3 - Aperçu des priorités du dossier d'investissement .....	14
Figure 4 - Pourcentage de réduction (approximatif) de la mortalité des enfants de moins de 5 ans si on atteint l'augmentation du taux de couverture spécifié/ciblé dans le DI .....	17
Figure 5 - Coûts récurrents annuels et coûts capitaux pour les interventions de SRMNIA .....	27
Figure 6 - Coûts récurrents de prestations de service .....	27
Figure 7 - Montant supplémentaire (en millions de dollars) nécessaire pour réduire de 1 % la mortalité des moins de cinq ans .....	28
Figure 8 - Résumé de cartographie des ressources pour la SRMNIA .....	29
Figure 9 - Estimation de moyenne de gap annuel .....	30
Figure 10 - L'augmentation moyenne du budget annuel répartie par région .....	31

## Liste des tableaux

Tableau 1 –Tendances de 2012 à 2016 en Guinée et cibles ODD en matière de mortalité maternelle, néonatale et infantile .....	8
Tableau 2 - Récapitulatif des indicateurs de couverture pour les interventions clés en matière de SRMNIA au niveau national et suivant le milieu de résidence .....	11
Tableau 3 - Résumé de fonds annoncés (hors engagements en cours de mise en œuvre) pour la santé (par sources de financement, par projet et par période de mise en œuvre) .....	16
Tableau 4 - Liste complète d'interventions inscrites et chiffrées .....	17
Tableau 5 - Analyse des régions les plus défavorisées .....	31
Tableau 6 - Résultats attendus .....	32
Tableau 7 - Indicateurs de suivi-évaluation pour le DI .....	36
Tableau 8 - Cadre suivi-évaluation de ECSV / CRVS .....	48
Tableau 9 – Cartographie des ressources financières utilisées pour les analyses dans le DI .....	54
Tableau 10 - Budgétisation détaillée du DI (Montant en \$USD) .....	61

## Résumé analytique

Ces dernières années, la Guinée a accordé une attention particulière à l'amélioration de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) – Objectif Stratégique 2 de la politique nationale santé (PNS), Orientation Stratégique 2 du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2014 et le Plan Stratégique Santé de la Reproduction (PSSR) 2016-2010 - en mettant l'accent sur un meilleur accès aux interventions à haut impact et le renforcement du système de santé.

L'objectif général du dossier d'investissement est de réaliser des progrès vers une couverture sanitaire universelle en matière de la SRMNIA auprès des populations-cibles grâce à un accès accru d'un paquet complet d'interventions à haut impact de qualité et à la protection contre le risque financier (en termes de mise en œuvre des politiques sur la gratuité des services).

Plus spécifiquement, il vise à :

- identifier les grandes priorités en vue de l'amélioration de la SRMNIA en Guinée pour les trois prochaines années ;
- budgétiser les grandes priorités et développer un plan de financement;
- fédérer tous les acteurs clés (MS, PTF, autres ministères intéressés, secteur privé, société civile) autour du plan afin d'assurer la coordination des activités.

Conformément aux principes du Partenariat International pour la Santé Plus (IHP+) et du Mécanisme de financement mondial (GFF), la rédaction du dossier d'investissement est faite selon une approche largement participative faisant intervenir de nombreuses parties prenantes à travers tout le pays.

### **Priorités pour investissement**

Une couverture sanitaire universelle n'est pas réalisable durant la mise en œuvre du Dossier d'Investissement (DI) qui est de trois (3) ans. Cependant, les engagements de tous les partenaires à aborder les priorités clés par un ensemble de principes (Compact signé en 2016, ainsi que la Déclaration de Paris relative à l'aide au développement) et d'approches peuvent contribuer à progresser vers cette couverture universelle. Cela étant, le dossier d'investissement retient comme prioritaires cinq (5) piliers essentiels du système de santé nécessaires pour atteindre ses objectifs, tous en lien avec les principes, les orientations PNS et les actions prioritaires du PNDS 2015-2014 et PSSR 2015-2020.

1. **Prestations de services (en accord avec OS 2, 3.1, et 3.4 dans le PNDS)**: couverture accrue d'un paquet complet d'interventions à haut impact, y compris les médicaments et les produits de santé nécessaires pour les services, et les investissements dans le domaine des infrastructures pour les interventions EHA (Eau, hygiène et assainissement).
2. **Ressources humaines (en accord avec PNDS OS 2 et 3.3)**: recrutement et formation des prestataires de services aux niveaux primaire et communautaire (sages-femmes, infirmiers, agents techniques de santé, agents de santé communautaire, relais communautaires ou matrones formés, du personnel de soutien EHA).
3. **Gouvernance et Directions du système de santé (en accord avec PNDS OD 3.6)**: Doter les dirigeants et responsables des niveaux central et décentralisé (médicaux et société civile locale) des moyens pour la supervision des prestations de soins, EHA et la gratuité des services aux niveaux primaire et communautaire.
4. **Financement (en accord avec PNDS 2 et 3.2)**: apports financiers adéquats au profit du système et décaissement des ressources allouées afin de réduire les paiements directs des ménages.

5. **Investissements privilégiés et ciblés dans des activités de suivi-évaluation (en accord avec OS 3.2 et 3.5)**, notamment l'état civil et les statistiques vitales (ECSV) et les comptes nationaux de santé (CNS).

### **Estimation des besoins des fonds et du gap de financement**

On estime que pour réaliser les taux ciblés pour les prestations de services à haut impact de la SRMNIA, on aura besoin **d'une moyenne d'augmentation annuelle de \$43 millions pour les trois prochaines années** (et de \$11 millions supplémentaire pour l'introduction de deux nouveaux vaccins). Un nouveau projet de la Banque Mondiale pour la SRMNIA fournira \$45 millions pour cinq ans, soit \$9 millions par an. Au calcul, il y a donc une moyenne de gap annuel de **\$34 millions pour les trois prochaines années, 2018-2020 et un gap de \$21 millions pour les régions prioritaires**. En outre, un scénario hypothétique où l'allocation gouvernementale des ressources à la santé augmente de 8,2% à 9,2% (soit une augmentation de 1% du budget total de l'Etat) et est alloué complètement à la SRMNIA, pourrait réduire ce gap d'environ 50% (\$16 million).

Au moins \$200 millions de subventions et d'autres fonds fournis par les bailleurs seront nouvellement disponibles pour la santé en Guinée au cours des deux prochaines années, et la majorité de ces fonds serviront à la SRMNIA et les maladies liées. Le Gouvernement et les PTF devraient travailler ensemble pour s'assurer que l'affectation de ces fonds est conforme aux principes, approches et priorités décrits dans le dossier d'investissement.

### **Priorités régionales**

Des analyses préliminaires suggèrent que Labé, Mamou, Faranah, Kankan et Kindia sont les cinq régions les plus défavorisées en Guinée en termes de couverture et de résultats de la prestation de services SRMNIA. Cependant, les régions ayant les plus grandes lacunes dans le financement de la SRMNIA sont Kankan, Kindia, Nzérékoré, Faranah, Labé, et Conakry (communes urbaines de Kaporo et Matoto). Ces analyses démontrent que Kankan, Kindia, Faranah et Labé sont les quatre régions qui ont le plus besoin d'investissements dans les interventions à haut impact dans la SRMNIA, et ces quatre régions auront un gap de \$21 millions par an (sans l'investissement de la Banque Mondiale.) Compte tenu de ce déséquilibre dans les besoins régionaux pour améliorer la SRMNIA et l'accent mis par l'investissement sur l'amélioration de l'équité dans la SRMNIA, ces analyses suggèrent que de nouveaux investissements dans la SRMNIA devraient se focaliser vers Kankan, Kindia, Faranah et Labé. Une évaluation des intrants disponibles et une cartographie détaillée des activités des PTF devraient être incluses dans les prochaines étapes du Gouvernement et du GFF afin de faire une priorisation régionale.

### **Résultats attendus**

En atteignant les niveaux de couverture spécifiés dans le Dossier d'Investissement (DI), la Guinée peut atteindre une réduction de 15% de la mortalité maternelle et une réduction de 30% de la mortalité néonatale et infantile en trois ans. Bien sûr, ces chiffres sont très ambitieux et il est très peu probable que tous les indicateurs de couverture soient atteints en trois ans. Néanmoins, cette analyse démontre que l'augmentation des investissements et l'amélioration de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé peuvent entraîner des améliorations significatives de la santé de la population en réduisant les décès évitables.

## Introduction

Ces dernières années, la Guinée a accordé une attention croissante à l'amélioration de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) en mettant l'accent sur un meilleur accès aux interventions à haut impact et le renforcement du système de santé. Ce recentrage est perceptible dans les orientations stratégiques du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024, le Plan stratégique national santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) 2016-2020, le Plan stratégique de la santé des ado-jeunes, et la politique nationale de la santé communautaire.

Le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un nouveau partenariat visant à renforcer et accélérer les efforts en vue d'améliorer la SRMNIA moyennant le renforcement du système de santé aux niveaux primaire et communautaire, et l'amélioration du financement de la santé, avec un accent particulier sur le financement complémentaire et coordonné de la santé de manière endogène.

S'appuyant sur l'important travail d'amélioration de la SRMNIA et de financement de la santé, ainsi que du renforcement du système de santé entrepris par le Ministère de la santé (MS), d'autres ministères et les partenaires techniques et financiers (PTF), le Gouvernement guinéen et le partenariat GFF ont fixé trois objectifs essentiels au Mécanisme de financement mondial en Guinée, à savoir :

- identifier les priorités absolument essentielles (les priorités majeures) pour les trois prochaines années ;
- déterminer les déficits éventuels en matière de financement des priorités essentielles ;
- développer un plan détaillé pour améliorer la situation en matière de financement de la santé, en particulier grâce au financement complémentaire.

Le présent Dossier d'Investissement (DI) s'inspire des objectifs plus généraux du Mécanisme énoncés ci-dessus. Il permet de garantir l'accès à un paquet essentiel d'interventions à haut impact et la réduction de risques financiers dans l'accès aux services de santé à tous les niveaux.

L'objectif général du dossier d'investissement est de réaliser des progrès vers une couverture sanitaire universelle en matière de la SRMNIA auprès des populations-cibles grâce à un accès accru d'un paquet complet d'interventions à haut impact de qualité et à la protection contre le risque financier (en termes de mise en œuvre des politiques sur la gratuité des services).

Plus spécifiquement, il vise à :

- identifier les grandes priorités en vue de l'amélioration de la SRMNIA en Guinée pour les trois prochaines années ;
- budgétiser les grandes priorités et développer un plan de financement;
- fédérer tous les acteurs clés (MS, PTF, autres ministères intéressés, secteur privé, société civile) autour du plan afin d'assurer la coordination des activités.

Le DI est conforme au PNDS, au PSN-SRMNIA et à d'autres documents de politique du MS qui sont, à leur tour, en cohérence avec le Plan National du Développement Économique et Social (PNDES). Ce dossier se fixe un horizon d'analyse de trois ans pour se mettre en phase avec le

PSN-SRMNIA. Le suivi du PSN-SRMNIA et du dossier d'investissement, de même que l'évaluation prévue à la fin de ces processus (fin 2020) sont nécessaires pour définir les prochaines mesures à prendre en vue d'améliorer la SRMNIA, les soins de santé primaires et la santé communautaire en Guinée.

Le DI est une opportunité pour la Guinée d'institutionnaliser le processus du GFF pour améliorer la SRMNIA. Plusieurs raisons militent dans ce sens :

- Premièrement, il ne reste que trois (3) ans pour mener à terme le PSN-SRMNIA quinquennal, il convient de fédérer tous les acteurs afin de réaliser les progrès nécessaires à atteindre les objectifs de 2020 de la SRMNIA.
- Deuxièmement, la nouvelle Politique nationale de la santé communautaire comporte plusieurs interventions identiques à celles du PSN-SRMNIA, lesquelles seront menées aux niveaux primaire et communautaire, une approche intégrée des activités et des coûts nécessaires pour mener à bien ces deux plans peut permettre de coordonner l'action de toutes les parties prenantes concernées. Plusieurs nouveaux fonds et subventions proviennent de donateurs clés.
- Et enfin, avec l'arrivée à échéance du Fonds Muskoka, il sera possible de poursuivre et de renforcer ce processus de gouvernance autour de l'amélioration de la SRMNIA.

## I. Analyse de la situation

Aujourd'hui, la SRMNIA en Guinée est caractérisée par une situation sanitaire préoccupante du fait de l'accès déficient (ex. la proportion de CPN 4+ est 51% en 2016<sup>1</sup>), de la faible qualité (ex. 217 décès sur 16 616 cas de complications de grossesses<sup>2</sup>) et des problèmes d'équité en matière de prestation de services de santé (ex. 7% de professionnel de santé [Médecin, Sage-femme et infirmier] pour 64% de la population en milieu rural contre 83% de professionnel de santé pour 36% de la population en milieu urbain dont Conakry [la capitale regorge 49% pour 15% de la population totale du pays]<sup>3</sup>).

Ces problèmes qui se posent à la prestation des services de santé s'expliquent davantage par la faiblesse des intrants (ex. une disponibilité des fonctions de Soins Obstétricaux Complètes de 23 Hôpitaux/CMS/CSA sur un total de 39 requis) ou des piliers du système de santé (ex. le déficit en ressources humaines de santé à tous les niveaux, soit 54 professionnels de santé [Médecins, sages-femmes, infirmiers] pour 10 000 habitants comparés à 430 pour 10 000 habitant pour assurer la CSU en 2030 selon les cibles ODD).

### 1.1 Résultats / impacts

La Guinée a fait des progrès considérables entre 2012 et 2016 en matière de santé maternelle, néonatale et infantile en dépit des défis relevés à la prestation des services de santé. Elle devra néanmoins déployer des efforts importants pour atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour 2030. Voir le Tableau 1 pour un résumé des progrès accomplis par la Guinée en matière de mortalité maternelle, néonatale et infantile, ainsi que les cibles pertinentes des ODD à l'horizon 2030.

Tableau 1 – Tendances de 2012 à 2016 en Guinée et cibles ODD en matière de mortalité maternelle, néonatale et infantile

Métrique	2012 <sup>4</sup>	2016 <sup>5</sup>	Cibles des ODD au niveau mondial (2030) <sup>6</sup>
Mortalité maternelle	724	550	70
Mortalité néonatale	35	20	12
Mortalité 0 à 1 an	67	44	Pas de cible
Mortalité 0 à 5 ans	123	88	25

Pour identifier les interventions et les approches les plus prioritaires permettant d'accélérer les progrès en matière de la SRMNIA, il faut tenir compte de la charge de morbidité totale à l'échelle nationale. Parmi les populations concernées par la SRMNIA (nouveau-nés, enfants, adolescents et autres femmes en âge de procréer), 72 % de l'ensemble de la charge de morbidité (mesurée à l'aune des années de vie corrigées de l'incapacité [AVCI]) touche essentiellement les enfants de moins de cinq ans, et 68 % porte uniquement sur quatre catégories de maladies : le paludisme, les maladies infectieuses courantes (la diarrhée, les

<sup>1</sup> MICS 2016

<sup>2</sup> MS / Annuaire Statistique 2014

<sup>3</sup> Le Rapport des Etats généraux de la Santé en 2015

<sup>4</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2012. Guinée

<sup>5</sup> MICS 2016

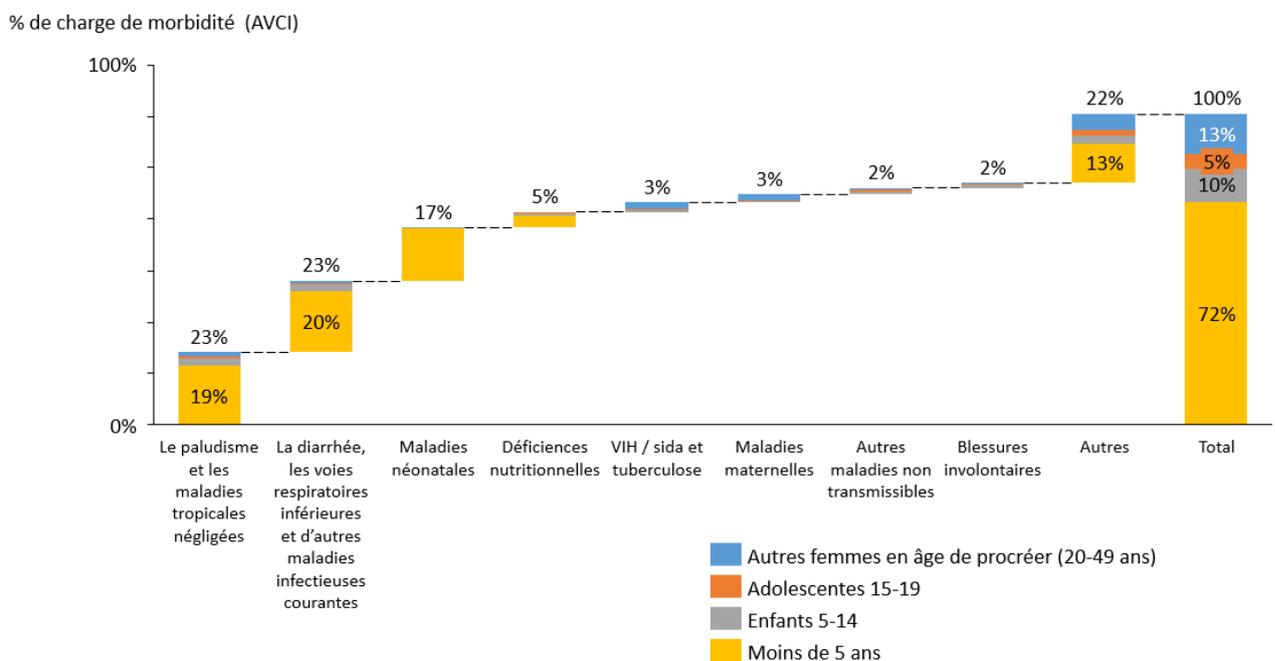
<sup>6</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/#7e9fb9b0ec8c8e6e6>.

infections des voies respiratoires inférieures, etc.), les troubles néonataux (les complications dues à une naissance prématurée, la septicémie néonatale, etc.) et les carences nutritionnelles. Toutefois, chez les femmes en âge de procréer, la charge de morbidité se répartit entre plusieurs catégories différentes, notamment les affections maternelles, le VIH/sida et la tuberculose, le paludisme, les troubles mentaux et ceux liés à la toxicomanie, les maladies infectieuses courantes, le diabète, etc.<sup>7</sup>

En particulier, les quatre domaines de la maladie (paludisme, maladies infectieuses courantes, maladies néonatales, et déficiences nutritionnelles) qui représentent l'essentiel de la charge de morbidité au sein des populations-cibles peuvent être prises en charge aux niveaux primaire et communautaire.

Voir Figure 1 et Figure 2 pour un résumé de la charge de morbidité en Guinée chez les enfants, les adolescents et les femmes en âge de procréer.

