

République de Guinée

Travail –Justice –Solidarité

Ministère de la santé



Mécanisme de financement Mondial

GFF/Banque Mondiale



DOSSIER D'INVESTISSEMENT POUR LA SRMNA EN GUINEE

Table des matières

Résumé analytique (<i>À finaliser</i>)	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.....	11
3.1 Approche participative.....	12
3.2 Analyses quantitatives	12
IV. Priorités du Dossier d'Investissement	12
4.1 Prestations de services et interventions à haut impact.....	15
4.2 Ressources humaines.....	19
4.3 Gouvernance.....	20
4.4 Financement	20
4.5 Informations sanitaires	22
4.5.1 Etat Civil et Statistiques Vitales (ECSV)	22
4.5.2 Comptes Nationaux de Santé (CNS).....	22
V. Estimation des coûts et gap de financement.....	22
5.1 Estimation des coûts pour les prestations de services d'un paquet de services essentielles	22
5.2 Cartographie des ressources.....	24
5.3 Estimation de gap de financement.....	25
VI. Priorités régionales	26
VII. Résultats attendus	28
VIII. Cadre de mise en œuvre	28
8.1. Structures et organes de mise en œuvre.....	28
8.2. Suivi de la mise en œuvre et évaluation	30
Annexe A : Liste des parties prenantes consultées pour ce dossier d'investissement.....	33
Annexe B : Description (résumée) de la démarche d'établissement des coûts	35
Annexe C : Méthodologie et suppositions pour la cartographie	35

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	9
Figure 3 - Aperçu des priorités du dossier d'investissement	13
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	16
Figure 5 - Coûts récurrents annuels et coûts capitaux pour les interventions de SRMNIA	23
Figure 6 - Coûts récurrents de prestations de service	23
Figure 7 - Montant supplémentaire (en millions de dollars) nécessaire pour réduire de 1 % la mortalité des moins de cinq ans	24
Figure 8 - Résumé de cartographie des ressources pour la SRMNIA.....	25
Figure 9 - Estimation de moyenne de gap annuel	26
Figure 10 - L'augmentation moyenne du budget annuel répartie par région	27

Liste des tableaux

Tableau 1 –Tendances en matière de mortalité maternelle, néonatale et infantile'	8
Tableau 2 - Récapitulatif des indicateurs de couverture pour les interventions clés en matière de SRMNIA	10
Tableau 3 - Résumé de fonds pour la santé en prévision	15
Tableau 4 - Liste complète d'interventions inscrites et chiffrées	16
Tableau 5 - Analyse des régions les plus défavorisées	27
Tableau 6 - Résultats attendus	28
Tableau 7 - Indicateurs de suivi-évaluation pour le DI	32
Tableau 8 – Cartographie des ressources financières utilisées pour les analyses dans le DI	36

Résumé analytique

Introduction

Ces dernières années, la Guinée a accordé une attention particulière 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.

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 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).
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).
3. **Gouvernance et Directions du système de santé** : Doter les dirigeants et responsables des niveaux central et décentralisé des moyens pour la supervision des prestations de soins 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 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 million pour les trois prochaines années** (et de \$11 million supplémentaire pour l'introduction de deux nouveaux vaccins). Un nouveau projet de la Banque Mondiale pour la SRMNIA fournira \$45 million pour cinq ans, soit \$9 million par

an. Au calcul, il y a donc une moyenne de gap annuel de **\$34 million pour les trois prochaines années, 2018-2020**. 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 et Labé. 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 million 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.

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.

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.

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, de la faible qualité et des problèmes d'équité en matière de prestation de services de santé. Ces problèmes qui se posent à la prestation des services de santé s'expliquent davantage par la faiblesse des intrants ou des piliers du système de santé.

1.1 Résultats / impacts

La Guinée a fait des progrès considérables 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 en matière de mortalité maternelle, néonatale et infantile

Métrique	2012 ¹	2016 ²	Cibles des ODD au niveau mondial (2030) ³
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 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.

En particulier, les quatre maladies 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.

¹ Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2012. Guinée

² Ministère du Plan et de la Coopération Internationale and Institut National de la Statistique, ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES: RÉSULTATS CLES. 2017

³ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/#7e9fb9b0ec8c8e6e6>.

