

REPUBLIQUE DE GUINEE



APPUI AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE

Date d'envoi de la demande : 02 septembre 2009

Une version électronique de ce formulaire de demande est disponible sur le site internet de GAVI Alliance (www.gavialliance.org).

Veillez envoyer cette demande électronique avec les pièces jointes (y compris la page des signatures) à l'adresse e-mail suivante : proposals@gavialliance.org

Demandes de renseignements : proposals@gavialliance.org ou auprès des représentants d'une agence partenaire de GAVI. Les propositions et les pièces jointes doivent être soumises en anglais ou en français.

Veillez vous assurer que la demande a bien été reçue par le secrétariat de GAVI avant ou le jour de la date limite. Les demandes reçues après cette date seront les premières prises en considération lors des examens suivants. GAVI ne sera pas responsable des retards ou de la non remise des demandes par les services de messagerie.

Le secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer les documents et les pièces jointes au pays. A moins qu'il ne soit spécifié autrement, les documents seront communiqués aux partenaires de GAVI Alliance et au public général.

Si des copies papier sont soumises veuillez les envoyer à cette adresse :

Nouvelles demandes / New Proposals
Secrétariat de GAVI Alliance,
Chemin de Mines 2.
CH 1202 Genève, Suisse

Conakry, août 2009

Table des matières	Page
Table des matières	Page
Abréviations et acronymes	3
Résumé analytique	5
Section 1: Processus d'élaboration de la demande.....	7
Section 2: Informations sur le contexte national.....	14
Section 3: Analyse de situation / Evaluation des besoins.....	20
Section 4: Buts et objectifs du soutien pour le RSS de GAVI.....	40
Section 5: Activités du RSS de GAVI et Calendrier de mise en application	43
Section 6: Suivi, évaluation et recherche opérationnelle	55
Section 7: Dispositions de mise en application	68
Section 8: Prévisions budgétaires et financement des activités soutenues par le RSS de GAVI .	77
Section 9: Termes et conditions du soutien de GAVI.....	85
Section 10: Approbation de la demande	87
ANNEXE 1 Documents justificatifs soumis avec la demande de RSS de GAVI et liste de contrôle final	89
ANNEXE 2 Formulaire bancaire	90

Au candidat

Veillez vous assurer que toutes les abréviations et acronymes présents dans la demande et les pièces jointes soient mentionnés ici.

Abréviations et acronymes

AFD	: Agence Française de Développement
AFRO-HQ	: Bureau Régional Afrique – Quartier Général
AGBEF	: Association Guinéenne pour le Bien-être Familial
APNDS	: Appui au Plan National de Développement Sanitaire
ARV	: Anti Rétroviraux
ATS	: Agent Technique de Santé
BAD	: Banque Africaine de Développement
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BID	: Banque Islamique de Développement
BM	: Banque Mondiale
BSD	: Bureau de Stratégie et de Développement
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agence
CCSS	: Comité de Coordination du Système de Santé
CDF	: Chaîne de Froid
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CIDR	: Centre International pour la Recherche sur le Développement
CNFRSR	: Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CPC	: Consultation Primaire Curative
CPN	: Consultation Périnatale
CREDES	: Centre de Recherche et Développement en Santé
CS	: Centre de Santé
CTC	: Comité Technique de Coordination
CTPS	: Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS	: Comité Technique Régional de la Santé
DAF	: Division des Affaires Financières
DAT	: Dispositif d'Appui Technique
DOTS	: Traitement Supervisé de Courte Durée
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC	: Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTC/HepB/Hi	: Diphtérie Tétanos Coqueluche/Hépatite B/Haemophilus influenzae
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIVS	: Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
GTZ	: Agence de Coopération Allemande
Hép B	: Vaccin anti hépatite B
HGR	: Hôpital Général de Référence
HN	: Hôpital National
HP	: Hôpital Préfectoral
HR	: Hôpital Régional
HTA	: Hypertension Artérielle
IDH	: Indice de Développement Humain
IFORS	: Institut de Formation et de Recherche en Santé
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IST /VIH/SIDA	: Infection Sexuellement Transmissible/ Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

IST /WA	: Equipe d'Appui inter pays Ouest Africain
ME	: Médicaments Essentiels
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
METFP	: Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
MICS	: Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MURIGA	: Mutuelle pour la prise en charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement
NC	: Nouveau Contact
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PCG	: Pharmacie Centrale de Guinée
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV-SSP-ME	: Programme Elargi de Vaccination-Soins de Santé Primaires-Médicaments Essentiels
PF	: Planification Familiale
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIP	: Programme d'Investissement Public
PIP-PCT	: Programme d'Investissement Public- Programme de Coopération Technique
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMAC	: Paquet Minimum d'Activités Complet
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC	: Plan PluriAnnuel Complet
PPDS	: Plan Préfectoral de Développement Sanitaire
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PS	: Poste de Santé
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	: Ressources Humaines
RNB	: Revenu National Brut
RSS	: Renforcement du Système de Santé
SAA	: Soins Après Avortement
SAF	: Service des Affaires Financières
SASDE	: Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant
SERACCO	: Service Régional d'Appui aux Collectivités, aux Coopératives et aux ONG
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SOUB	: Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SS	: Système de Santé
STEP	: Approche Pas à Pas
TBC	: Tuberculose
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International
USD	: Dollar des Etats-Unis
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Anti Tétanique

Résumé analytique

Au candidat

- *Veillez fournir un résumé de la proposition qui comporte le but et les objectifs de la demande en vue de l'obtention d'un soutien RSS de GAVI, les stratégies et activités principales qui seront entreprises, les résultats escomptés, la durée du soutien et le montant total des fonds demandés, ainsi que les données de base et les objectifs à atteindre pour les indicateurs prioritaires choisis.*

Située en Afrique de l'Ouest, la République de Guinée, avec une population estimée à 10.235.747 habitants en 2009 est classée parmi les pays pauvres très endettés. La population vivant au-dessous du seuil de pauvreté est de 49%. Le profil épidémiologique du pays reste dominé par les maladies endémiques, notamment le paludisme, les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers. Les données sur l'état de santé de la population sont caractérisées par un taux de mortalité infantile¹ de 91 pour mille, un taux de mortalité infanto-juvénile² de 163 pour mille et un taux de mortalité maternelle³ d'environ 980 pour 100.000 naissances vivantes ; l'espérance de vie à la naissance oscille autour de 54 ans.

Le taux de couverture vaccinale du DTC3 est de 88% selon les données administratives de 2008.

Pour réduire la charge de morbidité et de mortalité, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a élaboré, en collaboration avec ses partenaires du secteur, des documents stratégiques qui sont :

- 1) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont l'objectif général est de mettre en place, d'ici l'an 2012, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté ;
- 2) le PPAC qui couvre la période 2007-2011 s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de l'axe stratégique n°1 du PNDS. Son objectif général est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination par l'amélioration des taux de couverture vaccinale de l'ensemble des antigènes du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et le renforcement de la surveillance des maladies à potentiel épidémique.

Mais l'atteinte de ces objectifs est limitée par certaines contraintes liées au système de santé. Ce sont : (i) la faible accessibilité aux soins et aux services, (ii) la faible disponibilité des médicaments et des ressources humaines, (iii) la faible coordination du secteur et (iv) le sous-financement du secteur.

En effet, en dépit des efforts du Ministère de la santé et de ses partenaires pour lever ces contraintes, principalement dans les zones de pauvreté accentuée et de post-conflit, 15 districts de santé sur 33 éprouvent plusieurs difficultés dans la mise en œuvre des prestations de soins et des activités de vaccination.

¹ EDS III 2005

² EDS III 2005

³ EDS III 2005

La présente proposition à GAVI vient en complément aux autres interventions en vue de lever ces obstacles dans cinq (5) districts sélectionnés selon les critères ci-après : (i) la complémentarité des intervenants extérieurs, (ii) la concentration du soutien de GAVI à une zone géographique pour éviter le saupoudrage, (iii) le potentiel de résultats en matière de couverture des services essentiels (vaccination et autres services de santé) et (iv) l'optimisation des charges de suivi.

Pour ce faire, deux objectifs ont été définis :

1. Augmenter l'accessibilité des soins essentiels de 40% en 2006 à 60% d'ici fin 2011 dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale
2. Renforcer les capacités de gestion de 5 districts sanitaires, 2 directions régionales de santé et du niveau central d'ici fin 2011

Pour y parvenir, les domaines d'intervention suivants ont été ciblés :

- l'amélioration de l'accessibilité aux services essentiels de santé par l'organisation des stratégies avancées (PMI mobile) dans les villages enclavés,
- le renforcement de la qualité des prestations et la mise en place de mécanismes de partage du risque maladie. Ces 2 domaines entrent dans le cadre des axes stratégiques N° 1 et 3 du PNDS.
- Le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à travers la formation du personnel en planification, suivi/évaluation des services de santé et le développement de la supervision (axe stratégique N° 2 du PNDS)
- Le renforcement de la coordination, de la collaboration intersectorielle et de la participation communautaire (axes stratégiques N° 2 et 5 du PNDS).

La population cumulée en 2009 des 5 préfectures ciblées est de 1.046.345 habitants.

Le montant global du soutien de GAVI qui s'étendra sur une période de deux ans allant de 2010 à 2011, s'élève à **2.133.932 USD** et complètera les financements déjà disponibles (Etat, ménages, autres partenaires).

Les progrès réalisés seront évalués à travers les indicateurs suivants : le taux de couverture vaccinale, le taux d'utilisation des services curatifs des moins de 5 ans, le taux d'accouchements assistés et le taux de césarienne. A l'état actuel, les données disponibles ne sont pas désagrégées par sexe.

En vue de garantir une meilleure utilisation des fonds GAVI, des audits seront initiés par le CCSS. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique collaborera avec le Secrétariat de GAVI pour assurer que la politique de transparence et de responsabilité (TAP) au niveau de la Guinée respecte les critères exigés. Les résultats de chaque audit seront discutés au niveau du CCSS en vue de prendre les dispositions utiles pour corriger les insuffisances éventuelles dans la gestion des fonds.

La mise en œuvre des réformes entreprises actuellement dans le secteur de la santé par le Gouvernement permettra d'assurer la pérennité des acquis du soutien de GAVI. Ce sont : (1) le transfert des services de santé de base (centres et postes de santé) aux collectivités locales (2) l'amélioration des capacités techniques de gestion et de gouvernance (3) l'amélioration de la qualité des prestations et (4) la promotion du mouvement mutualiste.

Section 1 : Processus d'élaboration de la demande.

Au candidat : section 1.1

Dans cette section, veuillez décrire le processus d'élaboration de la demande de RSS de GAVI.

- Veuillez commencer par une description de votre comité de coordination du secteur de la santé ou son équivalent (tableau 1.1).

1.1 : Le CCSS (ou son équivalent national)

Nom du CCSS (ou son équivalent) : Comité de coordination du système de santé (CCSS).
Le CCSS a été créé par la note de service n° 156 / MSHP/CAB du 19 septembre 2008.