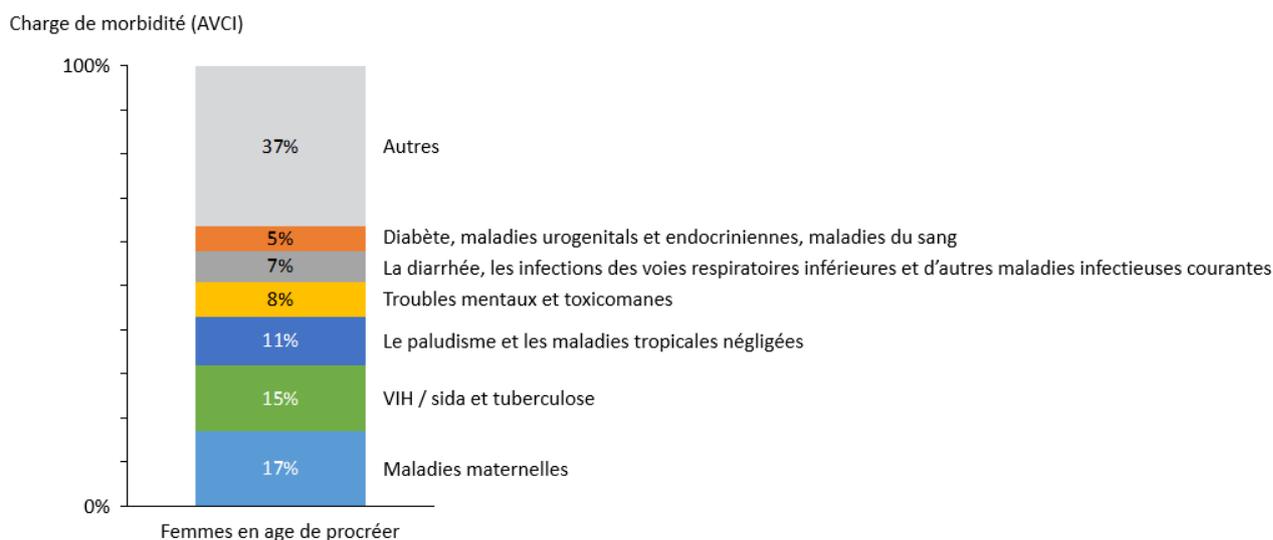
Figure 1 - Charge de morbidité totale chez les moins de 19 ans et chez les femmes en âge de procréer<sup>8</sup>



<sup>7</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

<sup>8</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Figure 2 - Charge de morbidité chez les femmes en âge de procréer<sup>9</sup>



La protection contre le risque financier, ou la possibilité d'accéder aux services sans supporter des frais injustifiés, est également une fonction essentielle du système de santé. La Guinée a adopté une politique qui prévoit la gratuité de certains services de la SRMNIA au niveau communautaire et primaire et dans les hôpitaux préfectoraux. Des mécanismes de financement contre le risque financier, tels que les Résultats Basés sur le Financement (RBF), le prépaiement à travers les assurances, Mutuelles, ainsi que l'achat stratégique des services sont prévus par le PNDS 2015-2014. Toutefois selon le rapport des comptes nationaux de santé 2013, 63,36 % des dépenses de santé sont supportées par les ménages, ce qui est la principale source de financement au niveau local.<sup>10</sup> Non seulement cette situation en matière de financement expose les populations à des dépenses de santé pouvant entraîner des conséquences catastrophiques, mais elle les dissuade d'utiliser les services essentiels de santé. Le fait de s'assurer de la gratuité effective d'un petit nombre de services au centre de santé et au niveau de la communauté est un facteur déterminant permettant d'accroître l'utilisation des services et d'améliorer davantage l'état de santé des populations. Cependant, l'absence de mesures compensatrice (telle que le prépaiement des services, la recapitalisation des formations sanitaires, l'achat stratégique ou les RBF) de la stratégie de gratuité de certains services de santé essentiels (Accouchement, Césarienne, Prise en Charge VIH/sida, Paludisme, Tuberculose etc.) exposent les formations sanitaires aux risques de déficits et de faible qualité de services dans certaines mesures.

## 1.2 Extrants : Prestations de services

La couverture sanitaire et l'accès à des services de santé de qualité sont largement en deçà des niveaux requis pour réaliser la couverture sanitaire universelle en matière de SRMNIA. Les indicateurs de couverture concernant les principales interventions en matière de SRMNIA figurent dans le Tableau 2 ci-dessous.

<sup>9</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

<sup>10</sup> Comptes Nationaux de Santé, Guinée, 2013.

Tableau 2 - Récapitulatif des indicateurs de couverture pour les interventions clés en matière de SRMNIA au niveau national et suivant le milieu de résidence<sup>11</sup>

Domaines	Indicateurs	Guinée	Zone rurale	Zone urbaine
Santé reproductive	% utilisation de la contraception (méthode moderne)	8 %	7 %	10 %
	% besoins non satisfaits en PF	28 %	27 %	29 %
Santé maternelle	% 4 visites de CPN	51 %	40 %	71 %
	% accouchement assisté par personnel qualifié	63 %	46 %	94 %
	% accouchement dans une structure de santé	57 %	43 %	84 %
	% de femmes enceintes qui ont dormi la nuit dernière sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)	70 %	74 %	61 %
	Taux de césarienne	3.1%	1.7%	5.8%
	% de femmes enceintes ayant bénéficiées le test VIH pour PTME	24% <sup>12</sup>	?	?
Santé néonatale	% des naissances qui ont reçu des examens de santé (le même jour ou 2 jours après)	63 %	51 %	87 %
	% des nouveau-nés qui ont bénéficié d'un examen de santé post-natal	57%	43%	84%
Santé infantile	% d'enfants 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins	26 %	19%	39 %
	% d'enfants 12-23 mois qui n'ont reçu aucun vaccin	25 %	33 %	11 %
	% d'enfants de moins de 5 ans - Insuffisance pondérale	18 %	21 %	13%
	% d'enfants de moins de 5 ans - Retard de croissance	32 %	38 %	21%
	% d'enfants de moins de 5 ans - Emaciation	8 %	9 %	7 %
	% d'enfants moins de 5 ans qui ont dormi la nuit dernière sous une MII	68 %	73 %	58 %
	% des enfants de <5 ans ayant souffert de fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu du CTA (ou autre traitement de première ligne en accord avec la politique nationale)	17%	14%	24%
	% des enfants de <5 ans traités pour la diarrhée avec des sels de réhydratation orale (SRO)	34%	30%	45%
	% des enfants de <5 ans avec des symptômes d'IRA au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu des antibiotiques	33%	31%	36%

## II. Principes régissant le dossier d'investissement

Le Dossier d'Investissement vise à faire progresser davantage le système de santé vers la couverture sanitaire universelle pour les interventions en matière de SRMNIA, tant en ce qui concerne l'accès aux services que la protection contre le risque financier, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et communautaires.

<sup>11</sup> Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2016, Guinée

<sup>12</sup> Source: Annuaire 2014

D'où la nécessité de l'adéquation entre le DI et les documents de politique et de stratégie qui encadrent la santé en Guinée (PNDS, le PSN-SRMNIA, la Politique nationale de la santé communautaire, etc.)

Au nombre des principes qui régissent le DI, figurent la pérennisation des acquis, la lutte contre la pauvreté, la faisabilité, l'efficacité, l'efficience des interventions, la collaboration intersectorielle et la participation des usagers et des communautés, la représentation, l'équité, la transparence, l'éthique, la déontologie, l'intégrité, le dialogue, l'appropriation, l'alignement, la décentralisation, l'intégration et la responsabilisation des autorités.

Le dossier vise également à améliorer la coordination entre tous les acteurs intervenant dans le secteur de la santé, notamment les partenaires techniques et financiers (PTF). C'est pourquoi le DI encourage le respect des sept comportements prônés par le Partenariat international pour la santé (IHP+) en vue de la couverture sanitaire universelle (CSU) :

1. les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique
2. la redevabilité mutuelle est renforcée
3. l'aide en faveur du secteur de la santé est inscrite dans le budget national
4. les systèmes de gestion des finances publiques (GFP) sont utilisés et renforcés
5. les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés
6. l'assistance technique est coordonnée
7. l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.

Un rapport sur l'état actuel de ces pratiques est publié par le Partenariat International pour la Santé+ dans les références citées.<sup>13 14</sup>

### III. Méthodologie d'établissement des priorités

#### 3.1 Approche participative

Conformément aux principes du Partenariat International pour la Santé Plus (IHP+) et du Mécanisme de financement mondial (GFF), la rédaction du dossier d'investissement est faite selon une approche largement participative faisant intervenir de nombreuses parties prenantes à travers tout le pays. On compte parmi elles des représentants du Ministère de la Santé et d'autres ministères clés, des PTF, de la société civile et du secteur privé. Il a été organisé successivement trois ateliers participatifs et multisectoriels (janvier 2017, avril 2017, mai 2017). Au cours des ateliers et des entretiens avec le Gouvernement, les partenaires et les consultants, l'accent a été mis sur les priorités des priorités dans l'élaboration du présent dossier. La liste des personnes ayant pris part ou ayant été consultées pour l'élaboration du contenu de ce dossier est à l'annexe A.

---

<sup>13</sup> IHP+. *2016 Monitoring Round: Guinea*. 2016 [cited 2017 April 26]; Available from: <https://www.internationalhealthpartnership.net/en/results-evidence/2016-monitoring-round/guinea/>.

<sup>14</sup> IHP+. *Guinea Report Card*. 2016 [cited 2017 April 26]; Available from: [https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results\\_Evidence/IHP\\_Results/2016\\_Monitoring\\_Round/Countries/Guinea/Guine%CC%81e\\_IHP\\_2016\\_Visual\\_Aid\\_FR\\_161212.pdf](https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results_Evidence/IHP_Results/2016_Monitoring_Round/Countries/Guinea/Guine%CC%81e_IHP_2016_Visual_Aid_FR_161212.pdf).

### 3.2 Analyses quantitatives

La Guinée dispose de données limitées mises à jour sur les intrants du système de santé et la couverture en matière de prestation des services. Le dossier d'investissement utilise les données disponibles pour faire une estimation de l'ensemble des services essentiels dont on a besoin aux niveaux primaire et communautaire afin d'améliorer les résultats en matière de SRMNIA. Les données disponibles étant limitées, la quantification des estimations se fait à un niveau élevé pour éviter toute imprécision. En général, ces estimations ont pour but de donner une idée des ressources (financières et non financières) dont on aura besoin pour fournir un paquet de services de santé essentiels et renforcer en conséquence le système de santé. Ces chiffres ne sont pas censés fournir des orientations détaillées en vue de la planification des programmes au niveau du district. Au besoin, le dossier d'investissement précise les efforts d'améliorer l'information sanitaire nécessaire pour encadrer la planification des programmes futurs.

Dans le cadre de la présente analyse, le calcul des coûts a été réalisé sur Spectrum v 5.5 à l'aide de Lives Saved Tool [Outil des Vies Sauvées] (LiST). (LiST utilise la même approche et les mêmes hypothèses que le One Health Tool [OHT], mais LiST est utilisé spécifiquement pour les interventions SRMNIA.) Les hypothèses d'analyse ont été proposées par plusieurs sources et validées par le Groupe de rédaction du dossier d'investissement dont la liste des membres figure à l'annexe A. Pour une description plus détaillée de l'approche analytique et des hypothèses pertinentes, reportez-vous à l'Annexe B.

## IV. Priorités du Dossier d'Investissement

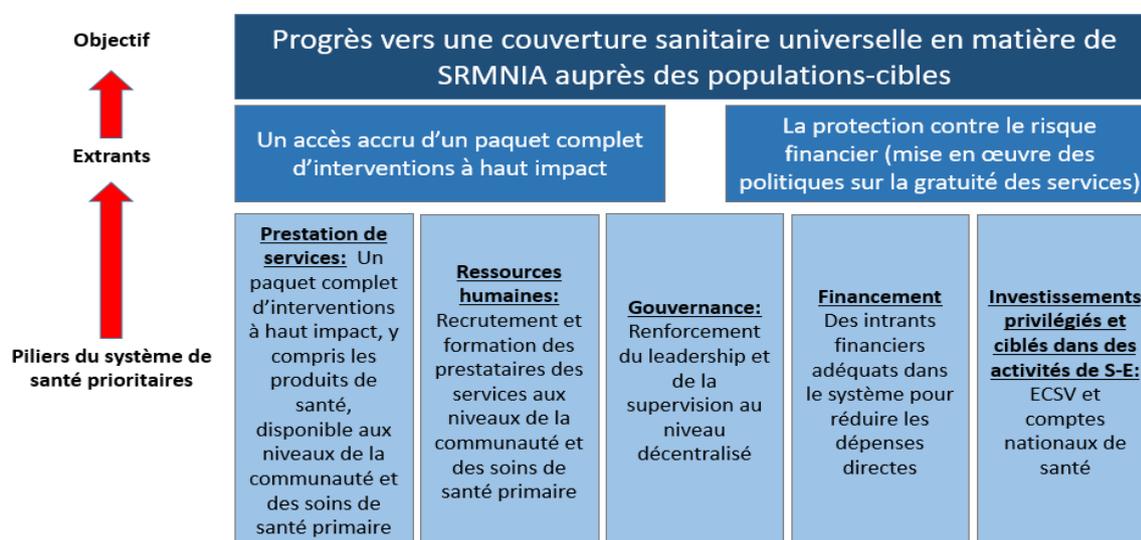
Ce document, qui est un dossier d'investissement et non un projet ni un rapport de politique nationale, n'a pas pour objet de présenter les paramètres techniques détaillés du renforcement du système de santé dans l'ensemble du pays. Il vise en fait à fournir des directives, fondées sur les politiques et les programmes en vigueur, sur la manière de poursuivre avec efficacité et efficacie un programme d'interventions de soins primaires et de services de santé communautaires ayant un impact élevé. Lorsque des paramètres techniques détaillés ont été établis aux fins de la mise en œuvre des politiques, les autorités et les PTF doivent respecter ces derniers. En l'absence de tels paramètres, ils doivent décider de manière délibérée et transparente de la façon dont il leur faut structurer leurs programmes et documenter les leçons tirées de ces activités pour pouvoir formuler des démarches efficaces de renforcement du système de santé en Guinée.

Une couverture sanitaire universelle n'est pas réalisable durant la mise en œuvre du DI qui est de trois (3) ans. Cependant, les engagements de tous les partenaires à aborder les priorités clés par un ensemble de principes et d'approches peuvent contribuer à progresser vers cette couverture universelle. Cela étant, le dossier d'investissement retient comme prioritaires cinq (5) piliers essentiels du système de santé nécessaires pour atteindre ses objectifs.

1. **Prestations de services** : couverture accrue d'un paquet complet d'interventions à haut impact, notamment les médicaments et les produits de santé nécessaires pour les services, et les investissements dans le domaine des infrastructures pour les interventions EHA (Eau, hygiène et assainissement), ainsi que des infrastructures sanitaires communautaires de base (Centres de santé amélioré, Centres de santé et Postes de santé) là où c'est nécessaire pour contribuer à l'accroissement de la couverture.

2. **Ressources humaines** : recrutement et formation des prestataires de services aux niveaux primaire et communautaire (sages-femmes, infirmiers, agents techniques de santé, agents de santé communautaire, relais communautaires ou matrones formés, du personnel de soutien EHA).
3. **Gouvernance et Directions du système de santé** : Doter les dirigeants et responsables des niveaux central et décentralisé (médicaux et société civile locale) des moyens pour la supervision des prestations de soins, EHA et la gratuité des services aux niveaux primaire et communautaire.
4. **Financement** : apports financiers adéquats au profit du système et décaissement des ressources allouées afin de réduire les paiements directs des ménages.
5. **Investissements privilégiés et ciblés dans des activités de suivi-évaluation**, notamment l'état civil et statistiques vitales (ECSV) et les comptes nationaux de santé (CNS).

Figure 3 - Aperçu des priorités du dossier d'investissement



Outre ces cinq priorités, le système de santé repose sur d'autres piliers essentiels qui jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la SRMNIA en Guinée : bonnes infrastructures et matériels de qualité, investissement général dans le SNIS, ressources humaines aux niveaux secondaire et tertiaire. Le fait que ces intrants n'ont pas été retenus dans le dossier d'investissement ne signifie pas qu'ils ne sont pas prioritaires pour le renforcement du système de santé en Guinée. Ils n'ont au contraire pas été inscrits au rang des priorités pour les raisons suivantes :

- **Infrastructures et matériel pour les structures sanitaires** : la réhabilitation des infrastructures et l'équipement en matériels bénéficient déjà d'un financement même si cela est insuffisant à ce jour, et cette activité est relativement bien coordonnée sur le terrain. En 2016, un budget de 1 719 812 860 francs guinéens a été établi pour la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires, et 220 sur 412 centres de santé ont été retenus au titre des projets de réhabilitation envisagés ou en cours d'exécution<sup>7</sup>. Il faut noter que l'amélioration des infrastructures requise pour la mise en œuvre des interventions EHA figure parmi les investissements prioritaires pris en compte dans les estimations des coûts. Toutefois, au cas par cas, des infrastructures

sanitaires communautaires de base (CSA, CS, PS) nécessaires par endroit pour l'amélioration de la couverture pourraient être prises en compte après démonstration de la nécessité par des études.

- **Information sanitaire** : le budget comporte déjà un plan d'amélioration de l'information sanitaire (Plan stratégique de développement du SNIS 2016-2020). Celui-ci sert de feuille de route pour les investissements en matière de système d'information sanitaire. Toutefois, des investissements de choix ciblés pour le suivi et l'évaluation seront inscrits comme priorités au titre du Mécanisme de financement mondial.
- **Ressources humaines aux niveaux secondaire et tertiaire** : si la fourniture de soins curatifs aux niveaux secondaire et tertiaire est cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité, il n'en demeure pas moins que la plupart des interventions prioritaires à haut impact dans le PNDS et le PSN-SRMNIA portent essentiellement sur les soins aux niveaux primaire et communautaire. Ces interventions présentent vraisemblablement le meilleur rapport coût/efficacité pour éviter une mortalité et une morbidité inutiles.

Au moins 200 millions de dollars de subventions et d'autres fonds annoncés fournis par les bailleurs pourraient être disponibles pour la santé en Guinée au cours des deux prochaines années, et la majorité de ces fonds serviront à la SRMNIA et les maladies reliées. (Notez que ce montant correspond aux fonds hors engagements en cours de mise en œuvre.) Une augmentation de l'allocation gouvernementale à la santé pourrait avoir lieu. Le gouvernement a montré une volonté d'augmenter le budget pour la santé à 1% par an. Le Gouvernement et les PTF devraient travailler ensemble pour s'assurer que l'affectation de ces fonds est conforme aux principes, approches et priorités décrits dans le dossier d'investissement. Le Tableau 3 montre un résumé de ces fonds.

Tableau 3 - Résumé de fonds annoncés (hors engagements en cours de mise en œuvre) pour la santé (par sources de financement, par projet et par période de mise en œuvre)

Sources de financement	Projets	Années	Fonds disponibles (\$ million)
L'Etat	Augmentation de l'allocation gouvernementale à la Santé	Annuel	~18*
FM - Paludisme	Fonds paludisme	2018-2020	55.7
BM	FBR / Fonds SRMNIA	2018-2022	45
FM - VIH/SIDA	Fonds VIH/SIDA	2018-2020	40.6
GIZ	Fonds SRMNIA	2019-2021	11
UE	PASA 2	2020-?	22
FM - TB	Fonds TB	2018-2020	7.8
GFF	ECSV, autres activités SRMNIA	2018-2022	5
PLAN Guinée	À déterminer	2018-2022	?
UNICEF	Fonds régulier	2018-?	?
UNFPA	Fonds régulier	2018-?	?
OMS	Fonds régulier	Bi-annuel	?
PMI	Fonds régulier	Annuel	?
KfW	Subventions supplémentaires	?	?
GAVI		N/A	N/A**
Secteur privé	Partenariats publics-privés	N/A	?
<b>Total</b>			<b>Au moins \$200</b>

\*On suppose une augmentation du budget de l'Etat par 1% (de 8,2% à 9,2%) pour 2018.

\*\*Selon le Demande de Soutien de Programme Octobre 2016, tous les fonds de GAVI sont déjà alloués jusqu'à 2021, donc ils ne sont pas inclus dans ce tableau. Le montant total 2017-2021 est ~\$44.9 million.

#### 4.1 Prestations de services et interventions à haut impact

Conformément au PNDS, au PSN-SRMNIA et à la Politique nationale de la santé communautaire, le dossier d'investissement n'accorde pas la priorité à certaines interventions verticalement exécutées, mais il privilégie plutôt un paquet de services essentiels assurés à l'hôpital de district pour la référence, au centre de santé ou au niveau communautaire. Ce paquet comprend la vaccination et la Vitamine A, PCIMNE, accouchement assisté, prise en charge d'urgences maternelles, soins du nouveau-né, Eau, Hygiène, et Assainissement (EHA), planification familiale, soins prénatals, soins post-natals, PTME, prévention de la malnutrition, prévention du paludisme et enregistrements des faits d'état civil.