Figure 1 - Charge de morbidité totale chez les moins de 19 ans et chez les femmes en âge de procréer⁴

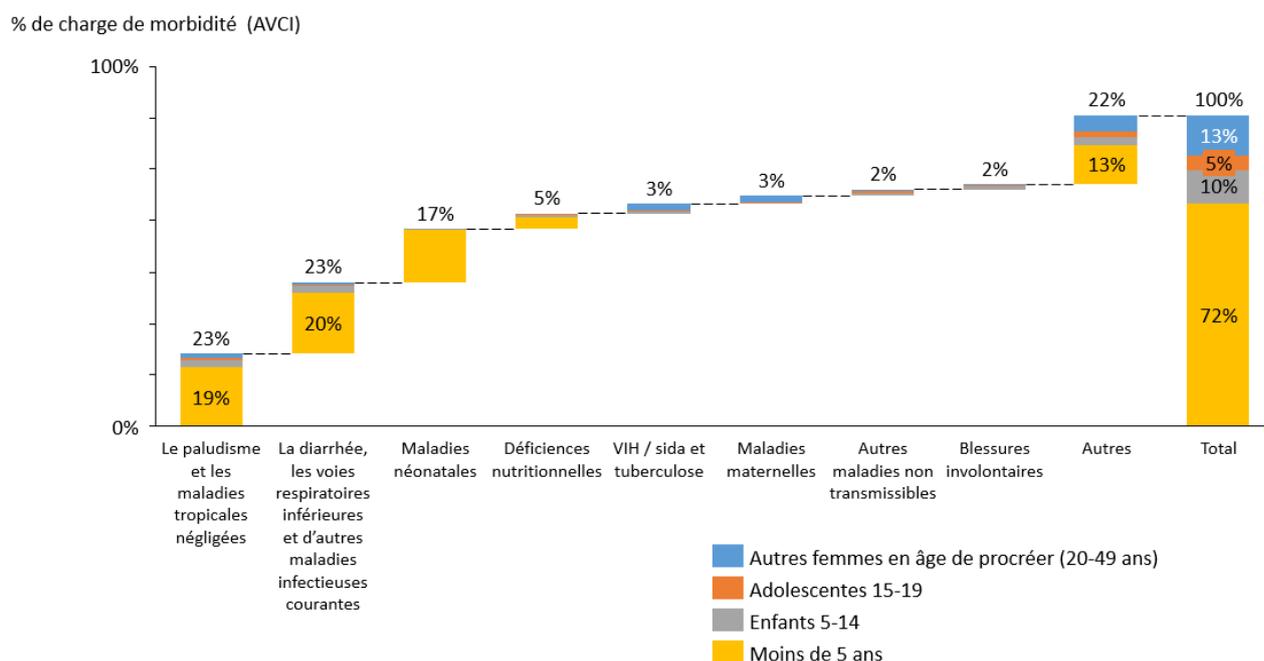
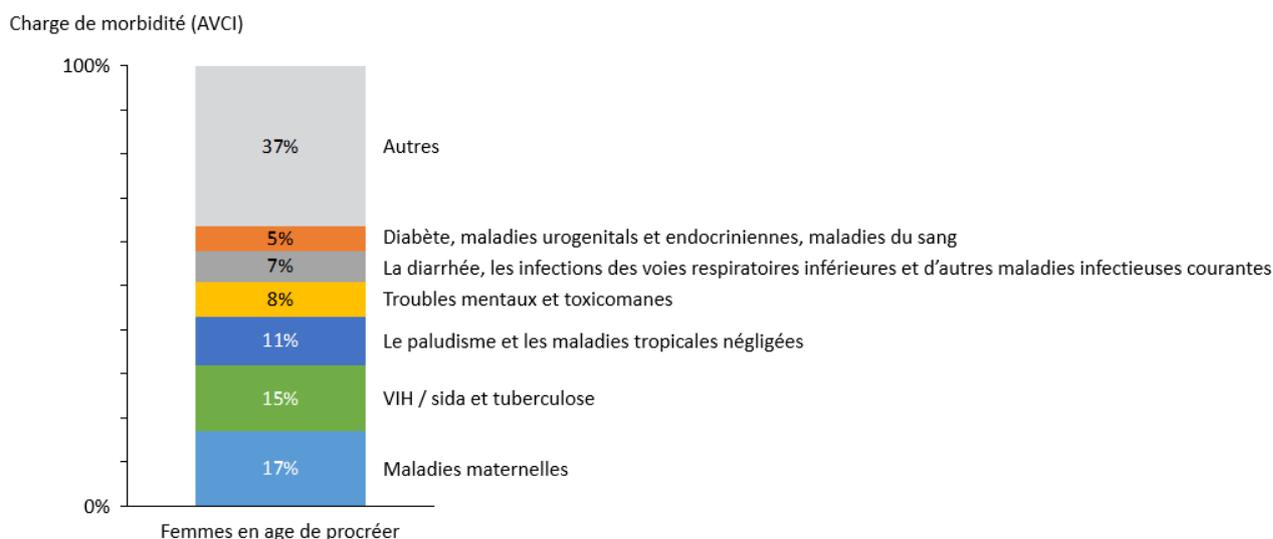