Le CCSS est opérationnel depuis :

Le comité de coordination du système de santé de la République de Guinée s'acquitte de ses tâches depuis le mois de novembre 2008 par la mise en place d'un comité technique chargé d'élaborer la proposition RSS de la République de Guinée et l'organisation de réunions de suivi du processus.

Structure organisationnelle (par ex., sous-comité, organisme indépendant) :

Le Comité de coordination du système de santé est placé sous la présidence du Secrétaire général du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Il comprend, outre le président, un vice-président, un rapporteur et vingt un membres issus de Départements ministériels et des Institutions nationales et internationales partenaires du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Par ailleurs, un Comité technique chargé de l'élaboration de la proposition a été créé par note de service N° 155/CAB/MSHP en date du 19 septembre 2008. Présidé par le Chef de Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, il comprend un vice-président et huit (8) membres.

Le Comité de coordination du système de santé peut aussi faire appel à une expertise extérieure en cas de besoin.

Il faut rappeler que des mécanismes de coordination de la mise en œuvre du PNDS sont mis en place et fonctionnels depuis 2003. Il s'agit des Comités Techniques Préfectoraux de la Santé (CTPS), des Comités Techniques Régionaux de la Santé (CTRS), des Comités Techniques de Coordination (CTC) et de la réunion annuelle des partenaires techniques et financiers.

Fréquence des réunions :⁴

Les réunions ordinaires du comité de coordination du système de santé sont trimestrielles. La première réunion annuelle est une réunion de validation des plans d'action et la dernière porte sur la revue annuelle des interventions, de l'utilisation des ressources et la définition des priorités pour l'année suivante.

Des réunions peuvent également être convoquées en sessions extraordinaires au besoin.

⁴ Les comptes-rendus de réunions du CCSS concernant le soutien RSS, y compris le compte-rendu de la réunion au cours de laquelle la proposition a été adoptée, doivent être joints à la proposition, comme documents d'appui. Les comptes-rendus doivent être signés par le président du CCSS. Le compte-rendu de la réunion d'adoption de cette proposition pour le soutien de GAVI au RSS doit être signé par tous les membres du CCSS.

Rôle et fonction :

Le comité de coordination a pour rôle de :

1. définir et assurer le suivi des orientations politiques et stratégiques et des réformes du système de santé ;
2. suivre la mise en œuvre du PNDS et du DSRP conformément à la politique de santé du pays ;
3. mobiliser les ressources internes et externes (multilatérales et bilatérales) nécessaires au financement du secteur de la santé ;
4. assurer la coordination, l'alignement et l'harmonisation des interventions dans le secteur de la santé ;
5. valider les résultats des travaux du Comité Technique ;
6. organiser les revues annuelles et les instances de coordination du secteur de la santé ;
7. approuver les plans et rapports annuels du secteur de la santé ;
8. initier les audits sur la gestion des ressources financières du secteur et en valider les résultats ;
9. initier les évaluations du secteur et en valider les rapports ;
10. valider les rapports d'évaluation interne et externe.

Au candidat : section 1.2

- Dans cette section, veuillez décrire le processus qu'a suivi votre pays pour préparer cette demande de RSS de GAVI (tableau 1.2)

Note: Sans pièces à l'appui (procès-verbaux signés des réunions du CCSS) et une description minutieuse du processus de préparation de la demande le Comité d'examen indépendant (CEI) de GAVI ne pourra pas évaluer l'implication des intervenants clés (société civile, bilatérale, secteur privé et représentants des populations difficiles à atteindre) dans le processus. Les procès-verbaux signés des réunions du CCSS liées à la préparation de la demande de soutien pour le RSS devront être jointes (document numéro...) comme pièce justificative, avec les procès-verbaux signés de la réunion (document numéro...) au cours de laquelle la demande a été approuvée par le CCSS.

1.2 : Présentation générale du processus d'élaboration de la demande

Qui a coordonné et supervisé le processus d'élaboration de la demande ?

Le comité de coordination du système de santé a coordonné et supervisé le processus d'élaboration de la proposition.

Qui a conduit l'ébauche de la demande ? Une assistance technique a-t-elle été fournie ?

La rédaction de la proposition a été dirigée par le Président du Comité Technique d'élaboration de la proposition en collaboration avec le Bureau de Stratégie et de développement du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui est la structure chargée de la coordination du secrétariat technique.

L'OMS a mis à la disposition du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique un consultant international qui a appuyé le processus de l'élaboration de la proposition.

Brève chronologie des activités, réunions et examens qui ont conduit à la soumission de la proposition.

Le processus d'élaboration de la proposition s'est déroulé comme suit :

- ✚ le 19 septembre 2008 : Création du comité de coordination du système de santé (CCSS)
- ✚ le 19 septembre 2008 : Création du comité technique d'élaboration de la proposition de requête de financement du système de santé par GAVI-RSS.
- ✚ du 21 au 29 Novembre 2008 : tenue, à Conakry, d'un atelier préparatoire pour définir la démarche méthodologique, les étapes, le calendrier et le budget du processus d'élaboration de la proposition de financement du RSS à GAVI ainsi que la revue documentaire. Cet atelier a bénéficié de l'appui d'un consultant international recruté par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ;
- ✚ 1^{er} décembre 2008 : Réunion de compte-rendu au Comité de Coordination des résultats des travaux de l'atelier préparatoire tenu du 21 au 29 novembre 2008 ;
- ✚ du 9 au 11 décembre 2008 : participation, à Ouagadougou, à l'atelier de renforcement des capacités en développement des propositions de GAVI-RSS d'une équipe composée des Directeurs du Bureau de Stratégie et de Développement et du PEV, d'un médecin-chef de district et du responsable du Renforcement du système de santé à la représentation de l'OMS à Conakry ;

- ✚ du 7 au 22 janvier 2009 : tenue d'un atelier à Maférinyah (100 km de Conakry), pour l'élaboration du draft 1 de la proposition par le remplissage du formulaire sur la base des éléments suivants :
 - analyse des informations disponibles et identification des goulots d'étranglement ou obstacles qui entravent la performance du système de santé ;
 - identification des obstacles qui sont entrain d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes ;
 - identification des obstacles qui ne sont pas entrain d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien de GAVI au RSS ;
 - choix des zones et des interventions à soumettre au financement GAVI ;
 - estimation des coûts et définition du dispositif de mise en œuvre et de suivi.
- ✚ 05 février 2009 : Réunion de compte-rendu au Comité de Coordination des résultats des travaux de l'atelier de rédaction du draft 1 de la proposition ;
- ✚ 16 – 18 février 2009 : organisation à Maférinyah, d'un atelier régional d'amendement du draft 1 de la proposition par l'implication des niveaux intermédiaire et périphérique du système de santé ;
- ✚ 12 mars 2009 : soumission du draft1 finalisé à l'examen des pairs (IST/WA, AFRO-HQ) et des partenaires clés ;
- ✚ 17 – 19 mars 2009 : participation des Directeurs du Bureau de Stratégie et de Développement et du PEV, du point focal RSS/Fonds Mondial et du responsable du Renforcement du système de santé à la représentation de l'OMS à Conakry, à Ouagadougou, à l'atelier de revue par les Pairs des Propositions GAVI-RSS de 5 pays francophones de l'Afrique de l'Ouest ;
- ✚ 30 mars - 04 avril 2009 : tenue de l'atelier d'élaboration du draft 2 de la proposition GAVI-RSS par le Comité technique par la prise en compte des observations formulées au cours de l'atelier de revue du draft 1 par les Pairs ;
- ✚ 5 – 15 avril 2009 : Intégration des observations faites par les pairs et les partenaires clés appuyée par un consultant international
- ✚ 15 avril 2009 : Réunion du CCSS pour adoption et approbation de la proposition.
- ✚ 17 avril 2009 : Cérémonie de signature du document final ;
- ✚ 24 avril 2009 : Transmission de la proposition au secrétariat exécutif de GAVI.
- ✚ Juin 2009 : Evaluation de la proposition par le Comité d'Experts Indépendants
- ✚ 31 juillet 2009 : Réunion de compte-rendu au Comité de Coordination des résultats de l'évaluation de la proposition par le Comité d'Experts Indépendants ;
- ✚ 04 – 09 août 2009 : organisation d'un atelier de préparation de la nouvelle soumission GAVI-RSS ;
- ✚ 17-19 août 2009 : Participation de deux cadres à la revue par les pairs à Ouagadougou des propositions de réponses à soumettre au CEI
- ✚ 21 août 2009 : Réunion de présentation de la nouvelle soumission
- ✚ 24 – 25 août 2009 : intégration des observations formulées lors de la reunion du 21 août 2009
- ✚ 26 août 2009 : Réunion d'approbation de la nouvelle soumission

- ✚ 28 août 2009 : Signature de la nouvelle soumission par les ministres
- ✚ 2 septembre 2009 : Transmission de la nouvelle soumission au Secrétariat exécutif de GAVI.

Qui était impliqué dans l'examen de la demande et quel est le processus qui a été adopté ?

Les organisations qui sont intervenues dans l'examen de la proposition RSS de la République de Guinée sont :

1. l'OMS (Bureau pays)
2. l'UNICEF (Bureau pays)
3. l'UNFPA
4. l'AGBEF
5. le Ministère de l'Economie et des Finances
6. le Ministère du Plan et de la promotion du secteur privé

Les modalités d'examen de la proposition RSS de la République de Guinée étaient les suivantes :

1. chaque version issue d'un atelier de rédaction a été envoyée aux membres du CCSS et aux partenaires pour des propositions de corrections ou observations éventuelles.
2. après réception des observations sur les différentes versions du document, une réunion était organisée pour permettre aux uns et autres d'apporter les amendements qu'ils jugent nécessaires.
3. suite à ce processus, la version finale du document est produite et envoyée au Secrétariat Exécutif de GAVI.

Qui a approuvé et signé la demande avant sa soumission au secrétariat de GAVI ?

Avant sa soumission au Secrétariat de GAVI, la proposition de la République de Guinée a été approuvée par :

1. Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique
2. Le Ministre de l'Economie et des Finances
3. Le Ministre du Plan et de la Promotion du secteur privé
4. le Président du Comité de Coordination du Système de Santé
5. Le Représentant de l'OMS, bureau pays
6. Le Représentant de l'UNICEF, bureau pays
7. Le Représentant de l'UNFPA, bureau pays.

Un financement de GAVI a-t-il été reçu pour l'élaboration de la demande de soutien pour le RSS ? Si oui, combien, quand a-t-il été reçu et comment a-t-il été utilisé ou sera utilisé ?

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a bénéficié de la part de GAVI de cinquante mille dollars (50.000 USD) comme soutien au processus d'élaboration de la Proposition. Ce fonds a été utilisé pour financer les ateliers de préparation de la proposition, les réunions d'étapes pour la validation des résultats et pour payer les consultants venus appuyer l'équipe technique d'élaboration de la proposition.