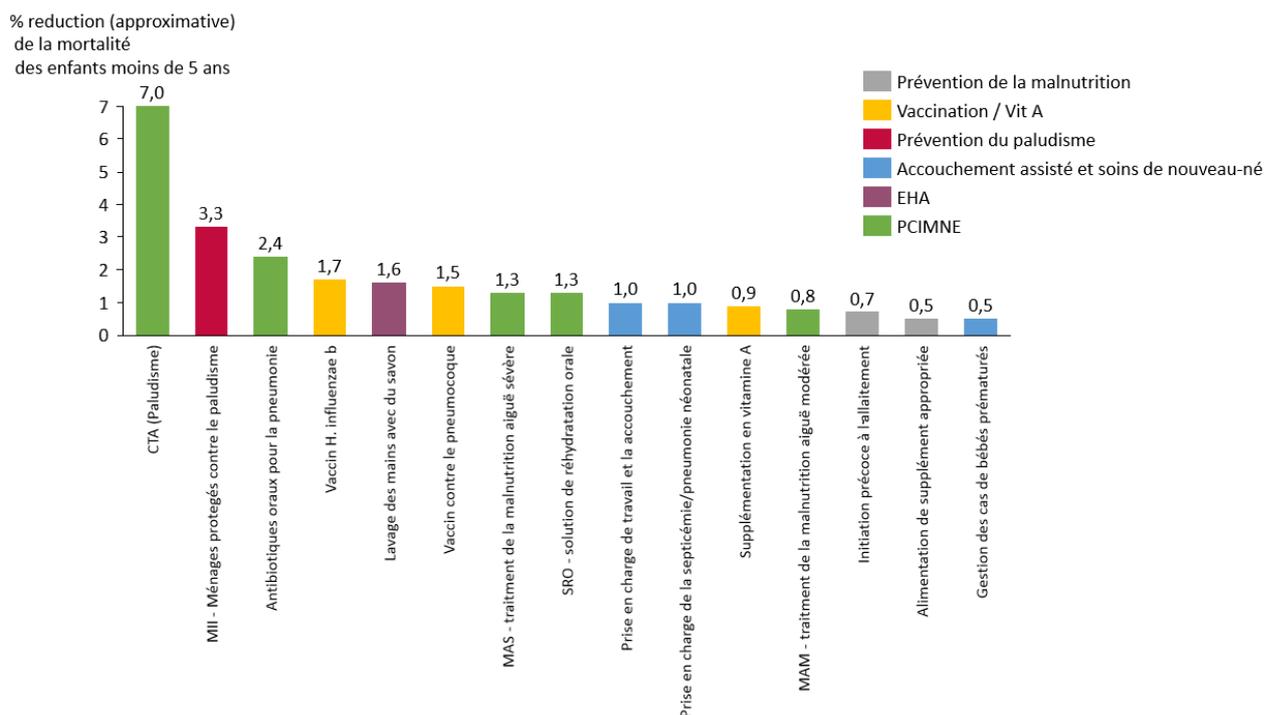
Eu égard à la nature de la charge de morbidité en Guinée, il est nécessaire de mettre en œuvre un paquet complet d'interventions à haut impact. Ces interventions multiples peuvent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile si la couverture est mise à l'échelle. (Pour ce faire l'offre de service doit aller de pair avec les infrastructures primaires en vue de susciter la demande. Si on approche les CS et PS avec un paquet complet de services, la demande sera boostée.)

Comme on peut le voir à travers la Figure 4, en matière de réduction de la mortalité, aucune catégorie d'interventions ne prime sur les autres.

Chaque acteur clé pour l'amélioration de la SRMNIA en Guinée, devrait s'engager dans ce paquet de services essentiels. Les PTF et le Gouvernement peuvent assurer le financement de ce paquet de services et fournir ce paquet soit par :

- ✓ le financement et la livraison de l'ensemble des services par leurs projets
- ✓ la coordination aux niveaux national et local entre les acteurs afin de s'assurer que les programmes financés verticalement complètent le paquet de services pertinents.

Figure 4 - Pourcentage de réduction (approximatif) de la mortalité des enfants de moins de 5 ans si on atteint l'augmentation du taux couverture spécifié/ciblé dans le DI



Voir le Tableau 4 suivant pour une liste complète d'interventions inscrites et chiffrées dans le dossier d'investissement. Le Gouvernement guinéen et tous les PTF ayant convenu de travailler à la réalisation des objectifs coordonnés définis dans le PNDS, ces cibles devraient servir d'objectifs pour tous les acteurs nationaux.

Tableau 4 - Liste complète d'interventions inscrites et chiffrées

Domaines	Interventions	Taux		Sources de taux		Moyens de verification
		Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	
Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	Avortement spontané	100%	100%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Prise en charge après un avortement	54%	68%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	80%	85%	PNDS*	PNDS*	AD**
	<b>Prise en charge des maladies</b>					
	Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	57%	68%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Prise en charge du paludisme	24%	86%	PNDS*	PNDS*	AD**

Domaines	Interventions	Taux		Sources de taux		Moyens de verification
		Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	
	MgSO4 prise en charge de la pré-éclampsie	15%	47%	PNDS*	PNDS*	AD**
	<b>Accouchement</b>					
	Assistance des naissances par du personnel qualifié	63%	77%	MICS 2016	Hypothèse	EDS / MICS
	Accouchement dans un établissement de santé	57%	72%	MICS 2016	Hypothèse	EDS / MICS
	<b>Soins postnatals</b>					
	Pratiques post-natal propre	57%	72%	MICS 2016	PNDS 2020*	EDS / MICS
	Chlorhexidine	30%	50%	PNDS*	PNDS*	
	<b>PEC des urgences maternelles</b>					
	Prise en charge des cas septicémie maternelle	90%	92%	PNDS*	PNDS*	AD**
	<b>PEC - néonatale</b>					
	Gestion des cas de bébés prématurés	62%	95%	Calculé automatiquement par LiST	Calculé automatiquement par LiST	AD**
	Soins thermiques	57%	72%	Calculé automatiquement par LiST	Calculé automatiquement par LiST	AD**
	Méthode Mère Kangourou-MMK	5%	23%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Prise en charge de la septicémie/pneumonie néonatale	10%	47%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Antibiotiques injectables pour la septicémie/pneumonie néonatale	10%	47%	PNDS*	PNDS*	AD**
EHA	Utilisation d'une source d'eau améliorée	82%	86%	MICS 2016	Hypothèse	EDS / MICS
	Utilisation d'un raccordement d'eau dans la maison	11%	11%	MICS 2016	Hypothèse	EDS / MICS
	Amélioration de l'assainissement – l'utilisation de latrines ou de toilettes	53%	60%	MICS 2016	PNDS 2020	EDS / MICS
	Lavage des mains avec du savon	13%	47%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Évacuation hygiénique des selles des enfants	58%	63%	MICS 2016	PNDS 2020	EDS / MICS
PCIMNE - Autre	SRO - solution de réhydratation orale	34%	53%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS

Domaines	Interventions	Taux		Sources de taux		Moyens de verification
		Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	
	Antibiotiques pour traitement de la dysenterie	55%	67%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Zinc pour le traitement de la diarrhée	28%	50%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Antibiotiques oraux pour la pneumonie	33%	55%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Vitamine A pour le traitement de la rougeole	41%	86%	PNDS*	PNDS*	AD**
	CTA - Polythérapies à base d'artémésinine pour traiter le paludisme	17%	49%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
PCIMNE - Malnutrition	MAS - traitement de la malnutrition aiguë sévère	60%	90%	PNDS*	PNDS*	AD**
	MAM - traitement de la malnutrition aiguë modérée	28%	90%	PNDS*	PNDS*	AD**
Planification familiale	Utilisation de la contraception	9%	25%	MICS 2016	Hypothèse	EDS / MICS
PEC des VBG	PEC des VBG***	0%	100%	Hypothèse	PSN-SRMNIA	AD**
Prévention de la malnutrition	Supplémentation/fortification en fer	81%	84%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Prévalence de l'initiation précoce à l'allaitement	34%	80%	MICS 2016	PNS-SRMNIA	EDS / MICS
	Alimentation de complément - éducation seulement	23%	47%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Alimentation complémentaire - alimentation de supplément et éducation	8%	31%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
Prévention du paludisme	MILDA - Ménages protégés contre le paludisme	84%	100%	MICS 2016	Hypothèse	EDS / MICS
PTME	Femmes enceintes sous ARV	26%	67%	Plan de rapportage d'urgence VIH/SIDA	Hypothèse	AD**
	Traitement des enfants avec cotrimoxazole	20%	87%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Traitement des enfants avec ARV	12%	90%	PNDS*	PNDS*	AD**
SPN	Supplémentation/fortification d'acide folique	81%	84%	PNDS*	PNDS*	AD**
	CPN 4+	51%	90%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Anatoxine tétanique	71%	86%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	TPI - Traitement préventif intermittent pendant la grossesse	49%	86%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS

Domaines	Interventions	Taux		Sources de taux		Moyens de verification
		Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	
	Détection et traitement de la syphilis	57%	86%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Supplément de micronutriments (fer et des micronutriments multiples)	81%	84%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Supplémentation en fer pendant la grossesse	81%	84%	PNDS*	PNDS*	AD**
Vaccination / prévention	Supplémentation en vitamine A	41%	86%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Tuberculose (BCG) - Une dose unique	72%	86%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Antipolio - Trois doses	39%	86%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Pentavalent	40%	63%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS
	Pneumocoque - Trois doses	0%	65%	PNDS*	PEV	AD**
	Rotavirus - Deux doses	0%	40%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Rougeole - Une dose unique	48%	73%	MICS 2016	PNDS*	EDS / MICS

*\*NB : les taux de couverture actuels de nombreuses interventions ne sont pas disponibles. En général, lorsqu'un taux de couverture ne peut être obtenu qu'à partir du PNDS, le dossier d'intervention utilise le taux de couverture de 2015 comme taux de référence pour 2017, et le taux ciblé indiqué pour 2018 comme taux ciblé pour 2020. L'analyse repose sur deux hypothèses : (i) les taux de couverture de référence du PNDS de 2015 sont dans l'ensemble correctes, et (ii) ces taux n'ont pas varié durant la crise d'Ebola de sorte que les taux de couverture actuels sont les mêmes qu'en 2015. Les indicateurs avec une source « PNDS 2020 » utilisent les taux ciblés pour 2020, au lieu de ceux pour 2018, parce que le taux de couverture actuelle pour chacun est meilleure que le taux ciblé pour 2017 dans le PNDS.*

*\*\*A déterminer. Normalement ces indicateurs ne sont pas inclus dans les EDS / MICS. Toutefois, c'est possible de choisir plusieurs indicateurs clés pour inclure dans des enquêtes pour le suivi-évaluation du DI (ou d'autres plans / projets) quand c'est nécessaire. Des systèmes DHIS2 et RapidPro qui fonctionne bien pourrait aussi vérifier ces indicateurs, et certains peuvent être fournies par le SNIS Annuaire Statistique*

*\*\*\*La budgétisation de cette intervention n'est pas incluse dans le DI à cause de l'absence des données.*

*\*\*\*\*NB : Le paquet d'interventions est ciblé à toute la population SRMNIA, y compris les adolescents et jeunes. Il n'y aura pas de grands coûts supplémentaires pour les prestations de services pour les adolescents / jeunes parce qu'ils reçoivent plus ou moins les mêmes services cliniques. Toutefois, les adolescents / jeunes doivent probablement recevoir ces prestations dans les différents endroits (ex. les Centre d'Écoute, de Conseil et d'Orientation Jeune [CECOJE] et Cliniques pour Jeunes) et avec les campagnes CCC spécifique aux adolescents / jeunes.*

*NB : Une explication de l'organisation du système de santé (comme les structures, les ressources humaines, et les prestations qui doivent être disponibles à chaque niveau) est décrite dans plusieurs autres documents (ex. PNDS, PSN-SRMNIA, Politique National de Santé Communautaire.)*

## 4.2 Ressources humaines

Les sages-femmes (SF), les infirmiers d'Etat (IE), les agents techniques de santé (ATS) et les agents de santé communautaires (ASC) sont les ressources humaines les mieux placées pour fournir des services de santé primaires et des soins de santé communautaires. Les SF, IE, ATS et les ASC qui sont recrutés au niveau local sont plus susceptibles de comprendre les problèmes particuliers auxquels la communauté est confrontée, de forger des liens de confiance avec les membres de la communauté et de fournir des services d'une manière

pertinente sur le plan culturel. Il est aussi plus probable que ce personnel recruté localement demeure dans les communautés. Si le coût d'opportunité de la poursuite des activités d'un médecin dans une zone rurale isolée est élevé parce que ce praticien peut trouver un travail mieux rémunéré ailleurs, il ne l'est probablement pas autant dans le cas des SF, IE, ATS et les ASC. Toutefois, une des réformes de la nouvelle politique de la santé communautaire envisage la médicalisation de la première ligne avec paquet définis, dans les grosses agglomérations communautaires

En règle générale, et en accordant avec le Politique de Santé Communautaire 2017, un infirmier ou un ATS supervise un centre de santé et fournit des soins cliniques et préventifs, tandis qu'un ASC procède à des activités de promotion et d'éducation sanitaire au niveau des communautés, fournit une gamme limitée de services (pesage des enfants, administration de sels de réhydratation orale (SRO) et traitement des maladies courantes), et réfère les patients vers le centre de santé (ou les y amène) si nécessaire, pour leur permettre d'obtenir un diagnostic plus poussé et un traitement.

Comme indiqué à la section précédente, les programmes et les activités ciblées sur l'accroissement des taux de couverture peuvent également renforcer les ressources humaines dans le domaine de la santé. Les programmes devraient, dans la mesure du possible, renforcer les compétences du personnel local en place et recruter des effectifs locaux pour exécuter les programmes de santé. Le maintien de listes des ressources humaines des programmes et de leurs rémunérations contribuent également à simplifier l'absorption ultérieure des agents des programmes qui ont été recrutés sur la base de contrats par les PTF.

La fidélisation des ressources humaines est tout aussi importante que le recrutement et la formation. L'augmentation des paiements aux ressources humaines et le paiement basé sur le résultat peuvent probablement améliorer leur motivation et leur fidélisation, mais il est important de le faire de manière à améliorer la santé de la population. La mise en œuvre et l'utilisation du logiciel iHRIS par le Gouvernement et les partenaires qui emploient des prestataires de services pourraient améliorer le suivi de la formation et de la fidélisation des ressources humaines.

### 4.3 Gouvernance

Il est essentiel de renforcer les capacités des directions et de leur donner les moyens d'agir au niveau des préfectures et des districts pour assurer l'efficacité et l'efficience d'un système de santé décentralisé. La Guinée continuant de déconcentrer la prestation des services de santé, il sera crucial de renforcer les capacités des équipes des directions locales pour garantir la viabilité des améliorations apportées au secteur de la santé. Les programmes visant à améliorer la prestation des services devront également veiller à ce que les DPS et les DRS comprennent les aspects cliniques et programmatiques des activités. Il importe que les DPS et les DRS soient consultés et fournissent des informations techniques à l'appui de nouvelles activités et de nouveaux programmes pour aligner ces derniers sur les activités en cours et éviter tout chevauchement. Les effectifs opérant au niveau des préfectures et des régions devraient également participer à la supervision des activités cliniques et bénéficier d'activités de renforcement des capacités et de formations pour pouvoir être mieux en mesure de s'acquitter de leurs fonctions.

Il est également nécessaire de renforcer les capacités des communautés et des autorités locales à la base en ce qui concerne la gouvernance des services de santé à la base. Cette démarche se justifie eu égard, les prescriptions du code des collectivités (2006) en son article 29 « *les soins de santé primaires est inscrit au titre de la 32ème compétence transférée aux collectivités locales* ». Ainsi, les instances locales de coordination qui regroupent tous les acteurs impliqués dans la santé et le développement communautaires doivent être rendu fonctionnelles pour une participation inclusive sur les questions et les décisions de santé des communautés pour les communautés.

#### 4.4 Financement

L'État guinéen s'est engagé à fournir gratuitement les services suivants : CPN, accouchement assisté, césarienne et les médicaments suivants : CTA, ARV, IO, anti-TB, vaccins, kits SONU, anti-lépreux.<sup>15 16</sup> Le plaidoyer est en cours pour la gratuité de la prise en charge médicale pour les enfants de moins de 5 ans. En cherchant à abaisser les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé par la gratuité de la plupart des prestations, on pourrait réduire les ressources financières des services de santé.

Par ailleurs, il est constaté que des paiements non officiels sont pratiqués par endroit dans le pays et constituent un frein à l'accès aux soins.

Cet état d'affaires est un symptôme de plusieurs problèmes, telles que l'iniquité régionale des fonds pour la santé, l'insuffisance de contrôle de fonds au niveau décentralisé, et le lien faible entre les dépenses des fonds et la quantité et qualité des services fournis. En outre, ces problèmes sont vraiment liés aux autres piliers du système de santé (ex. le moyen de payer les ressources humaines, la gouvernance et capacité technique au niveau décentralisé, etc.)

Il existe différentes stratégies qui permettent de réduire les paiements informels, mais il est difficile de déterminer a priori celle qui sera la plus efficace en Guinée. Il est en fait probable que la meilleure démarche consistera à associer plusieurs de ces stratégies. Parmi les interventions pouvant être retenues pour réduire le montant des paiements effectués par les patients figurent<sup>17</sup> :

- **L'augmentation du montant total des ressources budgétaires disponibles et des dépenses budgétaires au titre des services** : il est pratiquement certain que cette mesure sera nécessaire pour accroître les services dont les patients peuvent bénéficier gratuitement. L'abolition des paiements des patients réduit le volume des fonds disponibles là où les soins sont prodigués. L'augmentation du montant total des ressources budgétaires affectées à la santé, l'amélioration de la proportion des dépenses budgétaires par le biais de la réforme de la gestion des finances publiques ou une combinaison de ces deux types de mesures pourraient permettre de compenser ces pertes.
- **L'amélioration de la rémunération des prestataires** : les prestataires de soins tels que les sages-femmes, les infirmiers, les ATS et les ASC pourraient être moins incités à demander des paiements aux patients s'ils étaient correctement rémunérés par l'État

---

<sup>15</sup> Ministère de la Santé, *Rapport de l'Audit Institutionnel, Organisationnel et Fonctionnel du Ministère de la Santé*. 2016: Conakry, Guinée.

<sup>16</sup> Ministère de la Santé, *PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2015-2024*. 2015: Conakry.

<sup>17</sup> Miller, K. and T. Vian, *Strategies for Reducing Informal Payments*, in *Anticorruption in the Health Sector: Strategies for Transparency and Accountability*, T. Vian, W. Savedoff, and H. Mathisen, Editors. 2010, Kumarian Press: Sterling, VA.

ou par les PTF. Le mécanisme de financement sur la base des résultats permet de mieux rémunérer les prestataires tout en les encourageant à fournir davantage de soins de qualité.

- **L'information et la sensibilisation des communautés et des prestataires** : donner aux communautés et aux patients des informations sur ce qu'ils doivent ou ne doivent pas payer peut contribuer dans une large mesure à leur donner les moyens de refuser d'effectuer des paiements informels.

Néanmoins, on aura besoin d'autres réformes afin de vraiment renforcer le lien entre les paiements, la qualité et la quantité des services, et la gouvernance du système. Un des approches spécifiés par le PNDS et pilotés dans plusieurs projets en cours/prévus est le **financement base sur les résultats (FBR)**. L'approche FBR essaie de renforcer les liens entre les paiements, les prestations de service, et la gouvernance avec la collection et l'utilisation des données sur la qualité et la quantité des services. Ces données sont utilisées afin de déterminer le montant de paiements pour les prestataires de services, et cette approche pourrait inciter les prestataires d'augmenter la quantité et d'améliorer la qualité des services. Ces données augmenteraient aussi la transparence du system de sante, particulièrement en termes de la performance et de la gouvernance décentralisée.

Une autre priorité clé pour le Gouvernement et les PTF est la mise en place d'une nouvelle **unité de gestion financière/coordination de partenaires** au niveau du Ministère de la Santé, qui pourrait contribuer à la coordination des opérations et des allocations des fonds. Le Gouvernement est en train de recruter un consultant pour déclencher cet objectif et l'appui technique fourni par le GFF contribuera aussi à cet effort.

Parallèlement aux efforts déployés pour élargir la couverture des interventions, il importe de suivre et d'évaluer de manière explicite l'impact des programmes sur les dépenses budgétaires et les paiements à la charge des patients.