Figure 2 - Charge de morbidité chez les femmes en âge de procréer⁵



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. Toutefois, 63,36 % des dépenses de santé sont supportées par les ménages, ce qui est la principale source de financement au niveau local.⁶ 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

⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

⁶ Comptes Nationaux de Santé, Guinée, 2013.

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.

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.

Tableau 2 - Récapitulatif des indicateurs de couverture pour les interventions clés en matière de SRMNIA⁷

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 %
	% d'accouchements vivants par césarienne	3.1%	1.7%	5.8%
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 %	13 %	21 %
	% d'enfants de moins de 5 ans - Retard de croissance	32 %	21 %	38 %
	% d'enfants de moins de 5 ans - Emaciation	8 %	7 %	9 %
	% 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%

⁷ Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2016, Guinée

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.

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.^{8 9}

III. Méthodologie d'établissement des priorités

⁸ IHP+. *2016 Monitoring Round: Guinea*. 2016 [cited 2017 April 26]; Available from: <https://www.internationalhealthpartnership.net/en/results-evidence/2016-monitoring-round/guinea/>.

⁹ 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.

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. 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 à l'élaboration du contenu de ce dossier est à l'annexe A.

3.2 Analyses quantitatives

La Guinée dispose de données limitées 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 du 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.

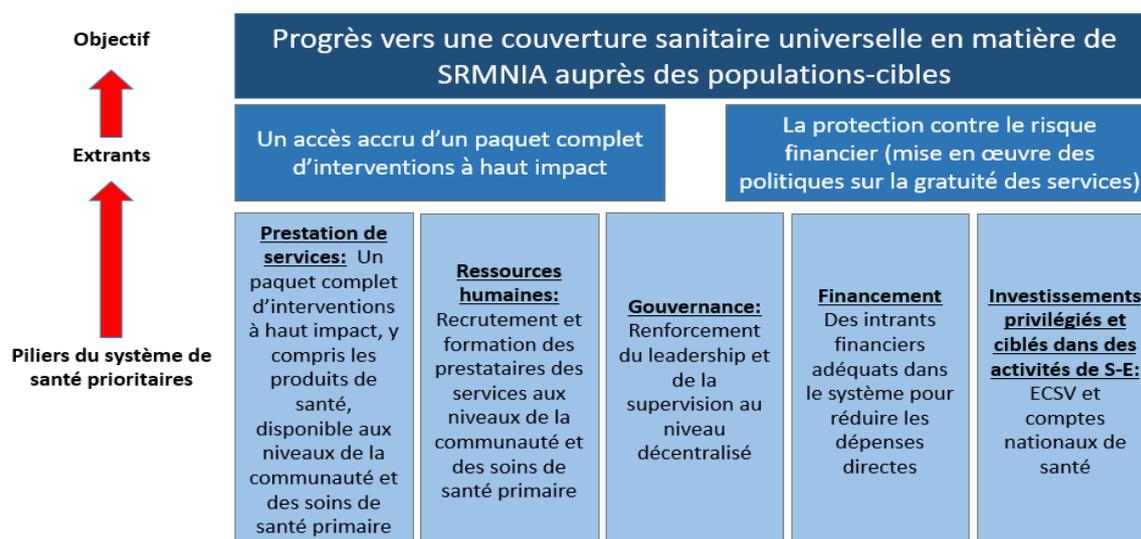
IV. Priorités du Dossier d'Investissement

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.