Au candidat: section 1.3

- Veuillez décrire les rôles et responsabilités des partenaires clés dans l'élaboration de la demande de soutien pour le RSS de GAVI (tableau 1.3)

Note: Tous les partenaires clés devront être inclus dans le processus : le Ministère de la Santé, ainsi que les départements de planification et de vaccination ; le Ministère des Finances ; les partenaires bilatéraux et multilatéraux ; les comités de coordination pertinents, les ONG et la société civile et le secteur privé de la santé. S'il n'y a pas eu d'implication de la société civile, du secteur privé de la santé ou des autres intervenants clés dans l'élaboration de la demande pour le RSS de GAVI, veuillez l'expliquer ci-dessous (1.4)

1.3: Rôles et responsabilités des partenaires clés (membres du CCSS et autres)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CCSS oui/non	Veuillez décrire les rôles et responsabilités spécifiques de ce partenaire dans l'élaboration de la demande pour le RSS de GAVI
Chef de Cabinet	MSHP	Oui	Coordination du processus d'élaboration de la proposition
Directeur du Bureau de Stratégie et de Développement	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Oui	Préparation et conduite du processus d'élaboration de la proposition RSS de la République de Guinée
Directeur du Programme Elargi de Vaccination	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Oui	Soutien à l'élaboration de la proposition et harmonisation des interventions avec le PPAC
Chef de la Division des Affaires Financières	Ministère des Finances	Oui	Contribution à l'élaboration de la proposition et intégration des aspects liés aux financements
Conseiller en système de santé (MPN/OMS/RG)	Organisation Mondiale Santé	Oui	Appui technique à l'élaboration de la proposition RSS et Mobilisation des partenaires
Chef du Programme Santé /UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance	Oui	Soutien technique à l'élaboration de la proposition GAVI RSS et examen avant la soumission à l'Alliance GAVI
Conseiller en Politique de Santé	MSHP	Oui	Soutien à l'équipe de préparation de la proposition GAVI
Chef de la Division des Ressources Humaines	MSHP	Non	Contribution à l'élaboration de la proposition et intégration de la dimension Ressources Humaines
Directeur de la Pharmacie Centrale de Guinée	MSHP	Non	Contribution à l'élaboration de la proposition et intégration de la dimension Approvisionnement en médicaments
Directeur Exécutif	AGBEF	Oui	- Participation aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle) - Appui technique à l'amélioration des services de SR - Contribution à l'élaboration de la proposition et intégration des dimensions organisation de la société civile, sensibilisation des populations et participation des prestataires privés.
Chargée de Programme SR	UNFPA	Oui	- Participation aux instances de coordination - Contribution à l'élaboration de la proposition et intégration des dimensions SR

Au candidat: section 1.4

- *Les partenaires et les membres du CCSS sont encouragés à fournir leurs remarques et faire connaître au secrétariat de GAVI toute préoccupation ou question anticipée sur la mise en application, le suivi ou les dispositions financières.*
- *Si le CCSS désire faire toute observation ou recommandation supplémentaire sur la demande de RSS de GAVI au secrétariat de GAVI et au Comité d'examen indépendant, veuillez le faire ci-dessous.*
- *Veuillez expliquer s'il n'y a eu aucune implication de la société civile ou du secteur privé et établir s'ils sont censés avoir un rôle de prestation de services ou de soutien dans la mise en application du soutien pour le RSS de GAVI.*
- *S'il s'agit d'un renouvellement de demande, veuillez décrire les principaux changements introduits dans cette proposition*
- *Veuillez décrire toute leçon apprise ou pratique utile développée pendant l'élaboration de la proposition pour le RSS*

1.4: Observations supplémentaires sur le processus d'élaboration de la demande de RSS de GAVI

La plupart des partenaires du secteur de la santé (coopération bilatérale, multilatérale et du Système des Nations Unies et société civile) ont été impliqués au processus d'élaboration et d'examen de la proposition de la République de Guinée.

Le secteur privé est relativement récent en République de Guinée et les structures de représentativité sont très peu opérationnelles.

Section 2: Informations sur le contexte national

Au candidat : section 2.1

- Veuillez fournir les informations socio-économiques et démographiques les plus récentes disponibles pour votre pays. Veuillez spécifier les dates et les sources des données. (tableau 2.1). Si elles diffèrent ou sont incohérentes par rapport à celles utilisées dans d'autres demandes ou contrôles de GAVI des justifications devront être fournies.

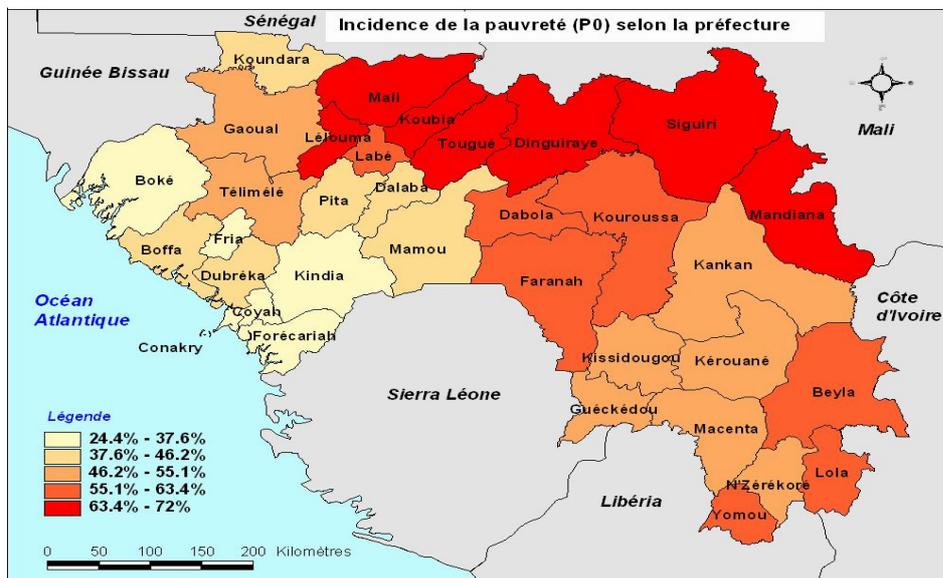
2.1: Informations sociodémographiques et économiques actuelles du pays⁵

Située en Afrique occidentale, la République de Guinée couvre une superficie de 245.857 kilomètres carrés. Elle comprend quatre régions naturelles qui sont la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière. Elle est organisée en 8 régions administratives regroupant 33 préfectures et 5 communes.

La projection des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en décembre 1996 permet d'estimer, un taux annuel de croissance démographique de 2,8%, que la population guinéenne se chiffre en 2009 à 10.235.747 habitants.

Trois Guinéens sur quatre sont analphabètes, avec des taux beaucoup plus marqués chez les femmes que chez les hommes, ainsi que chez les ruraux que chez les citadins.

En dépit des potentialités physiques et économiques, la Guinée fait partie des pays les moins avancés. Elle n'a jamais réussi à sortir de la tranche des 15 derniers pays depuis le lancement du Rapport mondial sur le développement humain. Elle est également classée parmi les pays pauvres très endettés (PPTÉ), les pays à faibles revenus sous stress (LICUS) et les Etats fragiles.



Concrètement, le niveau de vie des populations guinéennes est non seulement très précaire, mais ne s'améliore presque pas. En effet, selon les indications de la dernière enquête nationale sur les ménages, le taux de pauvreté s'est accru entre 2002 et 2005, en passant de 49,2% à

⁵ Si la proposition identifie des activités à accomplir au niveau infranational, des données infranationales doivent être fournies quand elles sont disponibles. Ces données sont à fournir en plus des données nationales.

53% contre 40% en 1995 dont un cinquième vit dans l'extrême pauvreté. Le revenu national brut par habitant est passé de 450 USD en 2000 à 410 USD en 2002 et 400 USD en 2006.

Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) auxquels la Guinée a souscrit en 2000 se recourent parfaitement avec ceux des deux dernières séquences de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SRP). Toutefois, ils sont loin d'être atteints, au regard des résultats obtenus à date en la matière.

Le financement de la santé demeure faible avec une moyenne de 4-5% du budget total de l'Etat depuis une dizaine d'années. La quasi-totalité des programmes prioritaires de santé publique tels que le VIH/SIDA, les IST, le paludisme et l'onchocercose sont dépendants des bailleurs de fonds.

Outre des moyens financiers limités, il faut aussi noter la faiblesse d'autres indicateurs tels que le nombre d'habitants par médecin (8.323 personnes), par infirmier (6.345), par matrone (20.876). Le personnel le plus qualifié exerce à Conakry (49% des médecins, 59% des laborantins, 100% des dentistes et 61% des sages-femmes). Les autres régions, surtout les zones rurales, sont beaucoup moins servies.

Cet état de fait se reflète clairement dans la perception des ménages concernant leurs capacités à répondre à leurs besoins de santé, d'une part, et l'évolution du degré de satisfaction de leurs besoins de santé durant les dernières années. En effet, selon l'EIBEP 2002-2003/DNS/MP, seulement 4,2% des ménages guinéens sont à mesure de répondre plus que normalement à leurs besoins de santé et 18,9% le sont juste normalement. Un peu plus des trois quarts (76%) sont incapables d'y faire face de manière adéquate.

Le système de soins guinéen est composé des sous-secteurs public et privé.

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents, à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans la maintenance.

Le sous-secteur privé comprend, d'une part, les structures médicales, et d'autre part, les structures biopharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique. En ce qui concerne les structures pharmaceutiques et biomédicales, elles sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyse biomédicale.

Principaux indicateurs socioéconomiques et de santé

Information	Valeur	Information	Valeur
Population	10 235 747 ⁶	RNB par habitant	400 USD ⁷
Cohorte de naissances annuelles	409 430	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	163‰ ⁸
Nourrissons survivants	377 506	Taux de mortalité infantile	91‰ ⁹
Pourcentage du RNB alloué à la santé	4%	Pourcentage des dépenses du Gouvernement au titre de la santé	6% ¹⁰
Taux de couverture DTC ₃ (par sexe, si disponible)	88% ¹¹		

*Enfants survivants=enfants survivant au 12 premiers mois de vie.