En outre, il est important de se rappeler que sans une estimation des dépenses directes, il est impossible de savoir quel est le total des dépenses consacrées à la santé dans le pays. L'EDS à venir comprendra des questions sur les dépenses directes.

Le secteur privé pourrait aussi contribuer efficacement au financement et à l'appui du secteur de la santé. Le gouvernement et les acteurs clés du secteur privé (associations, fondations des entreprises dans la Guinée, etc.) devraient travailler ensemble afin d'établir une plate-forme pour renforcer la collaboration public-privée.

## 4.5 Informations sanitaires

### 4.5.1 Etat Civil et Statistiques Vitales (ECSV)

Le renforcement du système d'état civil et les statistiques vitales a été identifié comme une priorité du dossier d'investissement, étant donné que c'est le seul système capable de produire des statistiques vitales aux niveaux (administratif et géographique) les plus bas en temps réel, et que ces dernières peuvent contribuer à des investissements mieux ciblés dans la santé. En plus la Commission des Statistique des Nations Unies a identifié le système ECSV comme source préférée de statistiques pour un certain nombre des ODD. En particulier, l'enregistrement des causes de décès pourraient améliorer l'allocation des

ressources financières pour le système de santé en identifiant les causes de décès évitables et les interventions à haut impact correspondantes.

Le renforcement du système d'Etat civil et statistiques vitales de la Guinée est une priorité du Gouvernement qui a pris des engagements au niveau continental dans le cadre du programme APAI-CRVS.

Une analyse du système a été faite sur la base des résultats du MICS 2016 (INS), ainsi que différentes analyses, des états des lieux et d'autres documents et entretiens.

Les objectifs stratégiques sont le renforcement du cadre juridique, du cadre opérationnel et l'amélioration des connaissances de la population, afin d'arriver au renforcement du système d'état civil et statistiques vitales.

Trois résultats clés ont été identifiés:

1. la couverture et la complétude de l'enregistrement des naissances, mariages, divorces et décès (y compris les causes de décès) sont améliorées dans les zones cibles ;
2. des statistiques vitales sont produites à partir de l'état civil pour les régions cibles;
3. les connaissances de la population sur l'importance et les conditions d'enregistrements sont améliorées.

Des activités à haut impact ont été identifiées et se dérouleront à deux niveaux :

- niveau national – renforcement du cadre juridique et opérationnel ; renforcement du système des statistiques vitales et mise en place de mécanismes de contrôle ; études sur les barrières socio-culturelles et économiques à l'enregistrement, visant à développer et mettre en œuvre un plan de communication basé sur les évidences pour améliorer la demande des services ;
- niveau régional - des activités à haut impact (innovation, financements basés sur les résultats, utilisation des nouvelles technologies et interopérabilité des systèmes ECSV et santé) dans deux régions : Kankan et Kindia.

La **Section Détaillée** sur les ECSV contient un autre scénario, où les activités qui seront mises en œuvre à Kankan et Kindia seront répliquées au niveau national. Les risques majeurs, ainsi que les stratégies de réduction des risques sont aussi identifiés dans cette section.

Deux budgets séparés sont développés :

1. pour la mise en œuvre d'activités visant à renforcer le système au niveau national ; des pilotes dans deux zones Kankan et Kindia

Activités	Montant en USD
Mise à jour de la législation	50,000
Elaboration des outils et formation au niveau central et dans deux régions	250,000
Elaboration des outils de formation pour l'introduction de l'autopsie verbale	200,000
Recherche socio-culturelle	50,000

Mécanisme de contrôle	150,000
RBF pour officiers d'état civil et santé	200,000
Communication pour le changement de comportement	300,000
Innovations - DHIS 2- ECST;	300,000
Appui technique	200,000
Production de statistiques vitales, appui à la numérisation	500,000
Conditional cash transfers; vouchers;	300,000

2. la réplication des activités au niveau national sur une période de cinq ans, comprenant coût de développement, renforcement et maintien du système. Ce coût a été calculé en tenant compte du fait que les activités pour Kankan et Kindia ont été déjà budgétisées. Il se base sur le plan global ECSV.
  - Ce scénario prend en compte le montant estimé nécessaire pour le renforcement de l'état civil en Guinée dans toutes les zones. Il comprend également la numérisation, la stratégie avancée et le maintien du système pendant 4 ans. Il nécessite des investissements soutenus et continus pour une période de 4 ans.
  - Il est estimé qu'approximativement \$ 1.4 million ont été investi par les partenaires annuellement dans l'état civil. Cependant, il est aussi estimé que le coût nécessaire est approximativement \$0.99 / an par personne, pour les 2 prochaines années (basé sur le ECSV Scaleing up plan) puis un coût de 0.30\$ / personne serait nécessaire annuellement afin de maintenir les acquis de manière systématique pour maintenir le système et le rendre efficace. Après cette période, un calcul sera nécessaire pour voir quel est le coût de maintenance annuel.
  - Le coût dans les deux premières années est sensiblement plus élevé à cause des investissements qui sont nécessaires pour la restructuration de l'état civil, y compris la mise en œuvre de la numérisation,
  - Ce montant est estimé à \$ 26.316.000.

#### 4.5.2 Comptes Nationaux de Santé (CNS)

La coordination et l'harmonisation des investissements dans le futur nécessitent une surveillance plus forte des budgets à tous les niveaux. Le PAO de 2017 ne comprend que 34,5 millions de dollars de dépenses de santé pour l'ensemble du pays. Sur la base des budgets des principaux bailleurs dans le pays, il est probable que ce chiffre sous-estime le total des dépenses consacrées à la santé. À titre de référence, le financement total du Fonds Mondial inscrit au PAO pour 2017 s'élève à 1,43 million de dollars, alors qu'en réalité, le Fonds mondial a engagé au moins \$28 millions pour le paludisme et le VIH/SIDA en 2017.<sup>18 19</sup>

L'amélioration de cette situation nécessite un travail coordonné à tous les niveaux. Des comptes nationaux de santé mises à jour peuvent aider le Gouvernement et les PTF à suivre et allouer le financement plus efficacement. En outre, comme spécifié, les comportements recommandés IHP +, les donateurs devraient essayer de placer des fonds sur les budgets

<sup>18</sup> Sommaire des PAO (Region, Domain, Source de financement) 2017.

<sup>19</sup> Fonds Mondial Concept Notes (2015-2017): Paludisme, VIH/SIDA

nationaux chaque fois que cela est possible. Lorsque cela n'est pas possible, les DRS et DPS devraient avoir une vision claire de la façon dont les fonds sont dépensés dans leurs régions et devraient le signaler au niveau central en conséquence. Le renforcement de la gestion des finances publiques à tous les niveaux n'est pas seulement une question de financement de la santé, mais aussi une gouvernance et un leadership. Par conséquent, ces efforts sont étroitement liés au renforcement des capacités et à l'autonomisation du DRS et du DPS décrits ci-dessus.

## V. Estimation des coûts et gap de financement

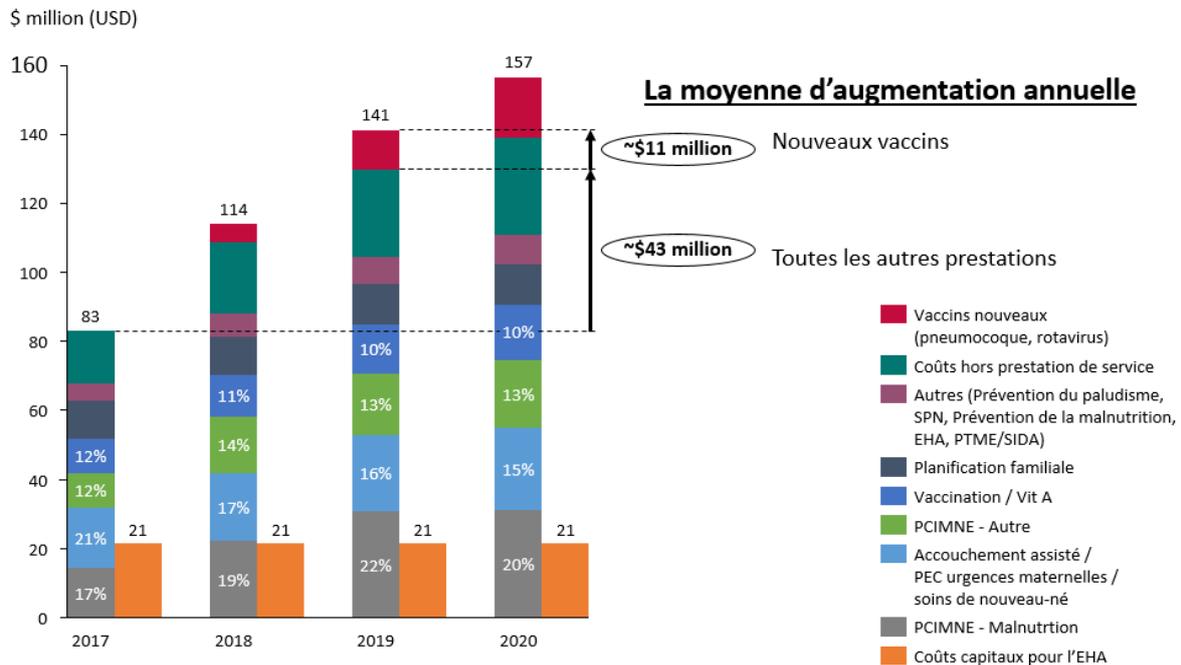
### 5.1 Estimation des coûts pour les prestations de services d'un paquet de services essentielles

Les estimations de haut niveau indiquent qu'étant donné les taux actuels de couverture, environ 83 millions de dollars sont consacrés à des interventions de SRMNIA, notamment pour couvrir les coûts de la prestation des services indiqués ci-dessus. Pour atteindre les taux de couverture ciblés dans le PNDS et les autres plans nationaux, il faudra consacrer un montant supplémentaire allant de 31 millions à 74 millions de dollars (38% à 89%) chaque année pour financer les coûts récurrents (La moyenne d'augmentation annuelle est de \$54 million, ou de \$43 millions si on n'inclus pas les coûts pour les nouveaux vaccins.) La majorité des coûts supplémentaires tiendra à l'élargissement de la couverture vaccinale, à la PCIMNE et aux interventions liées aux accouchements assistés / à la prise en charge des urgences obstétricales /aux soins des nouveau-nés. Il faudra de surcroît consacrer approximativement 11 millions de dollars annuellement aux infrastructures pour atteindre les cibles relatives aux points d'eaux améliorées. On suppose aussi que les coûts hors prestations de service (formation des ressources humaines, supervision, suivi-évaluation, maintenance d'infrastructure, transport, communication et plaidoyer, gestion des programmes) représentent 22% des coûts des interventions.<sup>20</sup> Se reporter à la Figure 5 qui récapitule les coûts par année et par programme.

---

<sup>20</sup> Clift, J., et al., *Landscape Study of the Cost, Impact, and Efficiency of Above Service Delivery Activities in HIV and Other Global Health Programs*. 2016, Results for Development: Washington, DC.

Figure 5 - Coûts récurrents annuels et coûts capitaux pour les interventions de SRMNIA



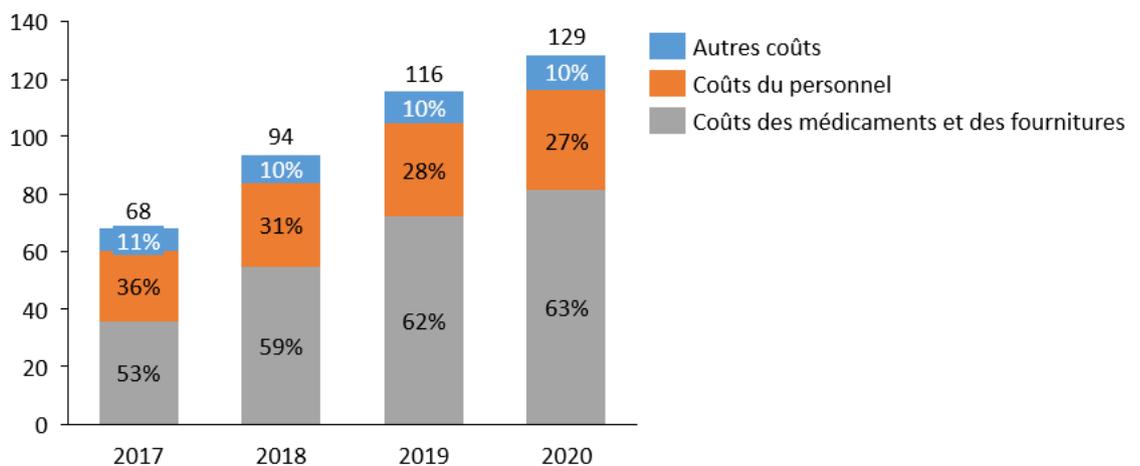
Parmi les coûts de prestation de services, environ 50%-65% des coûts correspondent aux médicaments, 25%-35% correspondent au personnel, et environ 10% correspondent aux autres coûts (par exemple, des fournitures non-médicales dans les centres de santé.) Se reporter à la Figure 6 qui récapitule les coûts par année et par catégorie. Notez que les coûts hors prestation de service et les coûts capitaux pour l'EHA ne sont pas inclus.

Les détails de cette budgétisation sont disponibles dans l'Annexe 4.

Figure 6 - Coûts récurrents de prestations de service

NB : les coûts hors prestation de service ne sont pas inclus dans le graphique ci-dessous

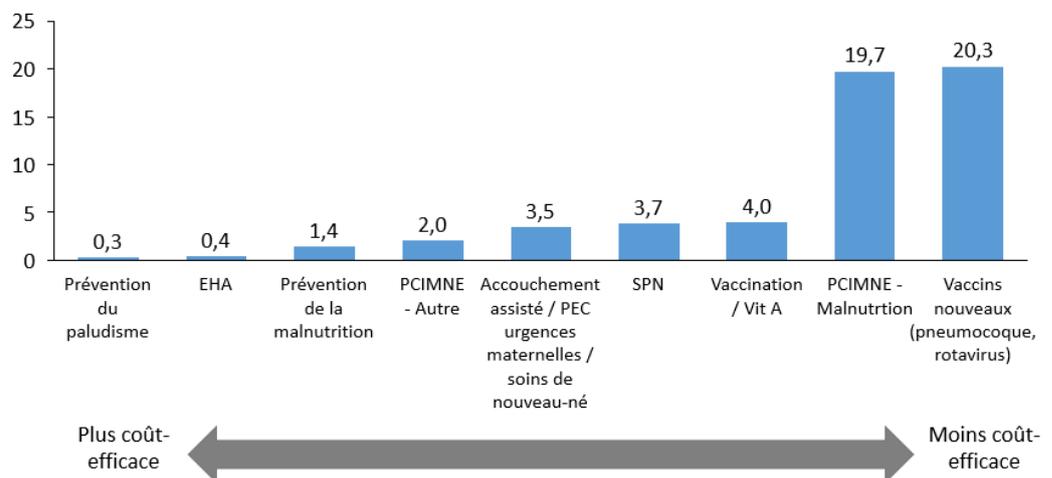
Coûts de prestation de service (\$ million)



L'intervention la moins efficace par rapport à son coût est le traitement de la malnutrition (malnutrition aiguë sévère et malnutrition aiguë modérée), d'autant plus que d'autres interventions menées pour prévenir la malnutrition (alimentation complémentaire, interventions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et hygiène, etc.) sont extrêmement rentables. Bien que le traitement de la malnutrition soit une importante intervention curative, cette analyse de haut niveau ainsi que les nombreuses observations recueillies et les directives associées à l'amélioration de la nutrition montrent l'intérêt d'investir dans la prévention de la malnutrition en fournissant des informations sur l'alimentation complémentaire et la fourniture de produits, en administrant de la vitamine A et en poursuivant des interventions d'approvisionnement en eau, hygiène et assainissement. La Figure 7 indique le rapport coût/efficacité de différents programmes d'intervention de SRMNIA.

Figure 7 - Montant supplémentaire (en millions de dollars) nécessaire pour réduire de 1 % la mortalité des moins de cinq ans

Incrémentales coûts récurrents annuels (\$ million) /  
% réduction de la mortalité de moins de 5 ans

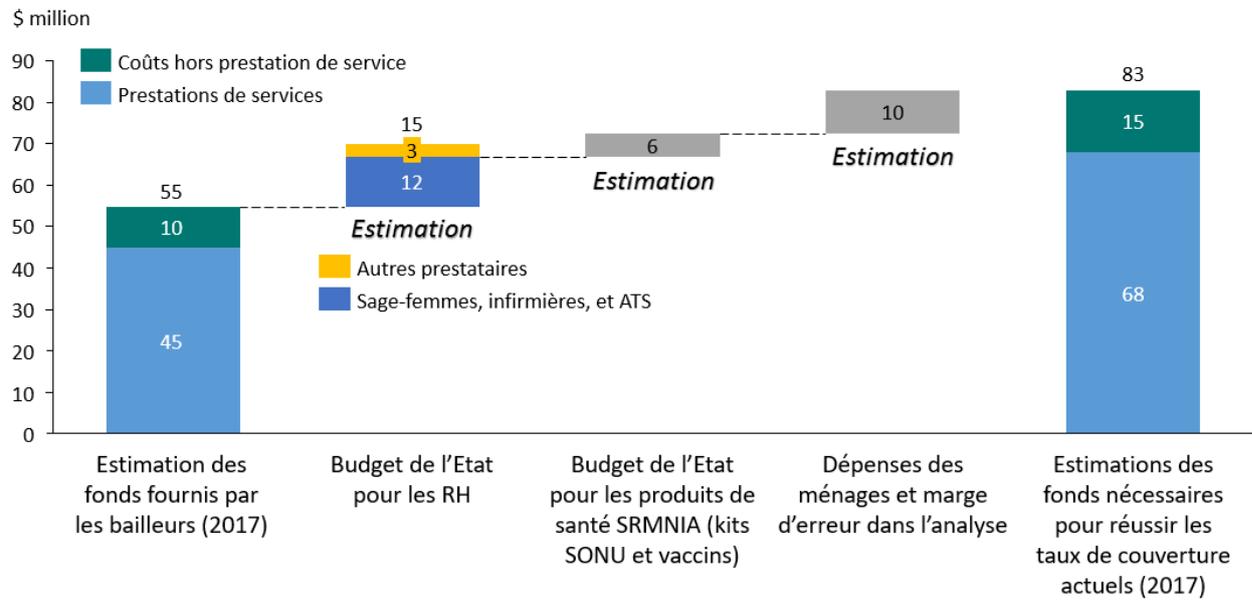


NB : Les coûts d'infrastructure ne sont pas inclus dans cette analyse.

## 5.2 Cartographie des ressources

On estime qu'il y a actuellement \$55 millions fournis pour la SRMNIA par les bailleurs, et \$18 millions fournis par l'Etat pour la SRMNIA (Figure 8). Plus de détails sur les résultats et la méthodologie pour la cartographie sont disponibles dans Annexe C.