6. **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).
7. **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).
8. **Gouvernance et Directions du système de santé** : Doter les dirigeants et responsables des niveaux central et décentralisé des moyens pour la supervision des prestations de soins et la gratuité des services aux niveaux primaire et communautaire.
9. **Financement** : apports financiers adéquats au profit du système et décaissement des ressources allouées afin de réduire les paiements directs des ménages.
10. **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'exécution⁷. 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.
- **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 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 reliées. Une augmentation de l'allocation gouvernementale à la santé pourrait avoir lieu. 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 pour la santé en prévision

Source de financement	Projets	Années	Fonds disponibles (\$ million)
L'Etat	Augmentation de l'allocation gouvernementale à la Santé	Annuel	?
FM - Paludisme	Fonds paludisme	2018-2020	55.7
BM	FBR	2018-2022	45
FM - VIH/SIDA	Fonds VIH/SIDA	2018-2020	40.6
GIZ	Fonds SRMNIA	2019-2021	24.2
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	?
Total			Au moins \$200

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 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, EHA, planification familiale, soins prénatals, soins post-natals, PTME, prévention de la malnutrition, prévention du paludisme et enregistrements des faits d'état civil.

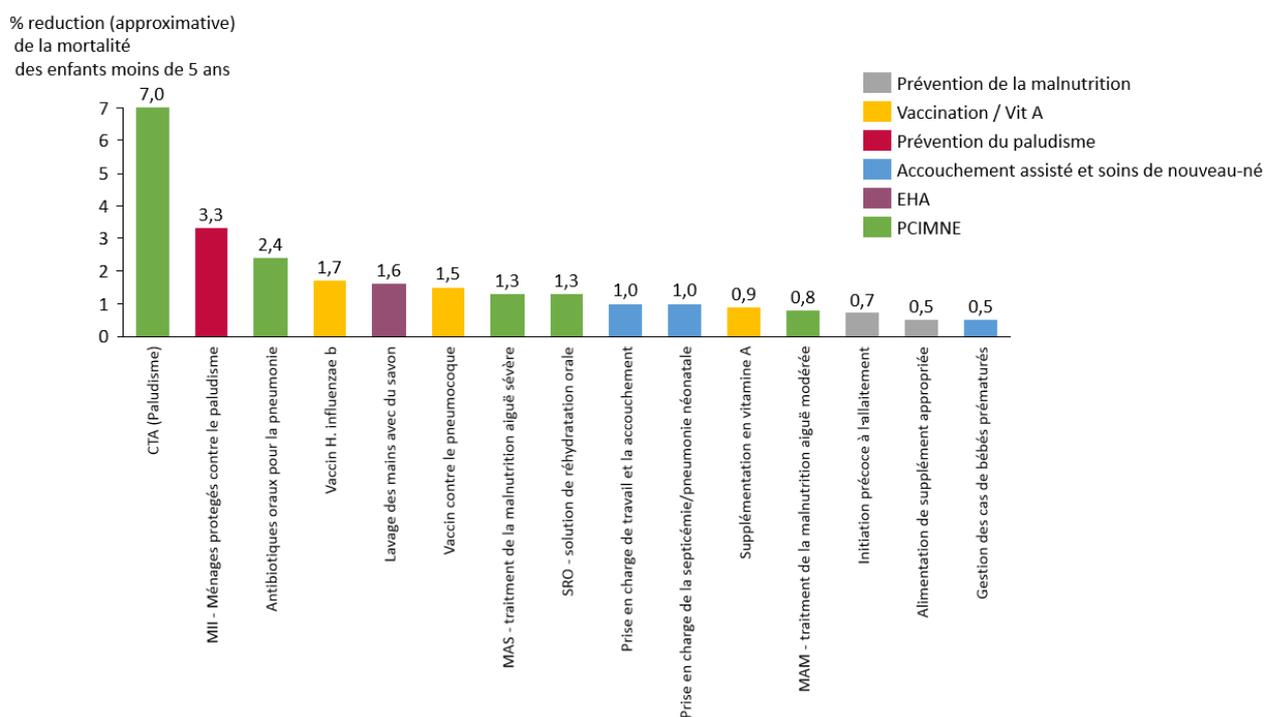
Eu égard à la nature de la charge de morbidité en Guinée, il est nécessaire de mettre en œuvre un paquet complet d'interventions à haut impact. Ces interventions multiples peuvent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile si la couverture est mise à l'échelle.