⁶ Population estimée sur la base des chiffres du document du PPAC 2007 - 2011

⁷ Banque Mondiale 2006

⁸ PPAC 2007 - 2011

⁹ DSRP II 2008 - 2010

¹⁰ DSRP II 2008 - 2010

¹¹ Rapport PEV 2008

Au candidat: section 2.2

- *Veillez fournir un bref résumé du plan du secteur de la santé (ou son équivalent) de votre pays comprenant les objectifs clés du plan, les points forts et les points faibles qui ont été identifiés au travers de l'analyse du secteur de la santé, et les domaines de priorité pour le développement à venir (tableau 2.2)*
- *Veillez souligner toute barrière socio-économique spécifique à l'accès aux services de vaccination, entre autre : populations difficiles à atteindre ou inégalité des sexes.*

2.2 : Vue d'ensemble du Plan stratégique national du secteur de la santé (document numéro 1) et comment il est relié au PPAC (document numéro 12)

Pour faire face aux besoins de santé de la population, le Gouvernement guinéen a élaboré et adopté des documents comme la politique nationale de santé de laquelle ont été déclinés le plan national de développement sanitaire (PNDS), la composante Santé du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) et la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il existe un lien de complémentarité entre ces documents stratégiques.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé et a servi de base à l'élaboration du DSRP et du PPAC.

Le PNDS qui a été bâti à partir d'une analyse de situation du secteur, comprend des objectifs à atteindre et des stratégies de mise en œuvre.

2.2.1 Analyse de situation

Cette analyse a relevé les problèmes qui limitent la performance du système de santé dont les principaux sont :

2.2.1.1 Problèmes liés aux services de santé**a. Cadre institutionnel du secteur**

L'organisation du Ministère ne permet pas d'atteindre le niveau de performance souhaité. La multiplicité des programmes verticaux et leur faible intégration rendent difficile l'organisation du travail dans les structures décentralisées et les services de soins.

b. Ressources

La faiblesse et/ou la mauvaise répartition des ressources disponibles (ressources humaines, infrastructures et équipements, produits pharmaceutiques, ressources financières) limite les performances du système.

c. Processus de gestion

La coordination, le cycle de la planification, la qualité des prestations, le système d'information sanitaire présentent des dysfonctionnements aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

2.2.1.2 Problèmes de santé de la population

L'état de santé de la population est préoccupant. En effet, les taux de mortalité maternelle (980 pour 100.000 naissances vivantes) et infantile (91 pour 1000 naissances vivantes) et de prévalence pour 1.000 habitants de certaines affections restent élevés : Paludisme 104,7, Infections respiratoires 53,5 Helminthiases 32,1 Diarrhées sanglantes 5,8 Diarrhées non sanglantes 15,8.

Certaines maladies émergentes (VIH/SIDA, hypertension artérielle, diabète, cancer du col utérin, etc.) et réémergentes (tuberculose, trypanosomiase...) prennent une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique du pays. Il en est de même des accidents de circulation, de la toxicomanie sous toutes formes.

2.2.2 Défis

Les défis majeurs à relever par le système de santé sont :

- ✓ la pérennité des acquis, qui passera par un effort renouvelé d'engagement et de responsabilité de la part de l'Etat, des professionnels de la santé, des communautés et des partenaires au développement. Cet engagement inclut le financement et la décentralisation du système.
- ✓ l'accès équitable aux soins et aux services de santé pour que chaque guinéen puisse bénéficier en temps opportun des soins requis par son état de santé.
- ✓ L'amélioration de la qualité des soins et des services avec l'observance de standards internationalement reconnus et socialement acceptés.
- ✓ Le contrôle du paludisme et des maladies émergentes et réémergentes, notamment les IST-SIDA et la tuberculose, qui exige la mobilisation de chacun.
- ✓ La sécurisation des produits de santé de la reproduction.

2.2.3 Opportunités

- ✓ La volonté politique du Gouvernement d'améliorer la santé de la population,
- ✓ La superposition de l'organisation du système de soins avec le découpage administratif,
- ✓ La décentralisation de l'administration territoriale, en cours de renforcement avec l'appui des partenaires, pourrait contribuer à accélérer celle du secteur de la santé,
- ✓ L'engagement des partenaires à accompagner la mise en œuvre de la politique sanitaire.

2.2.4 Orientations Politiques

2.2.4.1 Vision

La *vision* est de faire que toute personne vivant en Guinée soit en bonne santé. Ceci implique l'accès universel à des soins de qualité dans un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par un partenariat et une collaboration intersectorielle étroite.

Objectif

L'objectif est de mettre en place, d'ici l'an 2012, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté.

2.2.4.3 Axes stratégiques

Pour atteindre l'objectif ci-dessus, les cinq axes stratégiques suivants, tous détaillés dans le Plan Stratégique de Développement Sanitaire, sont retenus :

- a. Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité
 - b. Renforcement des capacités institutionnelles et de gestion
 - c. Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services
-

- d. Développement des ressources humaines
- e. Promotion de la santé.

L'axe stratégique lutte intégrée contre la maladie a retenu des mesures de Prévention primaire pour le contrôle des maladies. A cet effet, l'immunisation contre les maladies évitables par la vaccination, le suivi des grossesses pour identifier précocement celles à risque, le suivi nutritionnel et la supplémentation chez les enfants de moins de cinq ans et l'I.E.C seront renforcés.

La vaccination est reconnue comme l'intervention de meilleur rapport coût – efficacité et reste de ce fait le principal moyen de lutte contre la maladie.

Pour réaliser ces services de vaccination, le MSHP a adopté le Programme élargi de vaccination (PEV) comme stratégie de mise en œuvre.

Les objectifs du PEV sont :

- Assurer une disponibilité suffisante des vaccins essentiels : DTCoq, Polio, VAT, BCG, anti-rougeoleux, anti-amaril, antihépatitique B,
- Atteindre une couverture vaccinale totale de 90% des enfants de moins d'un an et des femmes en âge de procréer, y compris dans les zones pauvres et enclavées.
- Eradiquer la poliomyélite à court terme.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la Santé a élaboré un PPAC qui vise à contribuer à la réduction de la mortalité infantile en réalisant une couverture vaccinale nationale de 90% pour chaque antigène et d'au moins 80% dans chaque district sanitaire.

Au cours de la période couverte par ce plan, la Guinée se propose d'améliorer les performances actuelles du PEV de routine et d'intégrer le vaccin pentavalent (DTC- HepB - HiB combinés).

En ce qui concerne la surveillance et la lutte contre la maladie, le plan propose l'éradication de la poliomyélite en Guinée d'ici 2010, l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal ainsi que le contrôle la rougeole.

Les stratégies retenues sont conformes aux stratégies constitutives du GIVS et sont adaptées au contexte de la Guinée. Elles mettent l'accent sur l'intégration d'autres interventions de santé visant à promouvoir la survie de l'enfant. Il s'agit notamment de la supplémentation en Vitamine A, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le déparasitage des enfants et la promotion de l'accouchement propre.

Section 3: Analyse de situation / Evaluation des besoins

Au candidat : section 3.1

Soutien RSS de GAVI Le soutien RSS de GAVI ne peut pas s'attaquer à tous les obstacles présents dans le système de santé qui ont des répercussions sur les services de vaccination et les autres services de santé de la mère et de l'enfant. Le soutien RSS de GAVI ne doit pas doubler mais trouver des solutions pour compléter et mettre à profit d'autres financements pour le renforcement du système de santé, ainsi que de remplir les lacunes existantes dans les tentatives actuelles d'amélioration du système de santé

- Veuillez fournir des informations sur les évaluations les plus récentes du secteur de la santé qui ont identifié des obstacles dans le système de santé. (tableau 3.1)

Note: Les évaluations peuvent comporter un bilan récent du secteur de la santé (réalisé au cours des 3 dernières années), un rapport ou une étude récente des contraintes sectorielles, une analyse de situation (telle que celle qui a été réalisée pour le PPAG), ou toute combinaison de ces documents. Veuillez joindre les rapports de ces évaluations à la demande (avec des résumés si vous en disposez). Merci de les numéroter et d'en faire la liste en annexe 1.

Note: S'il n'y a pas eu d'évaluation approfondie récente du système de santé (au cours des 3 dernières années), il faudra absolument effectuer un examen sur dossier qui identifie et analyse les goulets d'étranglement principaux des systèmes de santé avant l'introduction de votre demande en vue d'obtenir un soutien RSS de GAVI. Cet examen devra identifier les forces et faiblesses principales du système de santé et les points où il sera nécessaire de renforcer les capacités du système pour parvenir à améliorer la couverture vaccinale et à la maintenir au niveau atteint.

Note: Les questions liées au caractère spécifique de l'atteinte des populations difficilement joignable et à l'augmentation de la couverture dans les évaluations ou dans le Plan national de santé devront être soulignées (comme les problèmes liés au sexe ou à d'autres facteurs socio-économiques)

3.1: Evaluations récentes du système de santé ou de vaccination¹²

Titre de l'évaluation	Agences participantes	Principaux Thèmes	Principaux résultats en termes de mortalité infantile, couverture vaccinale ou points faibles des systèmes de santé	Dates
Ressources humaines en santé	Ministère de la Santé, Coopération française	Analyse de situation des Ressources humaines en santé, système de santé et politique sanitaire, acteurs institutionnels, fonctions de gestion des ressources humaines, problèmes prioritaires des RH	Faible disponibilité en ressources humaines en zones rurales p. 20-23	2006
Evaluation de la composante santé du DSRP	Ministère du Plan, Ministère de la Santé, GTZ, PNUD	ME, Infrastructures, Ressources humaines, Couvertures, Système d'information sanitaire, Financement, Soins, Renforcement institutionnel	<p>Faible accessibilité aux soins et services de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance d'infrastructures de santé de base - prix élevés des ME - faible motivation du personnel pour rejoindre les zones de pauvreté (p. 73) <p>Dysfonctionnement de gestion du secteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de mécanisme approprié de gestion des questions d'indigence - absence de plan de carrière - lenteur dans la mise en œuvre des réformes (décentralisation et déconcentration) - manque de médicaments et vaccins 	2006
Plan Pluriannuel complet (PPAC)	Ministère de la santé, UNICEF, OMS, USAID, ROTARY CLUB	Vaccination, Vaccins, ressources humaines, infrastructures, logistique,	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de ressources financières nationales et extérieures pour la mise en œuvre de la composante Santé de la SRP. . - Le manque de formation des nouveaux agents sur la gestion du PEV ; - Le taux d'abandon dans certains districts supérieur à 10% 	

¹² Durant les 3 dernières années.