Figure 8 - Résumé de cartographie des ressources pour la SRMNIA

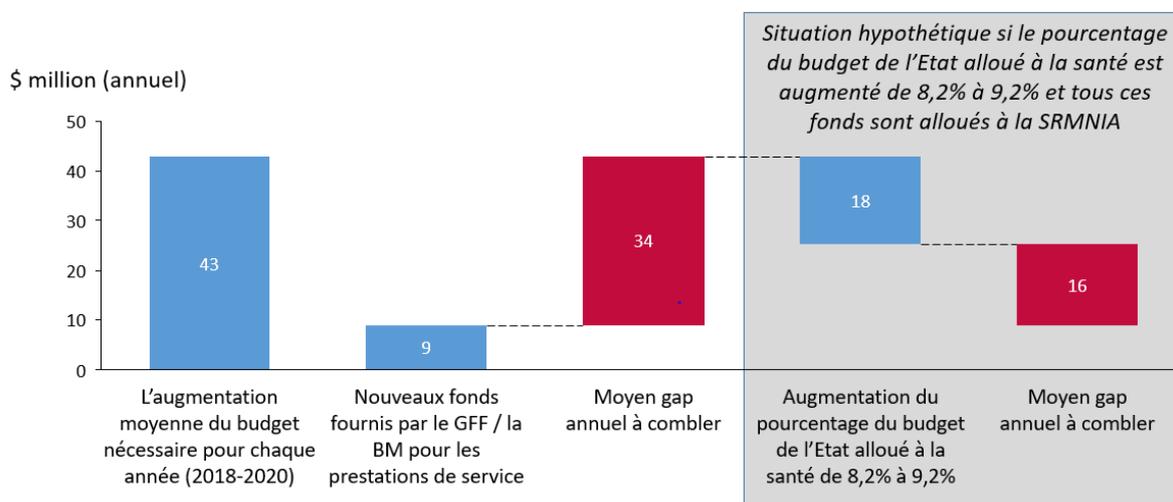


### 5.3 Estimation de gap de financement

Comme expliqué précédemment, on estime qu'on aura besoin d'augmenter le budget pour la SRMNIA par une moyenne annuelle de \$43 millions afin de réussir les taux ciblés dans le PNDS et dans les autres documents de politiques. En outre, on n'inclut pas l'augmentation du budget pour les nouveaux vaccins dans cette analyse parce qu'on suppose que les taux de couverture et les budgets correspondants sont couverts par GAVI. Un nouveau projet de la Banque Mondiale pour la SRMNIA fournira \$45 millions pour cinq ans, soit \$9 millions par an. Au calcul, il y a donc une moyenne de gap annuel de \$34 millions pour les trois prochains ans, 2018-2020 (Figure 9). En outre, un scénario hypothétique où l'allocation gouvernementale des ressources à la santé augmente de 8,2% à 9,2% (soit une augmentation de 1% du budget total de l'Etat) et est alloué complètement à la SRMNIA, pourrait réduire ce gap d'environ 50% (à \$16 millions).

Figure 9 - Estimation de moyenne de gap annuel

NB : L'augmentation du budget pour les nouveaux vaccins n'est pas incluse dans cette analyse. On suppose que les montants fournis par le Gouvernement et les bailleurs ne baisseront pas dans le futur.



## VI. Priorités régionales

Des analyses préliminaires montrent que Labé, Mamou, Faranah, Kankan et Kindia sont les cinq régions les plus défavorisées en Guinée en termes de couverture et de résultats de la prestation de services SRMNIA (Tableau 5). Cependant, les régions ayant les plus grandes lacunes dans le financement de la SRMNIA sont Kankan, Kindia, Nzérékoré, Faranah et Labé (Figure 10). Ces analyses démontrent que Kankan, Kindia, Faranah et Labé sont les quatre régions qui ont le plus besoin d'investissements dans les interventions à haut impact dans la SRMNIA, et ces quatre régions auront un gap de \$21 millions par an (après l'investissement de la Banque Mondiale est compté.)

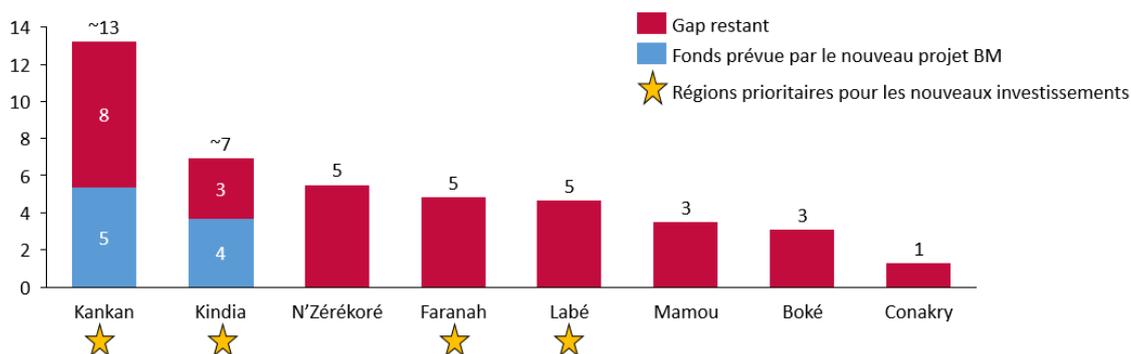
Tableau 5 - Analyse des régions les plus défavorisées

Domaines	Indicateurs	Taux ciblé (PNDS 2016)	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zérékoré
Démographie	% des ménages dans la quintile le plus pauvre	N/A	21	0	41.6	19.9	17	39.8	31.4	20.2
	Mortalité néonatale	28.9	11	11	28	26	15	26	32	15
	Mortalité infanto-juvénile	108	60	44	108	120	92	104	110	74
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans selon si la naissance est enregistrée	N/A	81.7	95.3	63.7	73.4	66.2	59	69.9	73.1
État de nutrition chez les enfants	Insuffisance pondérale (-2 SD)	N/A	18.4	11.8	21.9	19.5	22.6	23.1	19.6	14.9
	Retard de croissance (-2 SD)	28.8	33.3	18.5	41.2	35.9	32.2	43.3	38.9	28.9
Santé maternelle / reproductive (l'utilisation de services)	Utilisation de la contraception	21	9.5	8.3	8.1	1.9	2.7	4.6	11.9	15.2
	Besoins non satisfaits en matière de contraception	N/A	26.9	28.8	23.3	38.4	29.7	24.6	27.4	18.9
	CPN 4+	64.6	48.7	78.2	39.9	39.4	47.6	47.2	44	48.2
	TPI 2+	55	47.7	48.4	49.5	41.4	51	23.4	49	73
	Accouchement dans un institution	N/A	66.9	89	35.7	56.6	57.1	35.7	26	53.5
	Accouchement avec une assistance qualifiée [1]	52	71.6	97.5	47.5	53.2	64.9	45.4	30.4	60.1
	Examens de santé des mères après la naissance tout en étant dans un centre de santé ou à domicile	N/A	67.3	84.8	42.2	35	57.7	31.2	21.7	62.7
	Pourcentage de filles (0-14) ayant subi n'importe quelle forme de MGF/E	N/A	45.7	39.6	49	59.5	42.3	49	51	30.8
Santé néonatale / infantile (l'utilisation de services)	Penta-3 (12-23 mois)	52	45.4	60.8	38.3	24.8	36.5	17.5	24.2	48.8
	Sachet SRO pour le traitement de diarrhée	40	37.9	50.6	22.3	41.7	21.9	18	24	42.8
	N'importe quels antipaludéens pour traiter le paludisme	16.5	15.4	14.9	23.2	17.7	14.2	7.3	14	34.6
	Examen de santé des nouveaux-nés après la naissance dans le centre de santé ou à la maison	49	67.1	86.3	42.9	46.9	59.3	32.5	21.8	66.7
EHA	Utilisation de l'eau de boisson de sources améliorées	74	76.7	99.8	75.8	88.4	68.9	73.2	60	86.9
	Utilisation des toilettes améliorées	29	48.8	98.2	27.3	48.2	46.5	39.8	41.3	39.2
	Pourcentage de ménages avec lieu spécifique pour le lavage des mains où de l'eau et du savon ou autre produit nettoyant sont présents	29	22.1	21.8	21.8	3.1	11.9	2.5	8.4	11
<b>Total</b>	<b>Compte des indicateurs défavorisés</b>		<b>8</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>6</b>

**Méthodologie:** On compte le nombre des indicateurs pour chaque région où le taux actuel (2016, Source: MICS) est pire que le taux ciblé par le PNDS pour 2016. Pour les indicateurs sans cibles dans le PNDS, on compte les deux régions les plus défavorisées. Les cinq régions les plus défavorisées sont ceux avec le plus grande nombre d'indicateurs défavorisés.

Figure 10 - L'augmentation moyenne du budget annuel répartie par région

L'augmentation moyenne du budget annuel nécessaire pour réussir les taux ciblés de couverture dans le DI par région (\$M)



Compte tenu de ce déséquilibre dans les besoins régionaux pour améliorer la SRMNIA et l'accent mis par l'investissement sur l'amélioration de l'équité dans la SRMNIA, ces analyses suggèrent que de nouveaux investissements dans la SRMNIA devraient aller vers Kankan, Kindia, Faranah et Labé. Bien que les partenaires soient prioritaires dans les régions les plus nécessiteuses, l'affectation de nouveaux fonds devrait être basée sur une analyse rigoureuse des besoins locaux et devrait assurer la coordination avec les activités qui sont réalisées dans la région.

Bien que ce document fasse une priorisation régionale avec les données actuellement disponibles, une priorisation plus détaillée (au niveau préfectorale) serait utile afin d'orienter des nouvelles allocations de fonds pour le système de santé / SRMNIA. Afin de faire ce type de priorisation avec ce niveau de détail, il est nécessaire d'avoir plus de détails à propos de l'état du système de santé (ex. la disponibilité des intrants) et les ressources investis par le gouvernement et les partenaires. Donc, une évaluation des intrants disponibles au niveau préfectoral (ressources humaines, infrastructures, équipements, médicaments, etc.) et une cartographie détaillée des activités des PTF seront nécessaires pour le prochain niveau de priorisation. Ces efforts sont inclus dans les prochaines étapes clés pour le GFF et le gouvernement.

## VII. Résultats attendus

En atteignant les niveaux de couverture spécifiés dans le Dossier d'investissement, la Guinée peut atteindre une réduction de 15% de la mortalité maternelle et une réduction de 30% de la mortalité néonatale et infantile en trois ans. Bien sûr, ces chiffres sont très ambitieux et il est très peu probable que tous les indicateurs de couverture soient atteints en trois ans. Néanmoins, cette analyse démontre que l'augmentation des investissements et l'amélioration de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé peuvent entraîner des améliorations significatives de la santé de la population en réduisant les décès évidents. Voir le résumé dans le Tableau 6 des résultats escomptés si la Guinée atteint les taux de couverture ciblés pour toutes les interventions.

Tableau 6 - Résultats attendus

Indicateurs	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité maternelle (morts maternelles pour 100 000 naissances)	550	514	489	468
Taux de mortalité néonatale (morts pour 1 000 naissances)	20	17	15	14
Taux de mortalité avant cinq ans (morts pour 1 000 naissances)	88	75	66	59

## VIII. Cadre de mise en œuvre

Le présent Dossier d'Investissement aligné sur le PNDS 2015- 2024, le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017 et le PSN-SRMNIA est sous la responsabilité du Ministère de la Santé pour sa mise en œuvre. Sa mise en œuvre exige, entre autres conditions, le soutien des autorités tant politiques qu'administratives, ainsi que des partenaires techniques et financiers, la société civile, le secteur privé et la collaboration des départements sectoriels.

### 8.1. Structures et organes de mise en œuvre

Le DI sera mise en œuvre par les structures et organes mis en place dans le cadre de la feuille de route de la SRMNIA. Pour la coordination aux différents niveaux et le suivi, les capacités de ces structures et organes seront renforcés dans les domaines suivants : logistique, matériels/équipements, gestion de programme/projet, fonctionnement. Il s'agit des comités multisectoriels de coordination régionaux et préfectoraux. Ces structures veilleront au suivi des progrès à travers les plans opérationnels annuels qui en découlent.

### **Au niveau central**

Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) servira de plate-forme nationale pour la mise en œuvre du DI. Cette plate-forme multisectorielle s'assurera que tous les acteurs, y compris les PTF et le secteur privé, suivent le DI. Le CCSS jouera quatre principaux rôles dans la mise en œuvre du dossier d'investissement:

1. Veiller à la reddition de compte à l'État et à ses partenaires par les agences d'exécution du DI.
2. Veiller à ce que les nouveaux investissements dans la SRMNIA, les soins primaires et la santé communautaire, y compris les fonds des donateurs et de l'État, respectent les principes, les objectifs et les approches décrits dans le DI (le Tableau 3 montre un résumé de ces fonds.)
3. 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.
4. Faire le plaidoyer auprès de l'État pour accroître ses contributions financières en faveur de la SRMNIA.

La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) assure la coordination avec l'appui du Secrétariat du GFF de la mise en œuvre, du suivi-évaluation du DI et la reddition de compte au CCSS.

### **Au niveau Régional**

Le Comité régional de Coordination du Secteur de la Santé (CRCSS) servira de plate-forme régionale pour la mise en œuvre du DI. Il s'assurera que tous les acteurs de la région, y compris les PTF et le secteur privé, suivent le DI.

Les Directeurs Régionaux de la Santé seront responsables de la coordination, la supervision et le suivi des différentes interventions et la reddition de compte à la Direction Nationale de la santé familiale et de la Nutrition (DNSFN).

### **Au niveau District**

Le Comité Préfectoral de Coordination du Secteur de la Santé (CPCSS) servira de plate-forme préfectorale pour la mise en œuvre du DI. Il s'assurera que tous les acteurs du district, y compris les PTF et le secteur privé, suivent le DI.

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 et la reddition de compte au niveau régional.

### **Etablissements de soins**

Les chefs des établissements des soins (publics et privés) sont responsables des prestations dans le cadre des offres des soins de la SRMNIA incluses dans le Dossier d'Investissement et de la reddition de compte aux Directeurs préfectoraux de la santé.

### **Au niveau Communautaire**

Le Comité Sous-Préfectoral de Coordination du Secteur de la Santé (CSPCSS) servira de plate-forme sous-préfectorale pour la mise en œuvre du DI. Il s'assurera que tous les acteurs de la sous-préfecture, y compris les PTF et le secteur privé, suivent le DI.

Les Comités de Santé, d'Assainissement et d'Hygiène (COSAH) et les Agents de Santé Communautaires (ASC) seront responsables de la mise en œuvre des activités dans les communautés. Ils exécutent les activités communautaires du Dossier d'Investissement SRMNIA. Ils rendent compte aux Chefs de poste de santé et de centre de santé.

## 8.2. 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 Tableau 7 (cibles). Les équipes cadres des préfectures sanitaires seront chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités dans leurs districts sanitaires respectifs. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs. Les différents cadres de concertation existant au niveau des préfectures sanitaires seront mis à profit pour discuter de l'exécution du plan. Les équipes des Directions Régionales de la Santé seront chargées de la coordination au niveau régional de la mise en œuvre des activités de ce Plan. Elles seront chargées de la synthèse des données au niveau régional pour le calcul des indicateurs de suivi. Les cadres de concertation seront mis à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan.

### **Supervision et monitoring des activités**

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de la SRMNIA. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les régions sanitaires et assureront mensuellement, à leur tour, une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs zones respectives.

### **Les enquêtes et études**

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, deux enquêtes du type EDS MICS (enquêtes à indicateurs multiples) ainsi que des enquêtes de nutrition seront menées pour mesurer l'impact du programme sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même, la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles et des causes de décès se fera à travers tout le pays.

### **L'évaluation**

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

Des évaluations annuelles seront réalisées à tous les niveaux, sanctionnées par des rapports annuels d'activités. L'évaluation annuelle au niveau central qui se tiendra en début de chaque année après celles des régions et préfectures sanitaires, aura pour objectif de veiller sur la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre global du DI et d'adapter si possible certaines interventions et stratégies. Le rapport annuel d'activités élaboré contribuera à l'analyse des revues de performances programmées.

Deux revues de performance impliquant l'ensemble des régions sanitaires, des programmes SRMNIA et des partenaires, seront organisées au niveau national pendant la période de mise en œuvre du DI, et seront sanctionnées obligatoirement 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-2018. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la

performance des structures. La deuxième revue (finale) interviendra en fin 2020 et permettra la clôture du cycle actuel de planification pour amorcer le processus de planification stratégique future.

Les indicateurs de suivi ci-après suivront la mise en œuvre du Dossier d'Investissement. Les suivis des indicateurs pour le financement de santé pourraient être suivis avec les analyses régulières au niveau central, mais on aura besoin d'une gestion de financement de santé améliorée afin de compiler les données précises. Les suivis des indicateurs pour les prestations des services sera suivi par les enquêtes régulières (ex. EDS, MICS, etc.), on pourra compléter ces enquêtes avec la collecte de données quotidienne avec le système RapidPro. v

Tableau 7 - Indicateurs de suivi-évaluation pour le DI

Catégories	Indicateurs	2017	2018	2019	2020
<b>Financement de santé</b>	Nombre de bailleurs qui se sont engagés d'apporter des fonds complémentaires pour les priorités spécifiées dans le DI	1			
	Montant des engagements financiers (y compris les bailleurs, le Gouvernement, et le secteur privé) pour combler le gap de financement pour la SRMNIA identifié dans le DI (\$ million)	• \$50 (2018-2022)			
	Gap financier annuel restant pour les priorités spécifiées dans le DI (\$ million)	\$34			
	% du budget d'Etat alloué à la santé	8.2% (loi de finances 2017)	9.2%	10.2%	11.2%
	% du budget du Ministère de la Santé alloué à la SRMNIA	<i>A analyser</i>			5%
	% du budget des bailleurs (FM, BM, GAVI, PMI, UE, USAID) compris dans les PAO	<i>A analyser</i>			
	Taux d'exécution du budget de l'Etat	44% (Audit institutionnel du MS 2016)			
	Dépenses des ménages (% du total des dépenses à la santé)	<i>A analyser</i>			
	<b>Utilisation des services</b>	Assistance des naissances par du personnel qualifié	63%	68%	72%
Accouchement dans un établissement de santé		57%	62%	67%	72%
CPN 4+		51%	64%	77%	90%
CTA - Polythérapies à base d'artémésinine pour traiter le paludisme		16%	35%	42%	49%
TPI - Traitement préventif intermittent pendant la grossesse selon les normes		49%	55%	85%	86%
MILDA - Ménages protégés contre le paludisme		84%	89%	95%	100%
Utilisation contraception		9%	11%	13%	15%
Initiation précoce à l'allaitement		33%	49%	65%	80%
Amélioration de l'assainissement - l'utilisation de latrines ou de toilettes		53%	56%	58%	60%
Lavage des mains avec du savon		13%	29%	40%	47%
Vaccination Complète		26%	39%	51%	63%

NB : les sources pour l'utilisation des services sont dans le tableau 4.

Tandis que les données actuelles existent pour les indicateurs d'utilisation des services (MICS 2016), les chiffres actuels pour plusieurs indicateurs de financement de santé ne sont pas disponibles actuellement. Des études sur l'état de financement de santé actuel dans le pays seront importantes.

## Section détaillée sur l'ECSV

L'état civil est défini comme "la consignation continue, permanente, obligatoire et universelle d'événements et de leurs caractéristiques, y compris des faits d'état civil" [tels que naissances vivantes, décès, morts fœtales, mariages et divorces] « se rapportant à la population, prévue par des décrets ou des règlements, conformément aux lois d'un pays donné ». <sup>21</sup>

L'élaboration et le renforcement des systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil sont fondamentaux pour permettre d'améliorer la qualité des statistiques de l'état civil d'un pays et d'utiliser ces informations en vue d'orienter ses politiques et programmes dans différents domaines, y compris la santé. Les Nations Unies définissent le vaste concept de système des statistiques de l'état civil comme :« [...] l'ensemble des opérations englobant : a) la collecte des données sur la fréquence de faits d'état civil précis et définis par l'enregistrement ou l'énumération, ainsi que sur les caractéristiques pertinentes des faits eux-mêmes et des personnes intéressées ; et b) l'élaboration, l'analyse, l'évaluation, la présentation et la diffusion de ces données sous une forme statistique. »

Un système d'état civil fonctionnel enregistre toutes les naissances et tous les décès, y compris la cause de décès, ainsi que d'autres faits, tels que le mariage, le divorce, l'adoption, la reconnaissance; délivre les actes/certificats y afférents et avec l'appui des services statistiques compile, analyse et fait la dissémination des statistiques vitales. Un système d'état civil fonctionnel, avec une couverture et complétude remplissant les standards des Nations Unies, est le seul système administratif qui peut produire en temps réel des statistiques vitales au niveau administratif et géographique le plus bas. L'enregistrement des naissances établit l'identité de la personne en rapport avec l'état et les tiers, ayant ainsi une fonction de protection, et peut aider à l'établissement de la nationalité; l'enregistrement des décès ferme l'état civil de la personne et aide les descendants à bénéficier de l'héritage en établissant la succession. Des indicateurs programmatiques, y compris ceux relatifs à la mortalité, espacement des naissances, peuvent être produits à partir de l'état civil. L'enregistrement systématique des mariages peut contribuer à une meilleure protection de la femme, en particulier dans le cas où l'époux décède et peut être également un outil de protection contre l'apatridie. L'enregistrement systématique des naissances et mariages pourrait également contribuer à la protection contre le mariage précoce qui souvent a des conséquences dévastatrices pour la santé de la mère et de l'enfant.