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**
	Prise en charge des maladies					
	Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	57%	68%	PNDS*	PNDS*	AD**
	Prise en charge du paludisme	24%	86%	PNDS*	PNDS*	AD**
	MgSO4 prise en charge de la pré-éclampsie	15%	47%	PNDS*	PNDS*	AD**
	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

Domaines	Interventions	Taux		Sources de taux		Moyens de verification
		Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	
	<u>Soins postnatals</u>					
	Pratiques post-natal propre	57%	72%	MICS 2016	PNDS 2020*	EDS / MICS
	Chlorhexidine	30%	50%	PNDS*	PNDS*	
	<u>PEC des urgences maternelles</u>					
	Prise en charge des cas septicémie maternelle	90%	92%	PNDS*	PNDS*	AD**
	<u>PEC - néonatale</u>					
	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
	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**

		Taux		Sources de taux		
Domaines	Interventions	Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	Moyens de verification
	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
	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**

Domaines	Interventions	Taux		Sources de taux		Moyens de verification
		Base 2017	Cible 2020	Base 2017	Cible 2020	
	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. Un système DHIS2 qui fonctionne bien pourrait aussi vérifier ces indicateurs.*

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

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.

À ce jour, les compétences que doivent maîtriser les ASC ne sont pas définies dans la Politique nationale de la Santé Communautaire (Décembre 2016).¹⁰ Il est donc difficile de déterminer quelles sont les activités de promotion sanitaire et de prestation de services de santé qui incombent aux ATS par opposition aux ASC. En règle générale, 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

¹⁰ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, *Politique Nationale de la Santé Communautaire*. 2016: Conakry.

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 contribue 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.

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.^{11 12} 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.

¹¹ Ministère de la Santé, *Rapport de l'Audit Institutionnel, Organisationnel et Fonctionnel du Ministère de la Santé*. 2016: Conakry, Guinée.

¹² Ministère de la Santé, *PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2015-2024*. 2015: Conakry.

La feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations de l'audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du Ministère de la santé recense deux activités nécessaires à une meilleure application de cette politique : 1) la préparation et la diffusion d'un circulaire de rappel sur la gratuité de ces produits à toutes les structures administratives et de soins publics, et 2) l'organisation de missions de contrôle de l'application de la gratuité. Bien qu'elles soient importantes, ces deux activités ne suffiront probablement pas à assurer l'application de cette politique au niveau des services de santé communautaires et des soins de santé primaires dans l'ensemble du pays.

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 figurent¹³ :

- **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 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.

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.

¹³ 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.

4.5 Informations sanitaires

4.5.1 Etat Civil et Statistiques Vitales (ECSV)

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 million pour le paludisme et le VIH/SIDA en 2017.^{14 15}

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 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

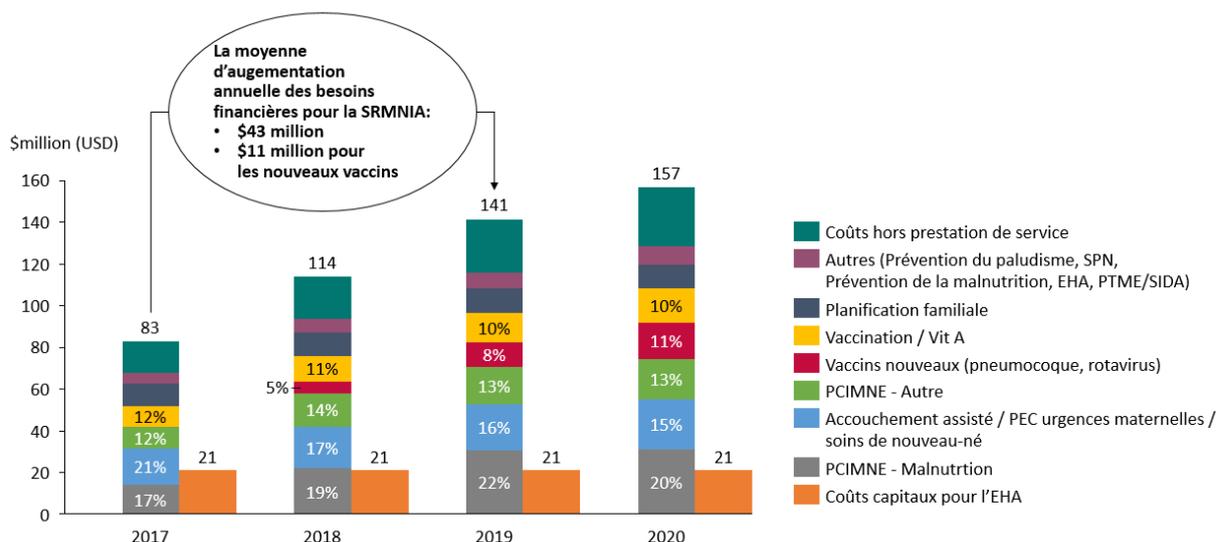
Les estimations de haut niveau indiquent qu'étant donné les taux actuels de couverture, environ 83 millions de dollars sont consacrés à des interventions de SRMNIA, notamment pour couvrir les coûts de la prestation des services indiqués ci-dessus. Pour atteindre les taux de couverture ciblés dans le 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 million 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'eau améliorée. 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)

¹⁴ Sommaire des PAO (Region, Domain, Source de financement) 2017.