Titre de l'évaluation	Agences participantes	Principaux Thèmes	Principaux résultats en termes de mortalité infantile, couverture vaccinale ou points faibles des systèmes de santé	Dates
			<ul style="list-style-type: none"> - La faible implication des structures privées dans les activités de vaccination - La vétusté des groupes électrogènes de relais à tous les niveaux et absence d'enregistreurs automatiques d'alarme réfrigérant à la CdF centrale - La faible capacité de stockage en positif pour l'introduction de nouveaux vaccins (p 32) 	2007
Evaluation rapide de l'opérationnalité des districts de santé	Ministère de la santé, OMS	Couverture sanitaire, Gouvernance du SS, Ressources essentielles, Coordination	<p>Selon l'évaluation de l'opérationnalité des Districts de Santé réalisée par le ministère de la santé, avec l'appui de l'OMS, dans 12 districts sur 38, au mois de novembre 2007, on note une faible accessibilité des populations aux services de santé, un sous-équipement des formations sanitaires et un déficit des ressources humaines en zone rurale.</p> <p>En plus, plusieurs structures n'arrivent pas à dispenser le PMAC y compris les services de vaccination surtout pour les structures privées.</p>	2007
Etude sur les fonds sécurisés d'acquisition des médicaments	BAD, Ministère de la santé, CREDES, OMS	Accessibilité, disponibilité, financement du médicament	<ul style="list-style-type: none"> - Prix élevé des médicaments dans le secteur privé - Dépréciation de la monnaie - Faible couverture sociale (moins de 5%) - Commandes fractionnées à l'importation - Structure des prix inappropriée - Faible pénétration du générique dans le privé - Absence de contrôle des prix - Non-application du Tarif Pharmaceutique National (TPN) prévu par la loi pharmaceutique 	2007

Titre de l'évaluation	Agences participantes	Principaux Thèmes	Principaux résultats en termes de mortalité infantile, couverture vaccinale ou points faibles des systèmes de santé	Dates
			<ul style="list-style-type: none"> - Non-application de la réglementation sur les médicaments sociaux - Non-exonération des taxes et droits de douane sur les dispositifs médicaux et réactifs - Absence de fonds de compensation pour stabiliser les prix 	
Concours Qualité	Ministère de la Santé, GTZ	<ul style="list-style-type: none"> • accessibilité /disponibilité • cogestion/participation communautaire • satisfaction des clients • compétences techniques • comportement économique • amélioration continue 	<ul style="list-style-type: none"> - au niveau des CS plus de 50% sont performants - la performance générale des hôpitaux de district varie de 34 à 82% dont 17 ont une performance supérieure à 75% - la performance des DPS/DCS a varié de 64% à 96% avec une moyenne de 78%. 	
Annuaire des statistiques sanitaires 2006	Ministère de la Santé, OMS	Indicateurs d'activités, de ressources, de morbidité et de mortalité	<ul style="list-style-type: none"> - faible Taux d'utilisation curatif : 0,3 NC / habitant - faible Taux de couverture CPN1 : 73% - faible taux d'accouchements assistés : 18% soit hôpitaux (4%) CS : (14%), - faible taux de couverture DTC3 : 79,6% - faible Taux de Césarienne : 1,5% - longue DMS : 7 j - faible TOM : 55%. 	2007
			<ul style="list-style-type: none"> - Système d'approvisionnement en ME, consommables et vaccins et équipement peu fonctionnel - Faible qualité des soins et de la gestion des services de santé y compris la planification, la gestion des ressources financières et le 	

Titre de l'évaluation	Agences participantes	Principaux Thèmes	Principaux résultats en termes de mortalité infantile, couverture vaccinale ou points faibles des systèmes de santé	Dates
Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantojuvénile (2006 – 2015)	Ministère santé, OMS, UNICEF, UNFPA	Mortalité maternelle, survie des enfants de moins de 5 ans, pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la mère et de l'enfant, financement de la santé et ressources humaines	<p>suivi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de fonctionnement du système de référence et contre-référence entre la communauté et les structures de santé d'une part et entre les différents niveaux des structures de santé d'autre part ; - Accessibilité financière et parfois géographique aux soins en particulier pour les soins hospitaliers limitée ; - Faible motivation du personnel, absence de plan de carrière ; - Développement insuffisant et mauvaise répartition/gestion du personnel en particulier pour les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens, les chirurgiens et les pédiatres dans les zones rurales ; - Capacité limitée des structures de référence en particulier pour la prise en charge des urgences obstétricales et pédiatriques dans les hôpitaux préfectoraux et pour les soins néonataux en général - Non intégration des services SR adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures sanitaires ; - Insuffisance et sous-exploitation des résultats des recherches opérationnelles en santé maternelle et infantile ; - Dispersion et insuffisance des activités de communication pour le changement de comportement concernant la santé maternelle, néonatale et infantile, de leur suivi et évaluation ; - Faible coordination/intégration des interventions de santé maternelle et infantile au niveau central et/ou décentralisé 	2008

Titre de l'évaluation	Agences participantes	Principaux Thèmes	Principaux résultats en termes de mortalité infantile, couverture vaccinale ou points faibles des systèmes de santé	Dates
			<ul style="list-style-type: none"> - faible couverture géographique des districts sanitaires ; - Manque de capitalisation des bonnes pratiques ; - Faible coordination institutionnelle des secteurs du gouvernement et des partenaires autour du PNDS et du DSRP en particulier pour les différentes composantes de santé de la reproduction et infantile (page 18). 	
Stratégie de coopération OMS - Guinée 2008 - 2013	Ministère de la Santé, OMS	Renforcement du système de santé, lutte contre la maladie, urgences et catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> - faible capacité du management stratégique des ressources humaines par le MSHP (prévision, productivité, distribution, etc. - sous-financement du secteur de la santé et faible capacité de gestion - faible couverture géographique sanitaire - dysfonctionnement du système d'information sanitaire - faible capacité de surveillance et de riposte aux épidémies - faible accès aux médicaments essentiels et génériques de qualité - prévalence élevée des affections transmissibles et parasitaires - mortalité maternelle très élevée (980 décès pour 100.000 naissances vivantes). - faible taux d'accouchements assistés (38%). - mortalité néonatale est de 39 pour 1000 naissances vivantes, - forte mortalité infantile et infanto juvénile (respectivement 91 et 163 pour 1.000 naissances vivantes). 	2008
Audit du Système d'Information Sanitaire	Ministère santé, Fonds Mondial, DAT	Besoins d'information, fonctions du système d'information, ressources	<ul style="list-style-type: none"> - faible capacité de production statistique (annuaire, bulletin, tableaux de bord, carte sanitaire etc.) ; - faible complétude et promptitude des rapports ; - absence d'un système de contrôle de fiabilité des données recueillies ; - insuffisance dans la diffusion et l'utilisation des données. 	2008

Titre de l'évaluation	Agences participantes	Principaux Thèmes	Principaux résultats en termes de mortalité infantile, couverture vaccinale ou points faibles des systèmes de santé	Dates
Diagnostic organisationnel de la DAF	Ministère santé, Fonds Mondial	Cadre institutionnel, Ressources humaines et matérielles, Procédures et Outils de gestion financière et comptable	- inadéquation du cadre de travail, insuffisance qualitative et numérique des effectifs, faiblesse du système d'information de gestion financière	2008
Enquête nutritionnelle et principaux indicateurs pour la survie et le développement de l'enfant (MICS)	UNICEF, Ministère santé, Ministère du Plan	Suivi de la grossesse et de l'accouchement, santé de l'enfant, utilisation de moustiquaires, allaitement et complément de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - taux de consultation prénatale : 88,4% - faible taux d'accouchement assisté par un médecin : 10% - faible taux de couverture VAT2 : 68,7% - faible taux de couverture DTC3 : 43% - faible taux d'utilisation de moustiquaires imprégnées : 19% 	2008

Au candidat: section 3.2

- *Veillez fournir des informations sur les obstacles principaux présents dans le système de santé s'opposant à l'amélioration de la couverture vaccinale qui ont été identifiés par les évaluations récentes répertoriées ci-dessus. (Tableau 3.1). Celles-ci devront également souligner toute raison socio-économique ou politique ainsi que le rôle des hommes et des femmes dans la société, famille ou au sein de la population active, les attitudes envers les garçons et les filles ainsi que les perceptions qui peuvent affecter la couverture vaccinale de groupes ethniques spécifiques ou des hommes et des femmes.*

3.2: Obstacles principaux à l'amélioration de la couverture vaccinale identifiés par des évaluations récentes

La revue documentaire faite en vue de l'élaboration de la proposition RSS a identifié plusieurs goulots d'étranglement à l'offre des services de santé de base dont ceux de la vaccination. Cette situation est caractérisée par la faible accessibilité aux soins, la faible utilisation des services, le manque de médicaments, la mauvaise répartition et la démotivation des ressources humaines, la faible coordination des interventions sanitaires et le sous-financement du secteur.

(i) Faible accessibilité aux soins

a. Accessibilité géographique

Selon l'évaluation rapide de l'opérationnalité des Districts de Santé réalisée par le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS, dans 12 districts sur 38, au mois de novembre 2007, les maxima des populations vivant dans un rayon de 5 kilomètres d'une structure sanitaire s'observent à Matam (100%), Gueckédou (92%), Kankan (87%) et Kindia (87%). Les minima sont notées à Dubréka (26%), Tougué (25%) et Koubia (21%). La proportion de la population couverte dans un rayon de 15 kilomètres dépasse en général les 70%, à l'exception de Tougué (55%) et Faranah (57%).

Le nombre total de centres de santé intégrés dans la zone de l'étude est de 124, dont 122 fonctionnels, 120 avec activités de PMA complet et 111 à gestion publique. Les établissements de soins de premier contact (postes de santé et cabinets) se chiffrent à 257 dont 251 entièrement fonctionnels, 233 avec activités de PMA complet, 233 à gestion publique, 13 à gestion communautaire, six à but non lucratif et deux avec activités curatives seulement¹³.

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement depuis 1988, certaines infrastructures ne répondent pas encore aux normes techniques et fonctionnelles requises pour assurer une prise en charge adéquate des malades.

Selon le rapport de l'évaluation de la composante Santé de la SRP, 29% des centres de santé sont vétustes et se trouvent essentiellement en haute Guinée ; 38% des hôpitaux préfectoraux concernent : Boffa, Gaoual, Dabola, Kouroussa Kérouané, Beyla, Lola, Yomou, Macenta et Kissidougou ; 23 % ne sont pas fonctionnels, parce que délabrés, par manque de locaux ou récemment construits donc en attente de personnel et/ou d'équipement.

Bien que chaque région dispose d'un hôpital, le plateau technique de ces structures reste faible et peu fonctionnel. A cela, s'ajoutent un mode d'organisation et de gestion peu efficace et un envahissement des structures hospitalières découlant d'activités relevant des niveaux primaire.

¹³ Evaluation rapide de l'opérationnalité des districts de santé

La récente évaluation de la fonctionnalité des districts citée plus haut a montré que sur le plan des infrastructures et équipements de base, les indicateurs de potentialités des districts de santé sont en général de niveaux très variables. Le nombre de salles de conférence et de bureaux adéquats est assez important. On note l'absence de matériel informatique et de communication. Quatre districts sur douze ne disposent d'aucun ordinateur.

b. b. Accessibilité financière

Il est pratiqué un système de recouvrement de coûts uniforme pour l'ensemble des régions du pays. Les fonds générés par cette approche et réinjectés dans le financement des services de santé contribuent à couvrir certaines dépenses dont les médicaments, le carburant pour le fonctionnement de la chaîne de froid et les stratégies avancées et les outils de gestion.