La Guinée s'est engagée dans le cadre de l'APAI -CRVS dans une logique de modernisation de son état civil, avec comme objectif un système d'état civil complet, fiable, permanent, capable de produire des statistiques vitales en temps réel.

### Analyse de la situation

Le taux d'enregistrement des naissances donné par le dernier MICS 2016 met à 74% les naissances enregistrées. Le taux d'enregistrement des décès reste inconnu à quelques exceptions près - les régions où l'INS avec l'appui du FNUAP a entrepris l'analyse des données d'état civil. Le manque d'un système de monitoring ne permet pas de déterminer en temps réel les problèmes, ou bien de répondre aux défis.

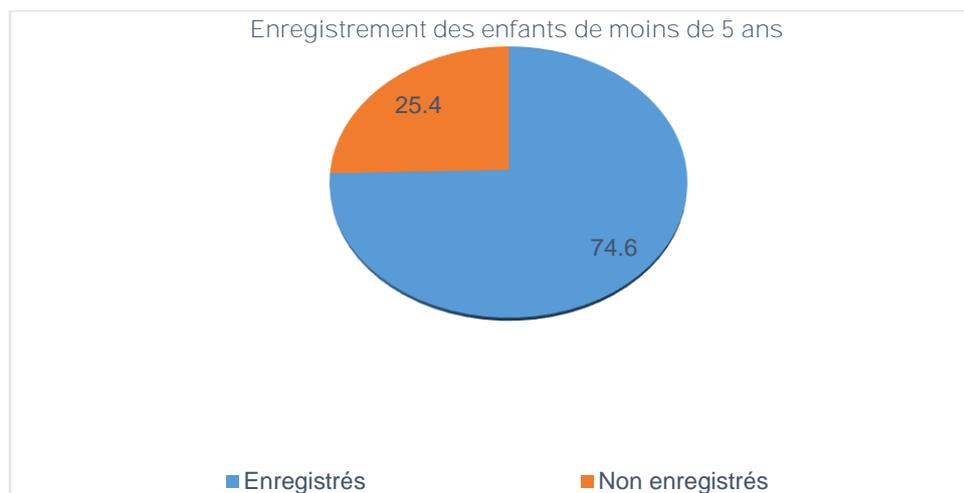
L'enregistrement des naissances, mariages et décès est obligatoire, et les délais - ainsi que le fonctionnement de l'état civil et du système des statistiques vitales sont définis par la loi. Ainsi, le

---

<sup>21</sup> Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil, Révision 3, Nations Unies, 2015

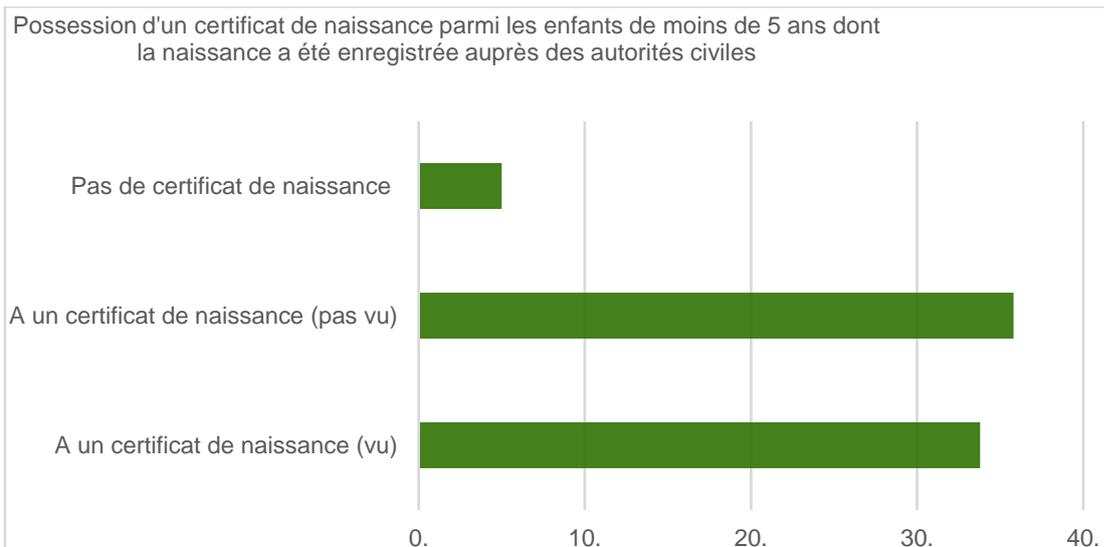
Code civil dans son chapitre II définit les conditions d'enregistrement des naissances- qui est aussi consacrée dans le Code de l'enfant, et qui doit se faire dans les six mois suivant la naissance. Le chapitre III du Code civil statue sur les conditions du mariage, et le chapitre V détaille les conditions de l'enregistrement des décès (trois jours après l'événement).

L'état civil se trouve sous la tutelle de l'Administration territoriale et collabore aussi avec d'autres secteurs, notamment la santé et la statistique, ainsi que la justice, dans les conditions prévues par la loi.



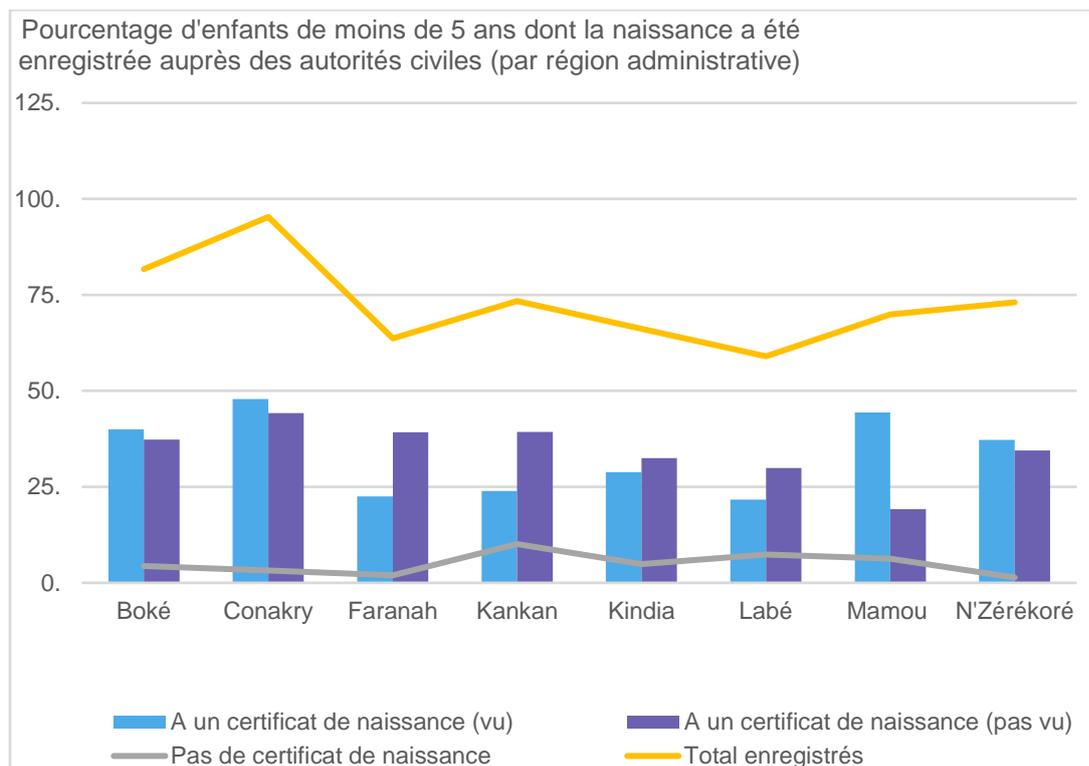
Source - MICS, 2016

La Guinée semble avoir fait des progrès considérables dans le domaine de l'enregistrement des naissances. Si l'EDS - MICS 2012 donnait 58% des enfants de moins de 5 ans comme enregistrés à la naissance, le MICS 2016 révèle que 74.6% des enfants de moins de 5 ans sont enregistrés, mais c'est seulement pour 35% d'entre eux que les enquêteurs ont vu le certificat de naissance. Il reste que la Guinée progresse de 18 points en ce qui concerne l'enregistrement pendant une période de 5 ans, progrès d'autant plus notable que le pays a été durement frappé par une crise d'Ebola. Cependant, il convient de retenir que la source est une enquête, et que des données nationales, désagrégées par âge, région, sexe, ne sont pas disponibles à partir de l'état civil, sauf dans les enquêtes produites par l'INS avec l'appui du FNUAP. Par ailleurs il n'est pas exclu que les résultats soient biaisés à cause du fait que les jugements supplétifs ou bien les certificats médicaux pourraient être considérés comme des actes de naissance par les enquêteurs.



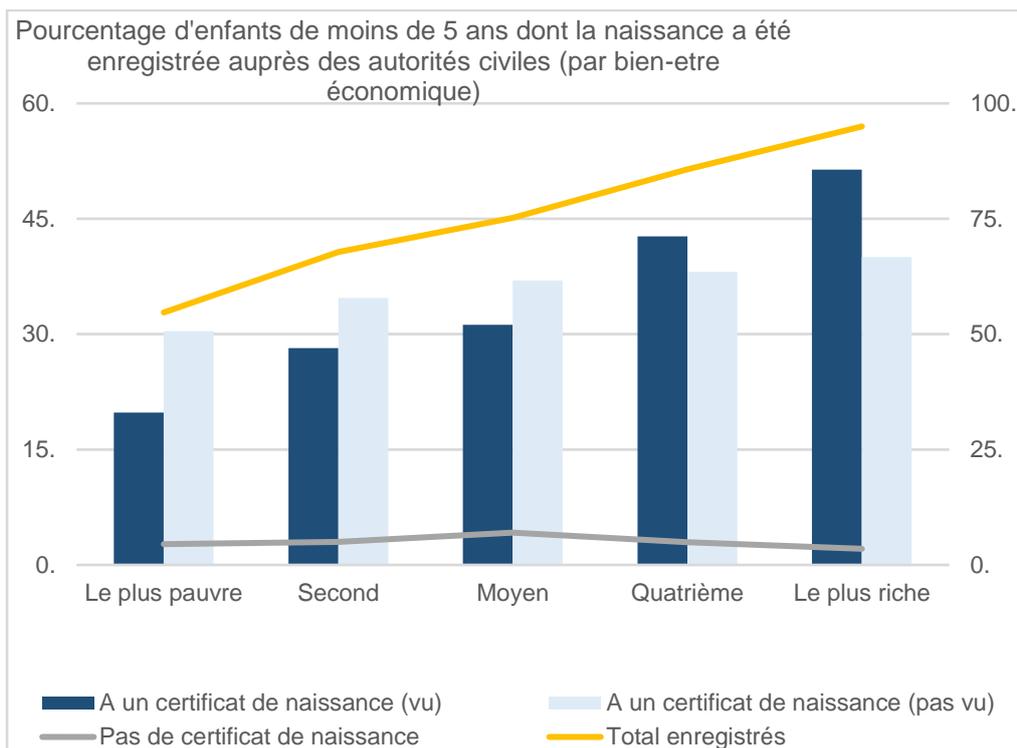
Source: MICS 2016

La rétention et la possession du certificat de naissance par les populations est un problème significatifs.



Source: MISC 2016

La situation par quintile de pauvreté suit celle présente dans plusieurs pays à revenu petit et moyen, soit un pourcentage plus grand de naissances est enregistré dans les quintiles les plus riches, et dans le 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> quintiles moins de 50% des naissances sont enregistrées. Il semble avoir un lien direct entre l'enregistrement des naissances et le niveau économique du ménage, ainsi qu'avec le niveau d'instruction des mères. Les enfants des mères éduquées sont a priori plus enregistrés que ceux dont les mères sont illettrées ou avec un faible niveau d'éducation.



Source: MICS 2016

Comme dans la majorité des pays africains, l'enregistrement est plus élevé en zone urbaine soit 90.3%, et se situe à 66.7% dans les zones rurales. L'éducation des mères a un rôle prépondérant, 91% des mères ayant suivi l'enseignement secondaire déclarent avoir enregistré leurs enfants.

En ce qui concerne les régions administratives : à Conakry 95.3% des naissances ont été enregistrés, suivi par Boké (81.7%), Kankan (73.4 %), N'zérékoré (73.1%), Matou (69.9%) Kindia (66.2%), Faranah (63.7%), et Labé (59%).

Si l'enregistrement des naissances a vu une évolution plutôt spectaculaire, l'enregistrement des décès est catastrophique. La seule source d'estimation de taux de couverture de décès reste pour l'instant les rapports d'évaluation de l'état civil produits par l'INS avec l'appui du FNUAP, dont le plus récent date de 2017. Il est estimé qu'entre 0,1-0,5% des décès survenus sont enregistrés. Par exemple, sur 15169 décès attendus à Kindia, seuls 44 ont été enregistrés, soit un taux de couverture de 0,3%<sup>22</sup>. Il a été révélé par la même étude que les décès des hommes sont plus enregistrés que ceux des femmes - 86% des décès enregistrés à Kindia en 2015 étaient des hommes et que parmi ces décès 80% était des hommes mariés, en particulier les cadres supérieurs. Il convient de mentionner ici le fait que les structures nationales ont eu la capacité d'extraire des statistiques vitales à partir de l'état civil, malgré le fait que cela a été fait uniquement dans quelques régions du pays.

Les statistiques sur la mortalité et les causes de décès sont nécessaires à la planification et à la gestion des programmes nationaux de santé, y compris lors du début des épidémies. La majorité des pays à revenu faible et moyen ont des systèmes statistiques fragmentés, dont les enquêtes sont souvent la source. Le manque de source continue de données sur la mortalité pose des défis considérables dans

<sup>22</sup> Rapport de l'évaluation de l'enregistrement des données de l'état civil dans les communes urbaines de Conakry, Kindia et Mamou - Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, Institut National de la Statistique, Direction de la démographie et conditions de vie des ménages, Janvier 2017

les interventions lors des épidémies, la planification des programmes de réduction de mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Ces faiblesses ont été mises en évidence lors de la récente épidémie d'Ebola qui a fait des dizaines de milliers des victimes dans 3 pays de l'Afrique de l'Ouest dont la Guinée. Suite aux demandes des pays africains, aux partenaires de les soutenir dans l'établissement et le renforcement de l'enregistrement des décès et de leurs causes en temps réel, l'OMS a développé la stratégie d'amélioration des statistiques de mortalité en région africaine (2015-2020). Les objectifs de cette stratégie sont les suivants:

- 60% des décès dans une année déterminée sont notifiés, enregistrés et certifiés avec les caractéristiques clés de manière continue ;
- 80 % des décès dans les établissements hospitaliers ont leurs causes de décès déterminées et officiellement certifiées en temps réel ;
- 50% des décès dans les communautés ont leurs causes déterminées en temps réel, et des systèmes de collecte de données mis en place de manière représentative.

Les interventions mentionnées dans cette partie reposent donc sur les priorités nationales et s'inscrivent dans la logique et la continuité des programmes continentaux d'état civil, statistiques vitales et santé.

### **Méthodologie de priorisation des activités d'état civil dans le dossier d'investissement**

Le gouvernement et les PTF ont tenu trois ateliers nationaux de priorisation des interventions et de démarrage de la rédaction du Dossier d'investissement respectivement en janvier, avril, et mai 2017. Au cours de ces ateliers, le renforcement du système d'état civil et des statistiques vitales a été retenu comme stratégie prioritaire, afin de contribuer à la production de statistiques vitales, en particulier la mortalité avec les causes en temps réel.

Le renforcement du système d'état civil et la production de statistiques vitales contribueront à une meilleure planification des interventions de santé, et indirectement à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile par la mise en œuvre du DI basée sur des statistiques en temps réel.

La réforme de l'état civil est une action prioritaire du gouvernement guinéen. En témoigne la mise en place de la Coordination Intersectorielle de la Reforme et de la Modernisation de l'Etat Civil (CIRMEC) par l'arrêté 2017/1335 du 11 avril 2017. Le superviseur général de la CIRMEC est le premier ministre, la présidence est assurée par le Ministre de l'Administration du Territoire et de la décentralisation (ou son représentant). Le Directeur National de l'état civil est le secrétaire permanent.

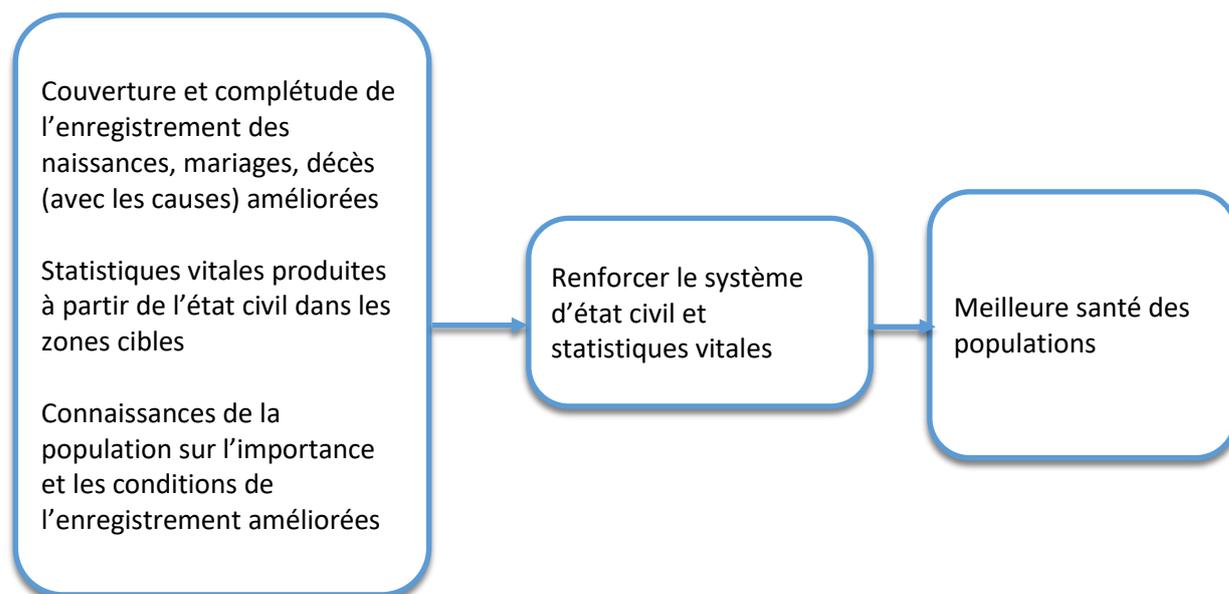
Plusieurs documents ont été consultés pour la rédaction de cette section du DI. Des réunions avec les différentes structures nationales (Direction de l'état civil, Institut National des Statistiques, Ministère de la Santé, ainsi qu'avec différents partenaires techniques et financiers a eu lieu (UNICEF, FNUAP, OMS, Plan International) ont permis de déceler un certain nombre des problèmes et des résultats clés dans le domaine de l'état civil.

### **Les résultats clés identifiés pour le dossier d'investissement sont les suivants :**

La composante état civil et statistiques vitales du dossier d'investissement SRMNIA de la Guinée a comme objectifs stratégiques le renforcement du cadre juridique et opérationnel, et l'amélioration des connaissances de la population, afin d'arriver au renforcement du système d'état civil et statistiques vitales.

Trois résultats clés ont été identifiés:

- 1) la couverture et la complétude de l'enregistrement des naissances, mariages, divorces et décès (y compris les causes des décès) est améliorée dans les zones cible
- 2) des statistiques vitales sont produites à partir de l'état civil pour les régions cibles;
- 3) les connaissances de la population sur l'importance et les conditions d'enregistrements sont améliorées.



Il est proposé de retenir dans les zones cible les indicateurs du tableau ci-après.