¹⁵ Fonds Mondial Concept Notes (2015-2017): Paludisme, VIH/SIDS

représentent 22% des coûts des interventions.¹⁶ Se reporter à la Figure 5 qui récapitule les coûts par année et par programme.

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

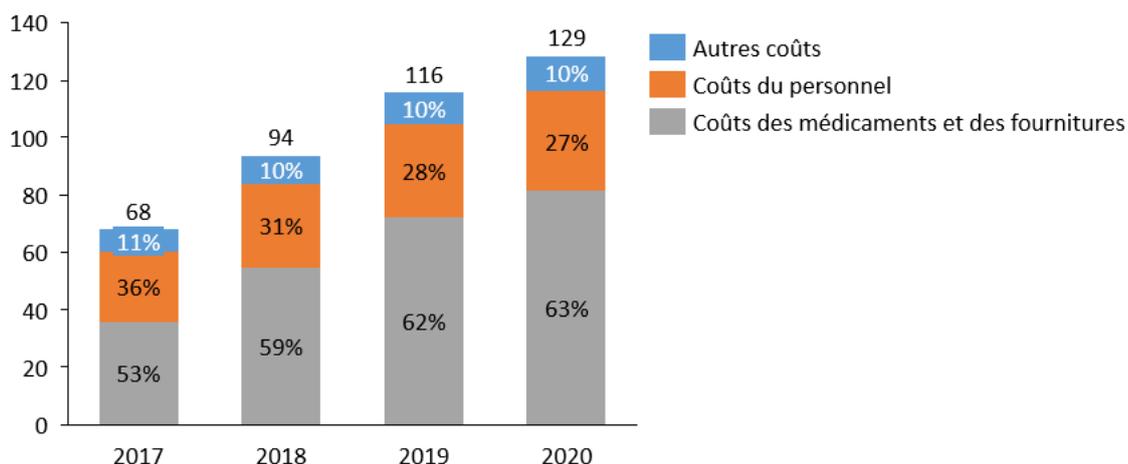


Parmi les coûts de prestation de services, environ 50%-65% des coûts correspondent aux médicaments, 25%-35% correspondent au personnel, et environ 10% correspondent aux autres coûts (par exemple, des fournitures non-médicales dans les centres de santé.) Se reporter à la Figure 6 qui récapitule les coûts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

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)

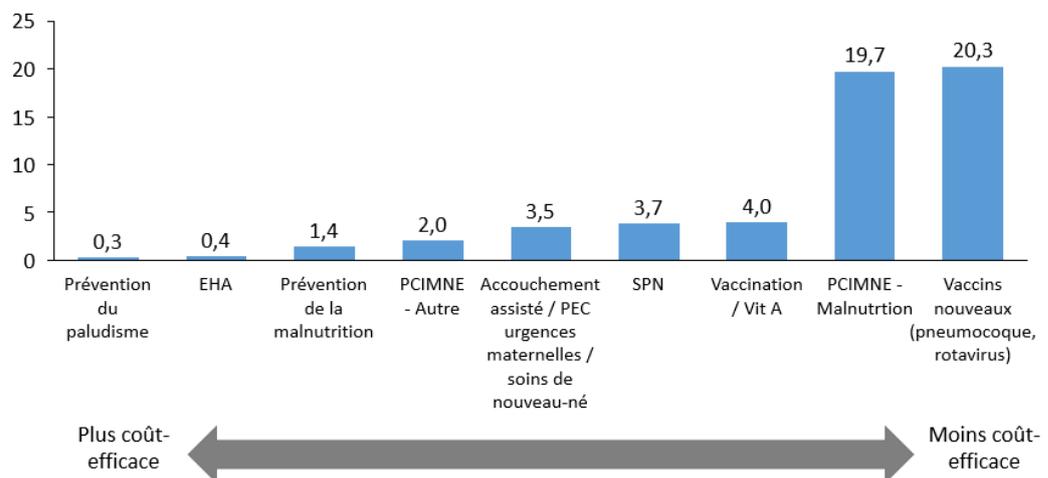


¹⁶ Clift, J., et al., *Landscape Study of the Cost, Impact, and Efficiency of Above Service Delivery Activities in HIV and Other Global Health Programs*. 2016, Results for Development: Washington, DC.