Par ailleurs, la sur-tarifification s'est instaurée, les coûts du marché ont fortement augmenté. Aussi l'accroissement du niveau de pauvreté (53,2% de la population sont au-dessous du seuil de pauvreté¹⁴) et le faible développement des mécanismes de partage des risques maladie dans le pays constituent une limite à l'accessibilité et par conséquent entraînent une faible utilisation des services de santé.

(ii) Faible utilisation des services

a. Utilisation des soins curatifs

L'annuaire statistique 2006 indique que le taux d'utilisation des services au niveau national est de 0,3 nouveau contact par habitant pour l'année ; cette valeur est en deçà de l'objectif national qui est de 0.60.

Au niveau des districts sanitaires, le nombre de contact par an et par habitant oscille entre 0.18 (Koubia) et 0.43 (Dabola) ; ce qui laisse apparaître des différences importantes¹⁵.

b. Utilisation des services de vaccination

L'analyse du système de vaccination faite dans le cadre du PPAC 2007-2011 a fait ressortir un certain nombre de faiblesses et de menaces du PEV telles que la faible utilisation des services de vaccination par la communauté dans certains districts : 28% des districts sanitaires n'ont pas atteint la cible de 80% de couverture en DTC3, 26% n'ont pas atteint 80% pour le VAR et 38% pour le VAT2+. En général, les services de santé privés ne contribuent pas aux activités de vaccination¹⁶. Les stratégies avancées et mobiles financées sur les ressources propres des structures sanitaires connaissent des irrégularités soit du fait de la réduction des recettes et de la faiblesse de la contribution du Gouvernement soit du fait de l'insuffisance des ressources humaines.

c. Utilisation des autres interventions essentielles

Selon l'annuaire statistique 2006, les régions de N'Zérékoré, Faranah et Kankan ont obtenu des taux d'utilisation de la CPN supérieurs à 80% mais, on constate que, concernant les 3 CPN dont 1 au 9^{ème} mois, aucune région sanitaire n'a pu atteindre la barre de 40%.

Le traitement préventif intermittent vient d'être adopté comme schéma de prévention des risques de complication du paludisme chez la femme enceinte. Le taux d'adoption de cette nouvelle approche ne dépasse pas encore 61% en moyenne. Le district de Dalaba détient le record (97%) en termes de pourcentage de structures de santé développant des activités de

¹⁴ Evaluation de la composante santé du DSRP

¹⁵ Evaluation rapide de l'opérationnalité des districts de santé

¹⁶ PPAC 2007-2011

TPI, suivi de Koubia (94%) et de Dabola (92%). C'est à Gueckédou que le pourcentage le plus faible a été observé (27%).

Le taux d'accouchements assistés en Guinée est de 18% soit 14% par les CS et 4% par les hôpitaux. Il s'ensuit que 82% des accouchements échappent au contrôle des formations sanitaires : les naissances issues de ces accouchements ne sont pas notifiées et prises en charge dans les structures sanitaires. Ce qui constitue un réel frein pour l'atteinte des OMD notamment la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Le taux de césarienne réalisée est de 1,5% pour l'ensemble du pays. Ce taux est nettement inférieur à la norme de 5%. Cependant, des taux satisfaisants ont été observés dans certaines préfectures notamment à Coyah avec 4,8%, à N'Zérékoré 3,2% et à Dabola avec 2,3%¹⁷.

Les plus bas taux sont notés dans les préfectures et communes de Kaloum, Dixinn, Matoto, Matam, Ratoma, Yomou et Mali avec moins de 1%.

Le nombre d'hôpitaux de district réalisant les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) ou ayant une antenne chirurgicale est extrêmement faible (0,47 pour cent mille habitants).

Le Concours Qualité 2007 a montré les performances des formations sanitaires par niveau du système de santé. Cette performance a été mesurée à travers les dimensions suivantes : accessibilité /disponibilité, cogestion/participation communautaire, satisfaction des clients, compétences techniques, comportement économique et amélioration continue.

Les résultats suivants ont été enregistrés en 2007 :

- au niveau des CS, plus de 50% sont performants
- la performance générale des hôpitaux de district varie de 34 à 82% dont 17 ont une performance supérieure à 75%
- la performance des DPS/DCS a varié de 64% à 96% avec une moyenne de 78%.

Comme le montrent tous ces indicateurs, les services sont sous-utilisés et peu performants. Les causes de cette situation résident dans l'insuffisance des personnels qualifiés, l'absence d'équipements adéquats pour la dispensation des soins de qualité, l'absence de médicaments essentiels pour la prise en charge des cas, le sous-financement public et la réduction drastique du pouvoir d'achat des populations.

(iii) Problèmes relatifs à l'approvisionnement et à la distribution de médicaments

Les problèmes liés au système d'approvisionnement et de distribution des médicaments peuvent être examinés sous deux aspects :

- La faible disponibilité des médicaments dans toutes les structures publiques de santé
- Les problèmes structurels du sous-secteur pharmaceutique.

a- La faible disponibilité des médicaments

Les ruptures de stock dans les structures publiques de soins et d'approvisionnement sont fréquentes et souvent longues.

Dans le privé, malgré les améliorations en cours, caractérisées par l'introduction timide des médicaments essentiels génériques, l'offre de produits pharmaceutiques de spécialités reste encore la principale alternative pour les populations.

¹⁷ Annuaire statistique sanitaire 2006

Les principales causes de la pénurie de médicaments dans les structures publiques de santé résultent de plusieurs facteurs dont :

- la faible capacité financière des structures de soins du fait du sous-financement public du secteur, du faible pouvoir d'achat des populations et de la faiblesse des mécanismes de solidarité et de partage de risques maladie.
- la faible performance du système d'approvisionnement en amont
- l'utilisation irrationnelle des médicaments disponibles au niveau des structures de soins
- la mauvaise évaluation des besoins en produits pharmaceutiques à tous les niveaux.

b- Les problèmes structurels du sous-secteur pharmaceutique

Les principaux obstacles structurels qui limitent la performance du sous-secteur pharmaceutique sont :

- l'éparpillement incohérent des filières d'approvisionnement en médicaments conduisant à la perte de l'effet volume sur les prix d'achat à la commande, sur les coûts de possession et de distribution. Les principaux déterminants de cette situation étant le manque de coordination des aides internationales dans le sous secteur pharmaceutique et l'absence de stratégie nationale de regroupement des achats au niveau de la PCG.
- la faible capacité de la structure nationale d'approvisionnement (PCG) pour cause de sous-capitalisation (insuffisance de fonds de roulement), de dépréciation importante de la monnaie nationale qui affecte la trésorerie de celle-ci et de difficulté d'accès aux devises nécessaires aux importations des produits pharmaceutiques - étant entendu qu'il n'y a pas de production locale de médicaments.
- l'essor du marché illicite du médicament qui constitue un véritable danger pour la santé publique et un facteur de déstabilisation des structures formelles de gestion du médicament.
- la prévalence élevée de la pauvreté au sein de la population dans presque toutes les régions et la dégradation du cadre macro économique du pays
- le prix élevé des médicaments dans le secteur privé
- la faiblesse de la couverture sociale (moins de 5%)
- la structure inappropriée des prix
- l'absence de mesures incitatives pour la vente de médicaments génériques
- l'absence de contrôle des prix
- la non-application de la réglementation sur les médicaments sociaux
- la non-exonération des dispositifs médicaux et réactifs (27,01% de frais de douane et taxes)¹⁸.

(iv) Mauvaise répartition et Démotivation des Ressources Humaines

Par rapport aux normes d'effectif minimum définies par niveau dans la carte sanitaire, le nombre de personnel de santé est insuffisant. Cette insuffisance est surtout marquée pour les sages-femmes et les aides de santé, catégories dont la présence contribuerait grandement à la

¹⁸ Etude sur les fonds sécurisés d'acquisition des médicaments

qualification des soins. Certaines catégories, comme les préparateurs en pharmacie et les techniciens de radiologie, sont même menacées d'extinction.

De plus, le personnel est mal réparti et concentré en zones urbaines avec d'importantes disparités régionales. Ce constat est particulièrement marqué au niveau de la capitale qui compte 15% de la population, environ 50% des médecins et sages-femmes et 38% des Aides de Santé. Les préfectures les plus durement affectées par la pénurie de personnel sont au nombre de 17 : Dubréka, Forécariah, Boké, Boffa, Téliélé, Koubia, Lélouma, Tougué, Mali, Dinguiraye, Pita, Dalaba, Kouroussa, Kérouané, Mandiana, Macenta et Yomou. Il est à noter que la disponibilité en personnel de santé ne se superpose pas avec la carte de la pauvreté. Néanmoins, sur les 17 préfectures, 11 appartiennent aux zones de pauvreté définies par le Ministère du Plan. Ces déséquilibres constituent un facteur limitant au développement des activités de vaccination et à l'amélioration des performances du système de soins¹⁹.

Il n'existe pas de politique de développement des ressources humaines de la santé. En effet, on constate l'absence de plan de recrutement, de redéploiement, de plan de carrière, de formation continue et d'amélioration des conditions de vie du personnel.

L'inadéquation entre la formation initiale et les besoins du système²⁰ de santé est patente du fait de l'insuffisance de coordination entre les différents secteurs intéressés par la formation et l'utilisation des personnels de santé. A cela s'ajoutent les difficultés de recrutement de nouveaux agents du fait des difficultés économiques. Ce qui entraîne un surnombre de certains profils sur le marché du travail (médecins et ATS, etc.) et l'insuffisance ou l'absence d'autres spécialités (dentistes, sages-femmes, ingénieurs et techniciens sanitaires, médecins spécialistes, etc.).

L'insuffisance (numérique et qualitative), la mauvaise répartition, l'inadéquation de la formation initiale et la faible motivation des ressources humaines ci-dessus évoquées fragilisent la disponibilité, la qualité et la continuité de toutes les interventions sur le terrain.

(v) Faible coordination des interventions sanitaires

On note que, malgré l'actualisation de l'organigramme du Ministère de la santé pour corriger les insuffisances liées à l'organisation constatées lors de l'analyse du secteur pour l'élaboration du PNDS, l'ancrage institutionnel des projets et des programmes transversaux reste toujours ambigu. De même, certaines tâches et responsabilités restent à être clarifiées au niveau de l'administration centrale.

Dans le domaine de la gestion du système, on note encore une faible capacité technique, gestionnaire et logistique des différents niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, les fonctions de coordination, de planification, de suivi/évaluation sont mal maîtrisées. L'appui du niveau central aux structures déconcentrées pour le développement d'outils, de techniques de planification, de suivi et d'évaluation reste insuffisant.