Indicateur	2016	2020/2021
Enregistrement des naissances	74%	90%
Enregistrement des décès	< 1%	30%
Enregistrement des causes de décès	ne sont pas consignées	80% milieu hospitalier 30% dans les communautés
Production de statistiques vitales en zones cible	1 - 2015 (Kindia) 1 - 2012-2013 (Kankan)	2
Enregistrement des mariages		50%

## **Priorisation des zones d'intervention**

Pour un état civil fiable et capable de produire des statistiques vitales en temps réel, des interventions sont nécessaires tant au niveau national, que régional et local. La plate-forme nationale a décidé de structurer les activités au niveau national, les priorités des priorités, sans lesquelles la mise en œuvre des activités au niveau local serait très difficile.

Les zones choisies pour mettre en place des activités à haut impact qui seront capables d'améliorer de manière significative l'état civil en Guinée sont Kankan et Kindia, où auront lieu également des projets de la Banque Mondiale - afin de maximiser les coûts et piloter un certain nombre d'activités qui permettront, à moyen terme (3-5 ans) la mise en place d'un système d'état civil avec une couverture et complétude optimales, capable de produire des statistiques vitales.

## **Les activités à haut impact**

Pour réaliser les résultats attendus, des activités à haut impact sont nécessaires tant au niveau central que dans les régions ciblées :

- a) Niveau national - création / renforcement du cadre juridique et opérationnel : harmonisation du cadre juridique, développement d'outils de formation, développement d'outils de monitoring pour l'état civil, mise en place de mécanisme de contrôle et monitoring de l'état civil, développement de la stratégie nationale de l'état civil, études sur les déterminants socio-culturels et économiques de l'enregistrements, étude de faisabilité pour la numérisation; plan de communication pour le changement de comportements budgétisé ;
- b) Niveau national - activités de mise en œuvre : la formation des acteurs d'état civil au niveau national; la mise en œuvre du système de suivi et évaluation, y compris le contrôle régulier des structures habilitées; développement d'un état civil numérisé et pilotage dans les zones cibles (Kankan, Kindia); production des statistiques vitales à partir des outils de monitoring développés; mise en œuvre des plans de communication au niveau national;
- c) Régions ciblées : Kankan et Kindia. Les zones d'intervention prioritaires du dossier d'investissement sont calquées sur le projet de la Banque Mondiale, afin de maximiser les résultats.

Niveau national - renforcement du cadre juridique et opérationnel.

**Indicateur 1:** un cadre juridique aux normes et standards internationaux est disponible d'ici 2018

**Indicateur 2:** la mention de la cause de décès est introduite dans la législation d'ici 2018//l'enregistrement des décès est renforcé et la cause de décès est captée dans l'état civil d'ici 2021

- 30% des décès dans une année déterminée sont notifiés, enregistrés et certifiés avec les caractéristiques clé - de manière continue ;
- 80 % des décès dans les établissements hospitaliers ont leurs causes déterminées et officiellement certifiées en temps réel ;
- 30% des décès dans les communautés ont leurs causes déterminées en temps réel, et des systèmes de collecte de données mis en place de manière représentative.

**Indicateur 3:** Le Numéro d'Identification Personnelle (NIP) est introduit dans la législation régissant l'état civil // Nombre d'actes de naissance portant le NIP délivré par année en zone cible d'ici 2020

Dans le cadre de la modernisation de l'état civil en Guinée, le Gouvernement, avec l'appui des partenaires techniques et financiers va procéder à l'harmonisation et la mise à jour du cadre juridique qui régit l'état civil. Cela va comprendre, notamment, la révision de la législation en vigueur afin qu'elle soit en ligne avec les normes et standards internationaux. Entre autres, la législation comprendra des normes sur l'enregistrement des causes de décès à l'état civil, et sa mise à jour suivra les normes et standards internationaux. Il est prévu également l'introduction d'un identifiant unique pour chaque personne à partir de l'état civil. Les Ministères de ressort vont bénéficier de l'appui technique international et national dans le cadre de cet exercice.

Développement d'un outil / module de formation pour les acteurs de l'état civil : officiers/agents d'état civil, cadres de la justice, agents de santé et cadres de l'INS pour l'autopsie verbale et ICD-10/11.

Le module va prendre en compte la législation nationale, l'ICD-10/11 de l'OMS pour les causes des décès, les principes de l'ONU pour les statistiques de l'état civil. Il sera bâti également sur le cours développé par le Groupe de la Banque Mondiale, avec l'appui du groupe global CRVS (ECSV). Le budget sera élaboré après consultation avec les autres PTF ayant prévu le développement des outils et les formations dans leurs budgets (UNICEF, Plan International).

Des formations des acteurs dans les zones cibles, suivant un modèle de formation avec des indicateurs de performance à la fin de la formation et pendant la mise en œuvre (suivi / contrôle des actes post-formation dans les zones cibles) seront mises en place.

**Indicateur:** Outils de formation disponibles pour tous les acteurs d'ici juin 2018 (résultat attendu)  
**Indicateurs:** Nombre d'acteurs d'état civil formés/ nombre/pourcentage d'actes de qualité émis par les acteurs formés - objectifs - 95% des actes émis suivent les normes internationales et nationales dans le domaine.

### 3) OPERATIONNALISATION

Développement d'un outil de monitoring permettant la remontée mensuelle des données, leur compilation, analyse et distribution (y compris par les nouvelles technologies).

**Indicateurs:** nombre de centre d'état civil envoyant les données de monitoring mensuellement/trimestriellement aux niveaux régional et central.

**Indicateur:** nombre de compilations, analyses produites et disséminées par l'INS à partir des données d'état civil dans les zones cibles.

Financement GFF dans deux régions ciblées (Kankan et Kindia).

Introduction du financement basé sur la performance/résultats : Le modèle de financement de l'état civil suit le modèle de la santé. Il est proposé d'élaborer et introduire un set d'indicateurs au niveau du centre d'état civil dans les zones cibles, afin de voir s'il y a une augmentation de la couverture et la complétude des enregistrements.

Egalement, un indicateur d'état civil sera introduit au niveau de la santé et sera lié au RBF.

#### **Indicateurs proposés:**

Nombre de naissances en structures de santé dont on a remis le certificat aux parents

80 % des décès dans les établissements hospitaliers ont leurs causes déterminées en temps réel ;  
 30% des décès dans les communautés ont leurs causes déterminées en temps réel ;

50% des mariages célébrés dans les communautés sont enregistrés à l'état civil

Des systèmes de collecte de données mis en place de manière représentatives pour les zones cibles.

- ✓ Etude pilote dans 2 zones cibles sur l'interopérabilité de la santé et l'état civil, en particulier entre le HMIS et les données de l'état civil (financement GFF).
- ✓ Conduire des recherches sur les causes socio-culturelles de non enregistrement des faits d'état civil - notamment les naissances, mariages, décès, afin de développer un plan de communication pour le changement des comportements, pour augmenter les connaissances, attitudes et bonnes pratiques de la population par rapport à l'état civil (Financement GFF).
- ✓ Développement du plan national de communication pour le changement de comportement basé sur les évidences (financement GFF).
- ✓ Mise en œuvre du plan de communication dans 2 zones cibles (60% financement GFF).
- ✓ Engagement des leaders religieux dans le suivi communautaire.
- ✓ Utilisation des nouvelles technologies pour relier la santé et l'état civil à partir de la consultation prénatale, jusqu'à l'âge de 5 ans; (évaluation des coûts au niveau national pris en charge par le GFF; pilote dans une zone cible couvert par le GFF)

Ci-joint un tableau qui regroupe les interventions a haut impact proposées:

No	Activités
1.	Renforcement du cadre législatif et alignement avec les standards internationaux
2.	Elaboration du matériel de formation pour les différents acteurs(état civil, statistiques, INS, sante, judiciaire)
3.	Adaptation de l'ICD-10/11 aux conditions guinéennes
4.	Introduction de l'autopsie verbale pour les décès survenus dans les communautés
5.	Formation des acteurs au niveau national et en région cible (indicateur de quantité et qualité)
6.	Development d'outils de monitoring de qualité des actes et pour relever les statistiques
7.	Mise en place d'un mécanisme de contrôle de qualité de tout le processus
8.	Production de statistiques vitales a partir des registres d'etat civil
9.	Pilote dans qq zones sur le financement basé sur les résultats pour les acteurs de l'état civil.
10.	Pilote dans zones sélectionnées sur l'introduction de stimulus pour la population pour augmenter la demande
11.	Etude socio-culturelle pour relever les barrières a l'enregistrement des naissances, mariages et décès
12.	Elaboration et mise en oeuvre d'un plan de communication basé sur les évidences afin de changer les connaissances, attitudes et pratiques de la population et contribuer a augmenter la demande
13.	Innovations (interopérabilité avec la santé, utilisation du numérique pour mettre en lien le bénéficiaire ace le système de santé et etat civil).

## Budgétisation

**Scenario 1** - Ce scenario, pour un montant de \$ 2.500.000 sur une période de 4 ans, prend en compte le renforcement au niveau central, ainsi que dans les zones cible du dossier d'investissement (Kankan, Kindia).

Activités	Montant en USD
Mise à jour de la législation	50,000
Elaboration des outils et formation au niveau central et dans deux régions	250,000
Elaboration des outils de formation pour l'introduction de l'autopsie verbale	200,000
Recherche socio-culturelle	50,000
Mécanisme de contrôle	150,000
FBR pour officiers d'état civil et santé	200,000
Communication pour le changement de comportement	300,000
Innovations - DHIS 2- ECST;	300,000
Appui technique	200,000
Production de statistiques vitales, appui à la numérisation	500,000
Conditional cash transfers (transferts monétaires conditionnels); bons	300,000

## Scenario 2

Ce scenario prend en compte le montant estimé nécessaire pour le renforcement de l'état civil en Guinée dans toutes les zones. Il comprend également la numérisation, la stratégie avancée et le maintien du système pendant 4 ans. Il nécessite des investissements soutenus et continus pour une période de 4 ans.

Il est estimé qu'approximativement \$1.4 million ont été investi par les partenaires chaque année dans l'état civil. Cependant, il est estimé que le coût nécessaire est approximativement \$0.99 / an par personne, pour les 2 prochaines années (basé sur le CRVS Scaling up investment plan) puis un coût de 0.30\$ / personne serait nécessaire chaque année afin de maintenir les acquis de manière systématique pour maintenir le système et le rendre efficace. Après cette période, un calcul sera nécessaire pour voir quel est le coût de maintenance annuelle.

Le coût dans les premières deux années est sensiblement plus élevé à cause des investissements nécessaires pour la restructuration de l'état civil, y compris la mise en œuvre de la numérisation.

Ce montant est estimé à \$ 26.316.000.

### **Risques et stratégies de réduction des risques**

Un certain nombre de risques qui pourrait périlcliter la mise en œuvre des activités susmentionnées a été identifié. Pour pallier aux risques des stratégies/ activités sont proposées dans le tableau suivant. Il est important de mentionner que le développement de la stratégie nationale d'état civil en juillet cette année pourra faire mention d'autres risques qu'il conviendra de prendre en compte lors du développement et de la mise en œuvre du chronogramme des activités du dossier d'investissement.

<b>Risque</b>	<b>Niveau de risque</b>	<b>Stratégie de réduction des risques</b>	<b>Niveau de risque avec la mise en œuvre de stratégie de réduction des risques</b>
Coordination des interventions et des acteurs	moyen	Un CIRMEC fonctionnel ; développement de la stratégie nationale d'état civil pour la Guinée;	bas
Capacité technique limitée des acteurs d'état civil et statistiques vitales	très élevé	Renforcement des capacités des acteurs d'état civil (officiers, agent, judiciaire, INS, santé) et introduction d'indicateurs de performance dans la formation; la mise en place d'un mécanisme de monitoring et contrôle systématique qui permettra d'identifier et répondre aux problèmes en temps réel. Mise en place d'un financement basé sur la performance pour les acteurs de l'état civil (notamment les agents et officiers d'état civil et les acteurs de la santé)	moyen
Introduction de l'autopsie verbale au niveau communautaire	très élevé	Collaboration avec OMS AFRO et Genève pour l'adaptation des modules de formation; mise en place de formation avec indicateurs de performance; mise en œuvre d'un mécanisme de suivi à différents niveaux.	Entre moyen et élevé
Barrières socio-culturelles, connaissances et pratiques limitées des populations dans le domaine de l'état civil	élevé	Faire des recherches sur les pratiques socio-culturelles autour des faits vitaux - naissances, mariages et décès; identifier les tabous dans la société; identifier les réseaux sociaux qui pourraient contribuer à la réduction des tabous; développer et mettre en œuvre un plan social et de communication pour le changement des comportements	Entre moyen et élevé
Manque d'analyse d'architecture du système d'état civil et de sa relation avec les autres systèmes d'identité -	moyen	Analyse des processus d'état civil et de l'architecture du système d'état civil - et des relations qu'il maintient avec les autres systèmes - santé, identité, etc.	bas

Défis techniques – insuffisance d’électricité et d’ordinateurs	moyen	Une partie peut être remédié par la mise en œuvre de mécanismes alternatifs: frais pour le déplacement dans les lieux où il y a internet, achat de batteries solaires, etc.; une étude de faisabilité en cours de l’UE amènera probablement des réponses à ce défi.	Entre moyen et bas
Coût de la délivrance des actes, en particulier des actes de décès	Elevé	la suppression des coûts de délivrance des actes par le gouvernement dans les zones cibles pour une période donnée; la mise en place de transfert conditionnel d’argent pour stimuler la demande des actes; lien entre l’acte de décès et l’accès à différents services de l’état;	Entre moyen et élevé

Tableau 8 - Cadre suivi-évaluation de ECSV / CRVS

Indicateurs	Unités de mesure	États actuels	2018	2019	2020	2021	Fréquences	Sources	Responsables pour la collection de données
Législation sur l’état civil modernisé		1	1				une fois	Ministère de la Justice/ Législation en vigueur	CIRMEC
Pourcentage de naissances enregistrées	%	74%	76	80	82	85	1 fois / an	Données du monitoring de l’état civil	DNEC / INS
Pourcentage de décès enregistrés	%	ND	5	10	25	30	1 fois/an	Données du monitoring de l’état civil	DNEC / INS
Pourcentage de décès survenus en milieu hospitalier dont la cause de décès est correctement certifiée	%	ND	5	30	60	80	1 fois / an	Rapports du Ministère de la Santé	Ministère de la Sante
Pourcentage de décès survenus en communauté qui ont la cause certifiée	%	ND	0	10	20	30	1 fois / an	Rapports du Ministère de la Santé	Ministère de la Sante

Indicateurs	Unités de mesure	États actuels	2018	2019	2020	2021	Fréquences	Sources	Responsables pour la collection de données
Pourcentage de mariages enregistrés	%	ND	10	25	40	50	1 fois / an	Données du monitoring de l'état civil	DNEC / INS
Etude sur les barrières socio-culturelle de l'enregistrement des naissances, mariages, décès	étude	ND	1				une fois	Rapport	DNEC - INS
Numéro d'identification personnelle introduit et opérationnel		ND						Données du monitoring de l'état civil	DNEC - INS
Données de l'état civil disponibles à tous les niveaux	rapport	ND	0	1	1	1	1 fois par trimestre	Données du monitoring de l'état civil	DNEC - INS
Compilation et dissémination des données de l'état civil dans les zones cibles	rapport	ND	0	1	1	1	1 fois par trimestre	Rapports INS	INS
Plan de communication pour le changement de comportements disponible	plan	0	0	1	1	1	Une révision annuelle	Rapport CIRMEC	DNEC
Utilisation des nouvelles technologies pour relier l'état civil et la santé		0				1	une fois	Rapport DNEC	DNEC

Indicateurs	Unités de mesure	États actuels	2018	2019	2020	2021	Fréquences	Sources	Responsables pour la collection de données
Etude pilote sur l'interopérabilité de la santé et de l'état civil disponible	étude	0			1		une fois	Rapport	DNEC - Ministère de la Santé
Outils de formation pour l'état civil disponible		1	1	1	1	1		Rapport CIRMEC	DNEC
Formation des acteurs de l'état civil		1	1	1	1	1	1 fois / an	Rapport CIRMEC	DNEC
Formation des agents de santé	0	1		1	1	1	1 fois/an	Rapport CIRMEC	DNEC - INS

## Annexe A : Liste des parties prenantes consultées pour ce dossier d'investissement

### ETAT/GOUVERNEMENT

#### Ministère de la santé

BSD	SFP	DSVCo
DNSFN	ANSS	CS Matoto
DNSC	DIEM	DRS Kindia
DNEHS	DAN/DNSFN	DRS Kankan
DNPM	INSE	DPS Mali
DRH	DNSCMT	DPS Tougué
DAF	DNIP	PCIMNE
PNMSR	CCSS	

#### Ministère du Plan et de la coopération internationale

INS/BNR

#### Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation

DNEC

#### Ministère de l'éducation nationale

Direction nationale de la santé scolaire

#### Ministère de l'enseignement technique de la formation professionnel, de l'emploi et du travail

DNFPT

#### Ministère de l'énergie et de l'hydraulique

SNAPE

#### Ministère de l'environnement, des eaux et forêts

DNACV

#### Ministère de l'Action sociale de la promotion féminine et de l'enfance

Direction nationale de l'action sociale

### PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Banque Mondiale	Centre d'Excellence sur les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil, Ottawa, Canada
OMS	
UNFPA	
UNICEF	
USAID	
UE	
AFD	
Plan International	
JICA/Ambassade du Japon	
Croix Rouge Française	
HFG	
JHPIEGO	
GIZ	
Fonds mondial	

## PROJETS, PROGRAMMES ET AUTRES

Millennium Promise  
 PASSP (BM)  
 PEV/SSP/ME  
 REDISSE (BM)  
 POSSAV-ONG  
 Conseil National du Patronat Guinéen (CNP-Guinée)

### Liste du groupe de rédaction du Dossier d'Investissement à l'atelier de Coyah

N°	Prénoms et Noms	Structure
1	Dr Mamady KOUROUMA	MS/DNSFN
2	Dr Yéroboye CAMARA	BSD/MS
3	Dr Antoinette HELAL	MS/DNSFN PCIMNE
4	Fodé Oumar TOURE	MATD/DNEC
5	Dr Mamady CONDE	ST/CCSS
6	Lamine SIDIBE	INS
7	Mamadou Badian DIALLO	DT-BCR/INS
8	Dr Mdou Daye Tounty DIALLO	BSD/MS
9	AMadou Lamarana BAH	BSD/MS
10	Nagnouma SANO	DNPM
11	Dr Ibrahima Sory DIALLO	INSE
12	Ousmane DIAKITE	BSD/MS
13	Dr Boubacar SALL	ST/CCSS
14	Ingenieur Amadou Timbi BAH	DIEM/DNEHS
15	Aliou Taibata DIALLO	ST-CCSS
16	Dr Robert CAMARA	DNSCMT
17	M. Fantamady KABA	DAF
18	Dr Faza DIALLO	DRH
19	Gabriel SEIDMAN	GFF
20	Ibrahima Sékou SOW	GFF

## Annexe B : Description (résumée) de la démarche d'établissement des coûts

En plus des taux de couverture supposés décrits dans le Dossier d'Investissement, nous utilisons les hypothèses suivantes :

Indicateur	Chiffre	Source
Coût pour construire un point d'eau améliorée	\$12,000	SNAPE
Salaire annuel des infirmiers (GNF)	30 773 314	OHT
Salaire annuel des sage-femmes (GNF)	30 773 314	LiST
Salaire annuel des infirmières assistantes (GNF)	23 309 194	LiST
Salaire annuel des agents de santé communautaires (GNF)	17 875 800	LiST

## Annexe C : Méthodologie et suppositions pour la cartographie

### **Méthodologie**

- Revue des budgets et de documents pertinents avec les budgets de chaque bailleur
  - NB: L'analyse utilise les budgets prévus, pas une revue des dépenses historiques
- Catégoriser l'objectif primaire de chaque fonds:
  - Prestations de services
  - Coûts hors prestations de services (gestion, S-E, transport, etc.)
  - RSS – Capacité de gestion et de RH
  - RSS – Autres (infrastructure, chaîne d'approvisionnement, etc.)
- Identifier les maladies primaires les plus pertinents possibles
- Si la répartition des fonds entre les années n'est pas disponible, on suppose une répartition égale annuelle du montant prévu pour la durée du projet.
- Bailleurs compris dans l'analyse de la cartographie: FM, BM, GAVI, GIZ, KfW, OMS, PMI, UE/AFD, UNFPA, UNICEF, et USAID
- On suppose que tous les fonds pour le paludisme sont pertinents pour la SRMNIA parce que tous les investissements dans les programmes qui luttent contre le paludisme peuvent améliorer la SRMNIA. On estime que les investissements dans la PTME sont les seules investissements VIH/SIDA pertinents pour la SRMNIA. Bien que la prévention de la transmission du VIH parmi plusieurs groupes à haut risque (professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, etc.) soit techniquement une intervention pour la santé reproductive, les prestations de ces services sont usuellement fournies séparément des services pour la santé familiale.