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

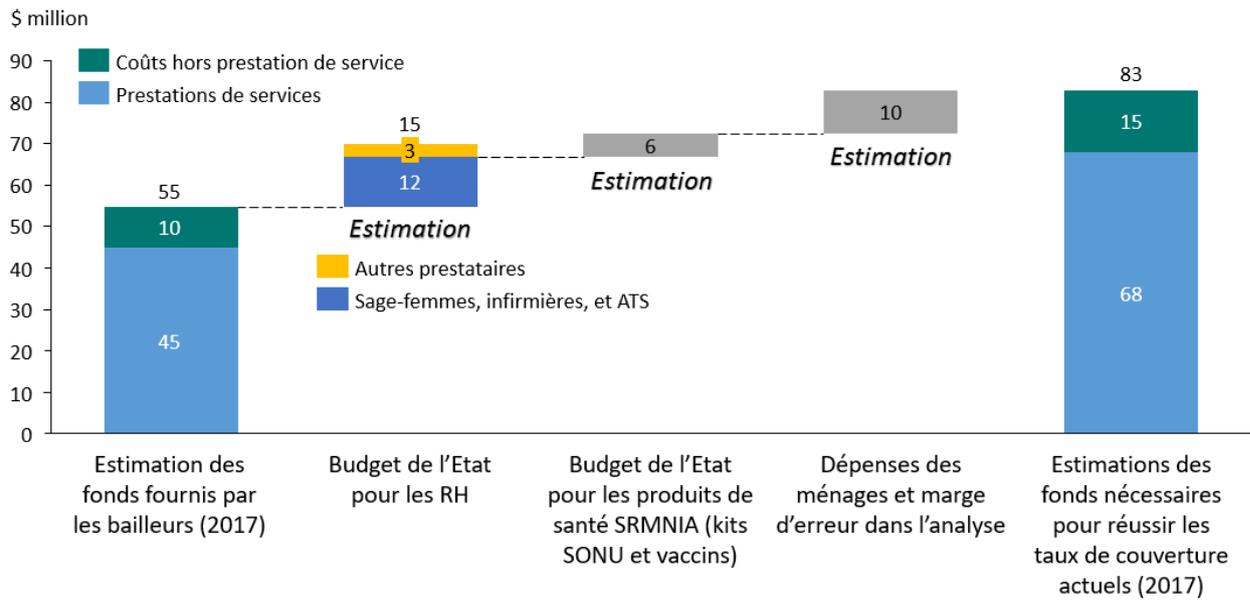


NB : Les coûts d'infrastructure ne sont pas inclus dans cette analyse.

5.2 Cartographie des ressources

On estime qu'il y a actuellement \$55 million fournis pour la SRMNIA par les bailleurs, et \$18 million 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

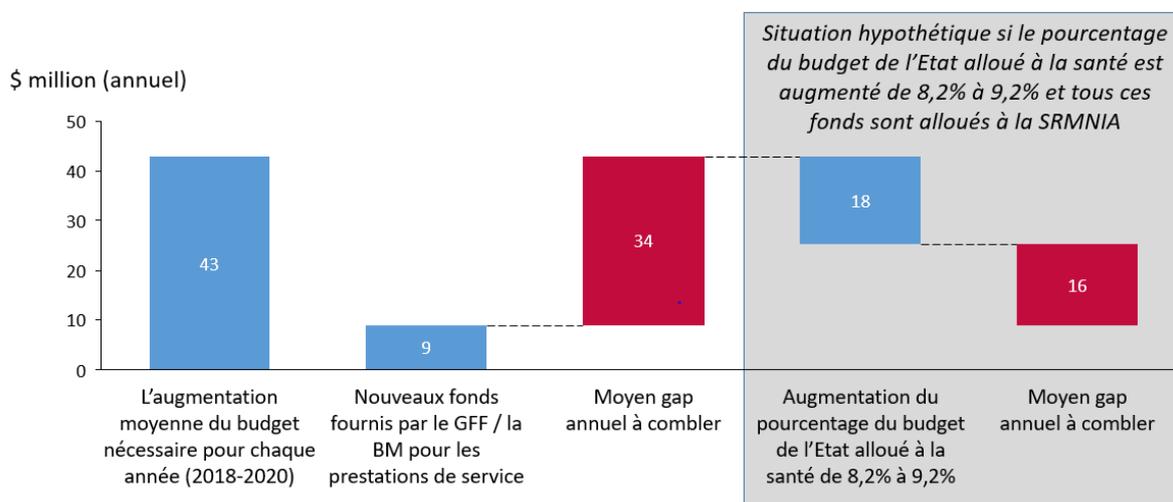


5.3 Estimation de gap de financement

Comme expliqué précédemment, on estime qu'on aura besoin d'augmenter le budget pour la SRMNIA par une moyenne annuelle de \$43 million 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 million pour cinq ans, soit \$9 million par an. Au calcul, il y a donc une moyenne de gap annuel de \$34 million 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 million).