Le système d'information sanitaire reste peu performant. L'audit du SNIS, réalisé en 2008 par le MSHP, fait ressortir l'inefficacité du système d'information existant. Les analyses ont montré que cette faible performance est liée entre autres à :

- la faible coordination des différentes fonctions du système d'information sanitaire ;

¹⁹ Evaluation de la composante santé de la SRP

²⁰ Ressources humaines en santé en Guinée (Alain Le Vigouroux)

- l'inadéquation du cadre de travail des services chargés des statistiques sanitaires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel chargé de la collecte et du traitement des statistiques sanitaires ;
- la faible informatisation du système : équipement informatique, logiciels, Internet non disponible etc.) ;
- l'insuffisance d'équipement et de matériel de travail : logistique de supervision et de formation, ruptures de stocks des supports de collecte,

La complétude dans la transmission des rapports s'est maintenue à 100% depuis 2004 mais, il y a des problèmes de promptitude dus entre autres à une insuffisance de ressources humaines compétentes en zone rurale, une faible implication du secteur privé et une faible capacité d'analyse des données de surveillance à tous les niveaux du système. Certaines de ces insuffisances sont entrain d'être corrigées à travers la mise en œuvre du financement GAVI/Vaccination.

Dans le cadre de la décentralisation, le Gouvernement a défini un code des collectivités qui transfère les compétences de la gestion des services de santé, de la gestion de l'assainissement, des domaines aux communautés urbaines et rurales de développement facilitant ainsi la participation des usagers à la gestion de leurs structures.

(vi) Sous-financement du secteur

Les problèmes du financement du système peuvent être examinés sous les dimensions suivantes : le recouvrement de coûts, le financement par les collectivités locales, le financement par l'Etat et le financement par les partenaires au développement.

Il est pratiqué un système de recouvrement de coûts uniforme pour l'ensemble des régions du pays. Les fonds générés par cette approche et réinjectés dans le financement des services de santé, contribuent à couvrir certaines dépenses dont les médicaments, le carburant pour le fonctionnement de la chaîne de froid, les stratégies avancées et les outils de gestion. Cependant, ce système a montré ses limites. En effet, sa pratique ne prend pas en compte les disparités économiques régionales.

Par ailleurs, la sur-tarification s'est instaurée, les coûts du marché ont fortement augmenté pendant que la population devient de plus en plus pauvre (53,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté).

Le faible développement des mécanismes de partage de risque maladie dans le pays constitue une limite aux alternatives de financement du secteur et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

La part du budget de l'Etat alloué au Ministère de la santé est faible comme le montrent les tableaux suivants :

Evolution du budget alloué au MSHP par rapport au budget national de 2004 à 2007

Année	2004	2005	2006	2007	Total
Etat	1 338 557 791	1 722 546 247	2 951 361 568	3 518 752 956	9 531 218 562
Min. Santé	41 001 692	56 996 352	72 786 415	89 997 186	260 781 645
%	3,06%	3,31%	2,47%	2,56%	2,74%

Source : Chaîne des dépenses, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (2008)

Evolution de l'exécution du budget du MSHP par rapport à celle du budget national de 2004 à 2007

Année	2004	2005	2006	2007	Total
Etat	1 371 787 875	1 881 617 830	2 395 849 981	2 229 983 011	7879238697
Min. Santé	26 163 910	43 231 950	50 277 597	60 099 785	179773242
%	1,91%	2,30%	2,10%	2,70%	2,28%

Source : Chaîne des dépenses, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (2008)

Comme le montre le tableau ci-dessus, les dépenses du Ministère de la santé tournent autour de 2% des dépenses totales de l'Etat.

De plus, selon les résultats de l'évaluation rapide de l'opérationnalité des districts de santé, la contribution de l'Etat au financement des services de santé dans les districts est inéquitable. Par exemple, quand Koubia bénéficie de 154.598.531 GNF, Ratoma décaisse 1.485.364.870 GNF soit respectivement 1.276 GNF et 3.464 GNF par habitant et par an, correspondant à un rapport de 1 à 3²¹.

Cette situation constitue une entrave à la fourniture des services de santé essentiels y compris la vaccination.

Le financement du système de santé apparaît aujourd'hui déficient et le Gouvernement éprouve de nombreuses difficultés pour mobiliser des ressources additionnelles nécessaires pour consolider les acquis et améliorer les performances du système de santé, en particulier en termes d'achat de vaccins, d'équipements et de matériels de la chaîne de froid.

Du fait de la faible mobilisation de ressources internes, le financement des investissements et des dépenses de fonctionnement du secteur est largement tributaire des contributions extérieures.

Le niveau du financement extérieur des districts n'est pas bien connu de ces derniers à cause de la gestion qui en est parfois faite directement par les partenaires ou par le Ministère. Les données disponibles sur la distribution des interventions indiquent que la coordination du financement des intervenants et l'intégration des financements restent faibles. Par ailleurs, chaque partenaire applique une procédure spécifique. Il s'ensuit que les gestionnaires sont soumis à une multitude de procédures, rendant difficile le décaissement. Ainsi, certains partenaires qui couvraient tout le pays concentrent leur coopération sur quelques districts sanitaires.

Dans les districts sanitaires, les contraintes liées à la non maîtrise du flux financier relèvent du fait que parfois, c'est le partenaire ou le programme national qui exécute les activités sur le terrain de sorte que l'équipe cadre n'est pas au courant du montant total dépensé pour certaines activités.

Les deux plus grands postes de dépense courante des districts sont les dépenses de personnel (69,6%) et le réapprovisionnement en médicaments essentiels (15,3%). Les dépenses au titre du fonds de solidarité ne sont que de 0,52%. Tout comme l'aide publique au développement, les dépenses d'investissement sont mal connues à la base.

Les fonds d'indigence mis en place par le gouvernement n'arrivent pas à cibler et à prendre en charge de façon efficace les personnes vulnérables dans les structures de référence.

²¹ Evaluation rapide de l'opérationnalité des districts de santé

Au candidat: section 3.3

- *Veillez fournir des informations sur les obstacles qui ont été traités de façon adéquats avec les ressources existantes (Tableau 3.3). Celles-ci peuvent être socio-économiques, politiques ou liées au sexe, conformément aux recherches faites en sciences sociales.*

3.3: Obstacles traités de manière adéquate avec les ressources existantes

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, en collaboration avec ses partenaires, fournit des efforts pour améliorer la fourniture des soins essentiels à la population. Il s'agit essentiellement de :

A. Etat :

- PIP-PCT : le Plan triennal d'investissement retient la construction des centres de santé et des postes de santé dans le volet «investissement» du PEV/SSP.
- L'achat de motos, de radiocommunications, des vaccins et de matériels de conservation.
- le plaidoyer auprès des partenaires pour rendre la césarienne gratuite dans toutes les formations sanitaires publiques par la fourniture des équipements techniques (boite de césarienne et kits de médicaments), la formation du personnel et la révision des normes et des procédures de soins.

B. Partenaires :

- o **Banque Mondiale : (APNDS)**

Dans la composante «Renforcement des services de santé» de ce projet, des efforts sont entrepris pour :

- ✚ **L'amélioration des infrastructures** : par le soutien de 200 postes de santé, 198 centres de santé et 18 hôpitaux préfectoraux.
 - ✚ **L'amélioration de l'utilisation de la CPC** : des investissements sont en cours pour améliorer le traitement de la diarrhée, la lutte contre les IRA, le paludisme et la malnutrition
 - ✚ **L'amélioration de la couverture des services de prévention** : des investissements sont faits pour le paquet de services qui couvre les soins prénatals, l'accouchement normal et en urgence et la PCIME.
 - ✚ **L'appui des MURIGA** pour un système de partage de risques. Le projet appuie le système de MURIGA qui a fait ses preuves. Il porte essentiellement sur le partage des risques maladie pour améliorer la santé des femmes enceintes. Les préfectures couvertes par cette intervention sont : Beyla, Dalaba, Dabola, Dinguiraye, Gaoual, Gueckédou, Kérouané, Kissidougou, Koubia, Koundara, Kouroussa, Lélouma, Mali, Mandiana, Pita, Télimélé, Tougué et Siguiri.
- Enfin, l'appui vise la fourniture des équipements SOUC pour les 18 hôpitaux de la zone d'intervention du projet et du matériel SOUB pour les 198 centres de santé, la livraison des véhicules de supervision et des motos pour les stratégies avancées. Ce projet accorde une subvention pour l'achat du carburant et des consommables pour les DPS et les centres de santé.
- ✚ **L'amélioration de la Qualité des soins** : les investissements sont faits pour renforcer la chaîne de soins, améliorer les normes pour la SR, accroître l'utilisation de la PF.

○ **UNFPA**

Le 6^{ème} Programme de Coopération Guinée-UNFPA (2007-2011) appuie : (1) la mise en place de services de santé reproductive de qualité pour tous les groupes sociaux, en particulier les jeunes et les femmes, dans les zones pauvres et dans les zones sortant de crises, (2) la promotion d'un milieu dans lequel les personnes sexuellement actives adoptent une attitude moins risquée en donnant la priorité aux adolescents, aux jeunes et aux femmes, (3) la contribution à la prise en compte des questions relatives à la population, à la situation des femmes et à la SR dans les programmes et les politiques à tous les niveaux et (4) la promotion des droits des femmes et des filles, l'égalité des sexes et l'équité entre hommes et femmes.

Plus spécifiquement, il s'agit d'améliorer l'accès à la santé maternelle et aux services répondant aux besoins des jeunes dans la zone d'intervention par l'amélioration de la qualité des soins et services intégrés de SR (PF, prénataux, post-nataux, les SONU, les SAA, les fistules et les IST/VIH/SIDA).

Cette composante est mise en œuvre conjointement avec d'autres partenaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les préfectures de : Boké, Lélouma, Pita, Téliélé, Mali et Tougué pour des services de qualité en SOUB, SOUC et SAA dans les formations sanitaires de la zone d'intervention et l'extension des MURIGA.

○ **OMS**

Les interventions de l'OMS se retrouvent dans le document de la stratégie de coopération 2008-2013. Il s'agit essentiellement de :

✓ **Soutien à l'Organisation du système de santé**

La priorité du Département de la Santé est d'améliorer la performance du secteur à travers le renforcement de la couverture sanitaire aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire afin de garantir l'accès équitable à un paquet de soins et services de santé essentiels de meilleure qualité.

✓ **Soutien au Développement des ressources humaines**

L'OMS apporte un appui pour l'actualisation du Plan de développement de ressources humaines à travers le renforcement des compétences nationales tant à la formation initiale qu'à la formation continue, et le soutien aux institutions nationales de formation ainsi que l'initiative de management des ressources humaines dans le secteur.

✓ **Soutien à la gestion, à l'utilisation de l'information sanitaire et au développement de la recherche**

L'OMS apporte un appui pour le développement d'un système d'information sanitaire et de recherche permettant la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

✓ **Prévention, éradication et contrôle/surveillance des maladies transmissibles**

L'OMS apporte son appui technique dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des stratégies pour :

- le renforcement des activités de vaccination à travers la mise en œuvre de la stratégie ACD et des campagnes spécifiques ;
- le renforcement des activités d'élimination de la lèpre, de la dracunculose, de la poliomyélite, du tétanos maternel et néonatal ;

- la fourniture des médicaments aux programmes (lèpre, tuberculose, THA et onchocercose) ;
- le renforcement de la capacité des laboratoires impliqués dans la surveillance intégrée de la maladie (méningite, choléra, fièvre jaune et rougeole) ;
- le renforcement des capacités nationales en matière de préparation, de surveillance et de riposte contre la grippe aviaire ;
- l'élaboration et la mise en œuvre du plan stratégique 2008-2012 de lutte contre les maladies tropicales négligées ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique de la cécité et la prise en charge des cas des maladies cécitantes.