Tableau 9 montre un résumé des fonds inclus dans la cartographie qui sont utilisés pour les analyses dans le DI. Un document Excel avec la cartographie complète est aussi disponible au Secrétariat GFF et au Bureau de Stratégie et Développement (BSD) du Ministère de la Santé.

Tableau 9 – Cartographie des ressources financières utilisées pour les analyses dans le DI

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets beneficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNI?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
FM - Paludisme	Case Management	CRS	2015-2017	\$13,194,380	Prestations de services	Oui	Paludisme	Global Fund Malaria Concept Note 2014	\$6,039,227
FM - Paludisme	HSS- Health information systems and M&E	CRS	2015-2017	\$2,397,237	Coûts hors de prestations de service	Oui	Paludisme	Global Fund Malaria Concept Note 2014	\$203,937
FM - Paludisme	Program management	CRS	2015-2017	\$11,467,127	Coûts hors de prestations de service	Oui	Paludisme	Global Fund Malaria Concept Note 2014	\$3,123,348
FM - Paludisme	Specific prevention interventions	CRS	2015-2017	\$795,415	Prestations de services	Oui	Paludisme	Global Fund Malaria Concept Note 2014	\$460,122
FM - Paludisme	Vector control	CRS	2015-2017	\$31,304,286	Prestations de services	Oui	Paludisme	Global Fund Malaria Concept Note 2014	\$6,108,431
FM - Paludisme	HSS- Procurement and supply chain management	CRS	2015-2017	\$1,759,917	RSS - Autres	Oui	Paludisme	Global Fund Malaria Concept Note 2014	\$31,971
FM - VIH/SIDA	Prevention programs for MSM and TGs	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$314,309	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$28,225
FM - VIH/SIDA	Prevention programs for sex workers and their clients	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$776,634	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$219,427
FM - VIH/SIDA	PMTCT	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$2,363,491	Prestations de services	Oui	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$835,465
FM - VIH/SIDA	Treatment, care and support	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$22,548,525	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$8,685,709
FM - VIH/SIDA	TB/HIV	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$654,593	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$182,745
FM - VIH/SIDA	Health information systems and M&E	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$1,117,494	Coûts hors de prestations de service	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$180,728
FM - VIH/SIDA	Program management	National AIDS Council of Guinea	2015-2017	\$2,856,472	Coûts hors de prestations de service	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$899,086
FM - VIH/SIDA	Prevention programs for MSM and TGs	GIZ	2015-2017	\$607,141	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$219,767

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets beneficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNIA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
FM - VIH/SIDA	Prevention programs for sex workers and their clients	GIZ	2015-2017	\$547,108	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$111,135
FM - VIH/SIDA	PMTCT	GIZ	2015-2017	\$300,363	Prestations de services	Oui	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$101,393
FM - VIH/SIDA	Treatment, care and support	GIZ	2015-2017	\$873,934	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$322,855
FM - VIH/SIDA	TB/HIV	GIZ	2015-2017	\$0	Prestations de services	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$0
FM - VIH/SIDA	Health information systems and M&E	GIZ	2015-2017	\$603,795	Coûts hors de prestations de service	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$199,527
FM - VIH/SIDA	Program management	GIZ	2015-2017	\$2,865,552	Coûts hors de prestations de service	Non	VIH/SIDA	Global Fund HIV/AIDS Concept Note 2014	\$927,256
UE / AfD	Assistance technique au niveau central et régional	PASA projet	2017-2019	\$4,510,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Non	Pas spécifié	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$1,503,333
UE / AfD	Etudes APS/APD, Surveillance et contrôle	PASA projet	2017-2019	\$880,000	Coûts hors de prestations de service	Non	Pas spécifié	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$293,333
UE / AfD	Renforcement des capacités du Ministère	PASA projet	2017-2019	\$1,540,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Non	Pas spécifié	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$513,333
UE / AfD	Activités de coordination et supervision des directions sanitaires, incitatifs sur la performance	PASA projet	2017-2019	\$770,000	Coûts hors de prestations de service	Oui	Pas spécifié	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$256,667
UE / AfD	Réhabilitation établissements sanitaires	PASA projet	2017-2019	\$5,720,000	RSS - Autres	Oui	SRMNIA general	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$1,906,667
UE / AfD	Equipements biomédicaux, chaîne de froid, énergie	PASA projet	2017-2019	\$5,500,000	RSS - Autres	Oui	SRMNIA general	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$1,833,333

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets beneficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNIA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
UE / AfD	Appui à la décentralisation, collectivités locales et mutuelles	PASA projet	2017-2019	\$2,530,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	SRMNIA general	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$843,333
UE / AfD	Réactivation des services SR/SE/PF et nutrition	PASA projet	2017-2019	\$4,950,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$1,650,000
UE / AfD	Médicaments, produits médicaux	PASA projet	2017-2019	\$2,640,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$880,000
UE / AfD	Monitoring d'impact, évaluation et audits	PASA projet	2017-2019	\$990,000	Coûts hors de prestations de service	Oui	SRMNIA general	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$330,000
UE / AfD	Visibilité (EU-AFD)	PASA projet	2017-2019	\$165,000	Coûts hors de prestations de service	Non	Pas spécifié	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$55,000
UE / AfD	Imprévus	PASA projet	2017-2019	\$2,310,000	Pas spécifié	Non	Pas spécifié	Convention de Financement entre la Commission Europeenne et la Republique de Guinée	\$770,000
USAID	HSD	JHPIEGO	2017-2021	\$24,000,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	USAID HSD Fact Sheet	\$7,000,000
PMI 2017	In-country staffing and administration	CDC and USAID	2017	\$1,222,500	Coûts hors de prestations de service	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$1,222,500
PMI 2017	Surveillance, monitoring, and evaluation	Multiple	2017	\$854,000	Coûts hors de prestations de service	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$854,000
PMI 2017	Social and behavioral change communication	Bilateral - TBD	2017	\$700,000	Prestations de services	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$700,000
PMI 2017	Technical assistance for NMCP	Bilateral - TBD	2017	\$394,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$394,000
PMI 2017	Support health district-level malaria focal points	Bilateral - TBD	2017	\$700,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$700,000
PMI 2017	Support for pharmaceutical management	GHSC - PSM	2017	\$891,000	RSS - Autres	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$891,000

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets beneficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNTA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
PMI 2017	Case management activities nationwide	GHSC - PSM	2017	\$3,453,000	Prestations de services	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$3,453,000
PMI 2017	Case management level in PMI target zones / 8 prefectures in northern Guinea	GHSC - PSM	2017	\$1,410,000	Prestations de services	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$1,410,000
PMI 2017	Prevention activities nationwide	GHSC - PSM	2017	\$4,419,500	Prestations de services	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$4,419,500
PMI 2017	Prevention activities in PMI target zones / 8 prefectures in northern Guinea	Bilateral - TBD	2017	\$956,000	Prestations de services	Oui	Paludisme	PMI Operational Plan	\$956,000
UNICEF	Child and maternal health	Pas spécifié	2013-2017	\$9,128,000	Prestations de services et coûts hors de prestations de service	Oui	SRMNTA general	UNICEF CPD	\$1,825,600
UNICEF	Nutrition	Pas spécifié	2013-2017	\$3,427,000	Prestations de services et coûts hors de prestations de service	Oui	Nutrition	UNICEF CPD	\$685,400
UNICEF	Children and HIV/AIDS	Pas spécifié	2013-2017	\$3,427,000	Prestations de services et coûts hors de prestations de service	Oui	VIH/SIDA	UNICEF CPD	\$685,400
UNICEF	Water, hygiene and sanitation	Pas spécifié	2013-2017	\$3,427,000	Prestations de services et coûts hors de prestations de service	Oui	EHA	UNICEF CPD	\$685,400
UNFPA	Data availability and analysis	Pas spécifié	2013-2017	\$1,800,000	RSS - Autres	Oui	Pas spécifié	UNFPA CPD; Rapport Atelier GFF Janvier	\$360,000
UNFPA	Gender equality and reproductive rights	Pas spécifié	2013-2017	\$1,500,000	RSS - Autres	Oui	Santé reproductive	UNFPA CPD; Rapport Atelier GFF Janvier	\$300,000

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets bénéficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNIA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
UNFPA	Maternal and newborn health	Pas spécifié	2013-2017	\$3,000,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	SRMNIA general	UNFPA CPD; Rapport Atelier GFF Janvier	\$600,000
UNFPA	Family planning	Pas spécifié	2013-2017	\$2,700,000	Prestations de services	Oui	Planification familiale	UNFPA CPD; Rapport Atelier GFF Janvier	\$540,000
UNFPA	Young people's sexual and reproductive health and sexual education	Pas spécifié	2013-2017	\$2,500,000	Prestations de services	Oui	Santé adolescente	UNFPA CPD; Rapport Atelier GFF Janvier	\$500,000
UNFPA	Programme coordination and assistance	Pas spécifié	2013-2017	\$1,000,000	Coûts hors de prestations de service	Oui	Pas spécifié	UNFPA CPD; Rapport Atelier GFF Janvier	\$200,000
GAVI	Gestion des districts sanitaires	Programmes de GAVI	2017-2021	\$2,600,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$500,000
GAVI	Couverture des enfants complètement vaccinés	Programmes de GAVI	2017-2021	\$10,800,000	Prestations de services	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$1,800,000
GAVI	Gestion efficace des vaccins (GEV)	Programmes de GAVI	2017-2021	\$4,500,000	RSS - Autres	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$1,500,000
GAVI	Stimulation de demande de vaccination	Programmes de GAVI	2017-2021	\$3,000,000	Coûts hors de prestations de service	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$700,000
GAVI	Données administratives et données d'enquête	Programmes de GAVI	2017-2021	\$2,500,000	Coûts hors de prestations de service	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$600,000
GAVI co-financement	Cold Chain Equipment Optimization Platform (CCEOP)	Programmes de GAVI	2017-2021	\$3,100,000	RSS - Autres	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$2,200,000
GAVI	Forfait introduction nouveaux vaccins	Programmes de GAVI	2017-2021	\$3,500,000	Prestations de services	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$500,000
GAVI	Activités de vaccination supplémentaire	Programmes de GAVI	2017-2021	\$2,500,000	Prestations de services	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$500,000
GAVI	Cold Chain Equipment	Programmes de GAVI	2017-2021	\$12,400,000	RSS - Autres	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$12,400,000

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets beneficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNIA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
	Optimization Platform (CCEOP)								
KfW	Construction des centres de santé et réhabilitation des hôpitaux et médicaments	Pas spécifié	2017-2019	\$17,000,000	RSS - Autres	Oui	SRMNIA general	Demande de soutien GAVI	\$5,666,667
GIZ	Projet pour la santé de la reproduction - Appui technique	Pas spécifié	2015-2018	\$13,200,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	SRMNIA general	Conversation avec Dr. Barry (GIZ); Rapport atelier GFF Kindia Janvier	\$3,300,000
OMS	Appui à l'élaboration des document stratégiques et renforcement des capacités des services de santé maternelle, néonatale, infantile, adolescent, genre, sexuelle et génésique	Pas spécifié	2017	\$2,500,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Non	Pas spécifié	Rapport Atelier GFF Kindia Janvier	\$2,500,000
FM - TB	Fonds tuberculose	Pas spécifié	2015-2017	\$10,961,273	Multiplés catégories	Non	Tuberculose	Email avec Claire Cazeneuve	Pas disponible
BM	Renforcement de la disponibilité des produits et fournitures de SNMI	Projet PASSP	2016-2020	\$2,000,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$400,000
BM	Renforcement des effets et des compétences des personnels de santé formés	Projet PASSP	2016-2020	\$4,000,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$800,000
BM	Prise en charge financière des pauvres indigents	Projet PASSP	2016-2020	\$2,000,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$400,000
BM	Institutionnaliser la formation et le déploiement des ASC	Projet PASSP	2016-2020	\$2,000,000	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$400,000
BM	Renforcement des capacités dans le domaine de la planification, la mise en œuvre, le	Projet PASSP	2016-2020	\$5,000,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$1,000,000

Bailleurs de fonds/ Partenaires	Modules	Programmes / projets beneficiaire	Durées de cycle du financement	Fonds disponible (\$) pour la durée de cycle de financement	Catégories	Lié principalement à la SRMNIA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
	suivi et la supervision des activités								
BM	Prestations contractuelles: Forages-Réseau d'Approvisionnement en eau	Projet Santé dans la Région de Mamou (EHA)	2017	\$774,580	RSS - Autres	Oui	EHA	Projets BM	\$774,580
BM	Frais généraux de fonctionnement et autres coûts directs	Projet Santé dans la Région de Mamou (EHA)	2017	\$108,799	Coûts hors de prestations de service	Oui	EHA	Projets BM	\$108,799
BM	Autres coûts module EHA	Projet Santé dans la Région de Mamou (EHA)	2017	\$116,621	Coûts hors de prestations de service	Oui	EHA	Projets BM	\$116,621
BM	Remuneration Forfaitaire	Projet Santé dans la Région de Mamou (SRMNIA)	2017	\$1,586,403	Coûts hors de prestations de service	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$1,586,403
BM	Frais Remboursables	Projet Santé dans la Région de Mamou (SRMNIA)	2017	\$1,763,597	Prestations de services	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$1,763,597

## Annexe D : Budgétisation détaillée

Tableau 10 - Budgétisation détaillée du DI (Montant en \$USD)

Interventions	Catégories	2017	2018	2019	2020
MAS - traitement de la malnutrition aiguë sévère	PCIMNE - Malnutrition	9,226,859	11,716,070	14,277,186	14,445,781
MAM - traitement de la malnutrition aiguë modérée	PCIMNE - Malnutrition	4,953,603	10,428,530	16,404,295	16,570,267
ACT - Polythérapies à base d'artémésinine pour traiter le paludisme	PCIMNE - Autre	4,847,988	9,881,631	11,327,503	12,532,214
Prise en charge de travail et la accouchement	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	7,948,213	8,843,152	9,620,149	10,398,541
Vaccin contre le pneumocoque	Vaccins nouveaux (pneumocoque, rotavirus)	0	5,472,675	10,863,475	16,139,816
Vaccin HepB	Vaccination / Vit A	4,814,428	5,778,738	6,658,007	7,508,212
Zinc pour le traitement de la diarrhée	PCIMNE - Autre	3,609,495	4,291,687	4,490,889	4,965,619
Injectable - 3 month (Depo Provera)	Planification familiale	3,621,462	3,730,027	3,843,094	3,963,208
Pill - Standard daily regimen	Planification familiale	3,541,491	3,647,658	3,758,229	3,875,690
Vaccin H. influenzae b	Vaccination / Vit A	2,478,756	2,975,241	3,427,941	3,865,677
Pratiques d'accouchement propre	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	2,709,956	2,945,799	3,125,403	3,295,314
MII/PID - Ménages protégés contre le paludisme	Prévention du paludisme	1,993,423	2,175,174	2,363,464	2,557,966
Prise en charge de la dystocie	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	1,451,837	1,622,347	1,784,177	1,946,857
SRO - solution de réhydratation orale	PCIMNE - Autre	1,588,953	1,637,675	1,695,225	1,856,755
Implant - Jadelle (5 years)	Planification familiale	1,382,766	1,424,219	1,467,391	1,513,254
Pratiques post-natal propre	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	1,121,003	1,229,841	1,320,608	1,407,027
Vaccin contre la polio	Vaccination / Vit A	785,937	1,095,085	1,388,081	1,673,159

Vaccin DPT	Vaccination / Vit A	899,397	1,079,542	1,243,801	1,402,630
MAMA	Planification familiale	1,083,237	1,115,710	1,149,531	1,185,459
Prise en charge du paludisme	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	395,984	935,533	1,471,386	1,511,626
Prise en charge des cas septicémie maternelle	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	907,895	924,630	917,714	918,951
Prise en charge pré-transfert des complications de l'accouchement	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	737,784	824,432	906,670	989,339
Supplémentation en vitamine A	Vaccination / Vit A	413,730	645,791	884,810	905,791
Traitement de l'hémorragie post-partum	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	603,172	674,012	741,245	808,831
Détection et traitement de la syphilis	SPN	442,305	567,984	692,002	710,927
Alimentation complémentaire - alimentation de supplément et éducation	Prévention de la malnutrition	234,525	381,129	709,106	995,655
Condom - Male	Planification familiale	500,178	515,172	530,789	547,378
Changements dans le pratique de l'allaitement	Prévention de la malnutrition	513,322	517,039	513,171	508,278
Anatoxine tétanique	SPN	424,633	494,653	534,861	549,489
Vaccin contre le rotavirus	Vaccins nouveaux (pneumocoque, rotavirus)	0	0	654,685	1,296,883
Évacuation hygiénique des selles des enfants	EHA	430,754	455,499	480,921	506,954
Thérapie ARV	PTME / SIDA	84,963	423,351	661,546	684,344
MgSO4 prise en charge de la pré-éclampsie	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	203,009	390,673	567,971	677,645
Stérilisation féminine	Planification familiale	400,250	412,249	424,745	438,021
Vaccin BCG	Vaccination / Vit A	353,745	381,399	403,450	424,269

Supplémentation/fortification d'acide folique	SPN	348,770	363,997	374,950	385,313
TPI - Traitement préventif intermittent pendant la grossesse	SPN	228,877	264,310	415,700	427,069
IUD - Copper-T 380-A IUD (10 years)	Planification familiale	316,086	325,561	335,430	345,914
Avortement sans risques	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	271,613	309,920	347,388	384,211
Vaccin contre la rougeole	Vaccination / Vit A	251,366	297,142	338,546	378,529
Alimentation de complément - éducation seulement	Prévention de la malnutrition	193,320	264,651	346,552	405,756
Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	280,993	296,927	305,861	318,056
Lavage des mains avec du savon	EHA	96,304	222,133	314,156	378,204
MgSO4 prise en charge d'éclampsie	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	207,359	231,713	254,826	278,061
Supplémentation en fer pendant la grossesse	SPN	212,794	222,085	228,768	235,090
GATPA - La gestion active de la troisième période d l'accouchement	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	169,521	189,430	208,326	227,321
Antibiotiques pour traitement de la dysenterie	PCIMNE - Autre	162,923	154,449	148,495	150,171
Soin thermique	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	132,540	144,703	155,203	165,194
PTME - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (inclut les choix allaitement)	PTME / SIDA	67,184	110,157	147,047	178,549
Antibiotiques injectables pour la septicémie/pneumonie néonatale	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	38,100	95,939	152,354	177,308

Chlorhexidine	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	58,392	72,538	83,670	96,363
Vitamine A pour le traitement de la rougeole	PCIMNE - Autre	73,012	66,591	78,259	67,740
Cotrimoxazole	PTME / SIDA	15,564	44,689	69,383	77,900
Antibiotiques pour RPM avant terme	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	41,114	45,943	50,526	55,133
Évaluation et stimulation immédiates	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	42,014	45,671	48,455	51,090
Déclenchement du travail pour les grossesses de 41+ semaines	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	37,486	41,889	46,067	50,268
Antibiotiques oraux pour la pneumonie	PCIMNE - Autre	29,894	40,784	46,615	51,270
Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	13,113	14,231	15,448	16,666
Méthode Mère Kangourou-MMK	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	3,174	14,705	14,595	14,456
Prise en charge après un avortement	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	4,952	6,174	7,389	8,821
Réanimation néonatale	Accouchement assisté / PEC urgences maternelles / soins de nouveau-né	5,963	6,511	6,983	7,433
Coûts hors prestations de services		14,934,442	20,538,571	25,439,454	28,220,732
<b>Total</b>		<b>82,941,921</b>	<b>114,065,759</b>	<b>141,283,963</b>	<b>156,730,441</b>