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 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 (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 million par an (après l'investissement de la Banque Mondiale est compté.)

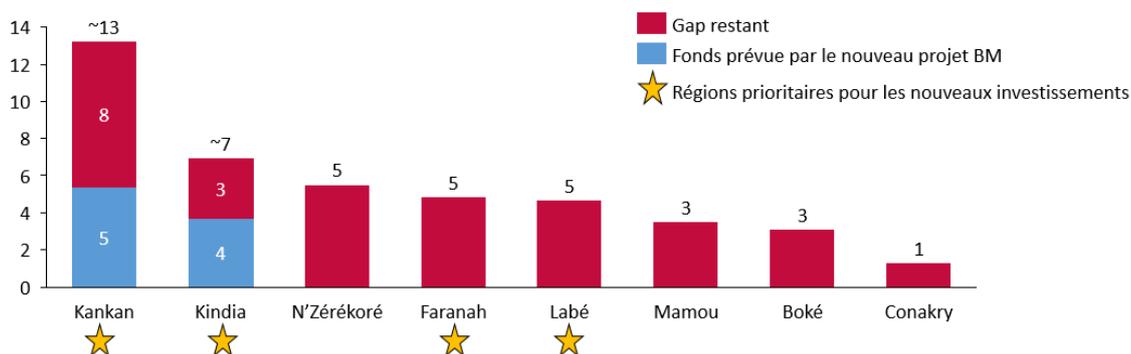
Tableau 5 - Analyse des régions les plus défavorisées

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
Total	Compte des indicateurs défavorisés		8	4	14	11	11	16	16	6

Méthodologie: On compte les nombres 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 existantes dans la région.

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 Tableau 6 pour un résumé 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'Etat 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'Etat 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, 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 :

Tableau 7 - Indicateurs de suivi-évaluation pour le DI

Catégories	Indicateurs	2017	2018	2019	2020
Financement de santé	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%			15%
	% 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	<i>A analyser</i>			
	Dépenses des ménages (% du total des dépenses à la santé)	<i>A analyser</i>			
	Utilisation des services	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%

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 pour le suivi-évaluation du DI et pour l'amélioration de gestion des ressources en général.

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/ANSFN	DRS Kankan
DNPM	INSE	DPS Mali
DRH	DNSCMT	DPS Tougué
DAF	DNIP	
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 professionnelle, 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

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 seuls 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 8 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 8 – 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

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 SRMNTIA?	Catégories de maladie	Sources d'information	Estimations des montants 2017
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
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	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

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
	sanitaires, incitatifs sur la performance								
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, chaine 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
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

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
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
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	SRMNIA general	UNICEF CPD	\$1,825,600
UNICEF	Nutrition	Pas spécifié	2013-2017	\$3,427,000	Prestations de services et coûts hors de	Oui	Nutrition	UNICEF CPD	\$685,400

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
					prestations de service				
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
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	Programmes de GAVI	2017-2021	\$10,800,000	Prestations de services	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$1,800,000

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
	complètement vaccinés								
GAVI	Gestion efficace des vaccines (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 Optimization Platform (CCEOP)	Programmes de GAVI	2017-2021	\$12,400,000	RSS - Autres	Oui	Vaccination	Demande de soutien GAVI	\$12,400,000
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	Pas spécifié	2017	\$2,500,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Non	Pas spécifié	Rapport Atelier GFF Kindia Janvier	\$2,500,000

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
	maternelle, néonatale, infantile, adolescent, genre, sexuelle et génésique								
FM - TB	Fonds tuberculose	Pas spécifié	2015-2017	\$10,961,273	Multiples 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 suivi et la supervision des activités	Projet PASSP	2016-2020	\$5,000,000	RSS - capacité de gestion et de RH	Oui	SRMNIA general	Projets BM	\$1,000,000
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

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
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