✓ **Santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent**

Les interventions portent particulièrement sur :

- la mise à échelle de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) ;
- la validation et la mise en œuvre du plan stratégique Santé et développement de l'adolescent et du jeune ;
- la mise en œuvre de la Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique nationale de santé des personnes âgées.

✓ **Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours**

L'OMS apporte son soutien pour :

- le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources nécessaires
- la mise en œuvre du plan d'action national de préparation et de réponse aux situations d'urgences, épidémies et catastrophes.

○ **UNICEF**

Les interventions de l'UNICEF dans le domaine de la santé portent sur le programme Survie et Développement de l'Enfant qui comporte 4 projets dont :

- 1- **PEV** : l'UNICEF apporte un soutien aux services de vaccination sur l'ensemble du territoire national. Ce soutien porte essentiellement sur le renforcement des activités de vaccination de routine, l'organisation des campagnes nationales de vaccination, la surveillance des maladies cibles du PEV et la formulation par le MSHP de la politique et des stratégies à moyen et long termes.
 - 2- **Accès aux soins infantiles et maternels de qualité** : mise à échelle de la stratégie SASDE dans 10 préfectures (Kindia, Forécariah, Dabola, Kissidougou, Dinguiraye, Faranah, Gaoual, Koundara, Mali et Tougué) ; vise l'amélioration de l'utilisation de soins curatifs pour les moins de 5 ans, le TPI, l'augmentation de l'accouchement assisté et enfin le soutien sanitaire dans les zones d'urgence et d'épidémies.
 - 3- **Nutrition** : distribution de vitamine A et de déparasitant aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes accouchées, la prise en charge des cas de malnutrition des enfants, l'amélioration de la consommation du sel iodé et la distribution des moustiquaires imprégnées.
-

4- PTME :

- Conseil et dépistage au niveau national,
- Extension de la couverture PTME,
- Traitement des enfants atteints de SIDA.

o GTZ

La coopération technique Allemande appuie le Ministère de la Santé à l'amélioration de la qualité des soins pour accroître l'utilisation des services et réduire la charge de morbidité en Moyenne Guinée et Haute Guinée.

L'instrument utilisé pour l'évaluation est le Concours Qualité qui combine une auto-évaluation, une revue des guides d'auto-évaluation et l'audit des structures.

Sur la base des outils développés, la performance des structures de soins est évaluée et des mesures d'amélioration continue sont proposées sous forme de plan d'amélioration.

o Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Les interventions en cours du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme contribuent à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers :

- le traitement préventif intermittent des femmes en grossesse,
- la distribution de moustiquaires imprégnées la prise en charge des cas simples de paludisme dans les formations sanitaires,
- la prise en charge des malades du sida par les ARV,
- les activités de prévention des IST/VIH/SIDA : sensibilisation, sécurité transfusionnelle et PTME.
- le dépistage et le traitement de cas de TBC, en collaboration avec d'autres partenaires, sur l'ensemble des CS.

Au candidat : section 3.4

- *La section 3.4 devra souligner les obstacles les plus importants n'ayant pas été traités de manière adéquate et donner les raisons pour lesquelles ils ont été désignées prioritaires par rapport à ceux qui ne sont pas actuellement financés par d'autres sources, tels ceux qui auront un impact maximum ou qui catalyseront d'autres activités pour des raisons géographiques ou sociales. S'il y a un manque évident de politique nationale qui mette en valeur une approche basée sur les Droits de l'homme pour l'accès aux services de santé (y compris pour des raisons de sexe) ou un manque de compétences à différents niveaux du système de santé, il devra alors être mentionné ici.*

3.4: Obstacles n'ayant pas été traités de manière adéquate (dans l'ordre de priorité)

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement et ses partenaires, des obstacles persistent et méritent l'intervention de GAVI afin d'améliorer les performances des services de vaccination. Ces obstacles sont relatifs : (i) à la faible couverture en infrastructures sanitaires et équipements aux infrastructures et aux équipements, (ii) à la faible capacité de gestion des ressources humaines, (iii) à la faible disponibilité en médicaments essentiels de qualité et (iv) à la faible coordination et gestion du secteur.

✚ Couverture en infrastructures et équipements

La couverture sanitaire reste encore très limitée et la qualité des soins faible à cause de la faible disponibilité de certains équipements spécialisés. Ces problèmes sont particulièrement aigus dans certaines régions du pays qui ne bénéficient pas d'appui extérieur substantiel. Le soutien de GAVI permettrait de relever la couverture sanitaire par la construction, la réhabilitation et l'équipement de centres de santé et le renforcement du plateau technique des hôpitaux de référence dans ces zones.

✚ Ressources humaines

L'inégale répartition du personnel et l'insuffisance du personnel qualifié dans les structures de l'intérieur du pays entraîne la non disponibilité de plusieurs services dans certaines zones. Les services de vaccination connaissent une irrégularité dans leur fonctionnement du fait de l'instabilité du personnel consécutive à l'absence de politique de motivation et de maintien du personnel. Le soutien de GAVI permettra de renforcer la gestion du personnel afin d'assurer une continuité dans le fonctionnement des services de santé et particulièrement les services de vaccination.

✚ Approvisionnement en médicaments essentiels de qualité

La faible mobilisation des ressources tant intérieures qu'extérieures limite le volume de médicaments disponibles dans les structures de soins. L'intervention de GAVI permettra de renforcer les stocks de médicaments essentiels pour la prise en charge des pathologies de la mère et de l'enfant. Cette disponibilité en médicaments favorisera l'utilisation des centres de santé et permettra un meilleur suivi des femmes et des enfants.

✚ Coordination des interventions

La faiblesse des mécanismes de coordination des interventions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire est à la base de l'existence de multiples outils de gestion et la faible intégration des activités surtout au niveau des districts. Les responsables locaux maîtrisent difficilement les nombreux programmes verticaux du fait de l'intervention directe de ces derniers sur le terrain. Le soutien de GAVI permettra de renforcer les fonctions de soutien technique et de coordination des interventions (planification, suivi-évaluation, supervision et organisation) à tous les niveaux.

Au candidat: section 3.5

- *La section 3.5 devra présenter les barrières que la société civile et le secteur privé rencontrent pour assurer les services de vaccination et le renforcement des systèmes de santé et pour prendre part dans le processus national d'augmentation de la couverture vaccinale.*

3.5 : Décrire les obstacles spécifiques que la société civile et le secteur privé rencontrent pour assurer les services de vaccination et le renforcement des systèmes de santé et pour prendre part dans le processus national d'augmentation de la couverture vaccinale.

Les options politiques et économiques sont favorables au développement du secteur privé.

Du point de vue de la répartition géographique, environ 55% des structures privées, toutes catégories confondues, sont localisées dans la capitale Conakry.

Le paquet d'activités développées reste dominé par les soins curatifs, les accouchements et faiblement les soins préventifs tels que la CPN au niveau des cabinets de soins et la surveillance des enfants sains au niveau des cabinets de sages-femmes.

Les opérateurs du secteur privé sont peu intéressés par les zones rurales et par les activités préventives qui ne sont pas financièrement rentables. La collaboration entre le secteur privé et le secteur public est très faible.

Pour lever ces obstacles, une politique de contractualisation a été élaborée pour faciliter l'extension des services de vaccination aux structures privées et aux organisations de la société civile. Aussi, le code des collectivités décentralisées confère de larges responsabilités aux élus locaux dans les activités de sensibilisation et la gestion des centres de santé.

Par ailleurs, dans la mise en œuvre des soins de santé primaires, un comité de gestion issu de la population, soutient la participation communautaire par des activités de sensibilisation et de soutien à la gestion des centres de santé. Cependant, le fonctionnement de ces comités reste confronté à la démotivation des membres liée à l'absence de système de récompense et de moyens de travail adéquats compromettant l'amélioration de la couverture vaccinale surtout dans les zones rurales.

Section 4: Buts et objectifs du soutien pour le RSS de GAVI

Au candidat: sections 4.1 et 4.2

- Veuillez décrire les buts du soutien pour le RSS de GAVI ci-dessous (tableau 4.1)
- Veuillez décrire (et numéroter) les objectifs du soutien pour le RSS de GAVI (tableau 4.2) Veuillez vous assurer que les objectifs choisis soient SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et déterminés dans le Temps)
- Cette section devra démontrer a) pourquoi l'objectif proposé du RSS est supposé maintenir la couverture vaccinale et b) comment les activités proposées assureront l'accomplissement des objectifs du RSS. Il est donc très important de montrer les liens entre les obstacles - but - objectifs - activités et indicateurs. Ils devront suivre une séquence logique et différents rendements, résultats et processus devront être identifiés. Il devra alors apparaître évident comment les activités proposées amélioreront ou maintiendront la couverture vaccinale.
- Questions géographiques : Si une zone infranationale distincte a été sélectionnée pour une intervention, il devra être clair comment et pourquoi la zone a été sélectionnée et les raisons pour les indicateurs et critères géographiques spécifiques.
- Toute pièce justificative ou document de contexte (comme la Politique des Droits de l'homme, document numéro..., la politique des achats, document numéro..., le Cadre des dépenses à moyen terme, document numéro...) devront être cités ici et les références devront être précises en termes de sections et numéros de pages auquel il est fait référence dans la demande.

4.1 : But du soutien pour le RSS de GAVI

La proposition de Renforcement du Système de Santé (RSS) de la République de Guinée qui fait l'objet de ce document s'inscrit dans la matérialisation du PNDS par l'accroissement de l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité y compris ceux de vaccination.

Elle se propose de contribuer de ce fait à la réalisation du but que le MSHP s'est fixé dans le PNDS à savoir contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations guinéennes et en particulier des couches les plus vulnérables.

4.2 : Objectifs SMART du soutien pour le RSS de GAVI

Deux objectifs ont été fixés pour lever les obstacles liés l'un à l'accessibilité aux soins essentiels dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale et l'autre à la gestion du système de santé. Ces objectifs sont :

- Augmenter l'accessibilité des soins essentiels de 40% en 2006 à 60% d'ici fin 2011 dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale
- Renforcer les capacités de gestion de 5 districts sanitaires, 2 directions régionales de la santé et le niveau central d'ici fin 2011.

Ces objectifs s'intègrent dans la mise en œuvre des axes stratégiques du PNDS ci-après :

- Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle (Axe stratégique n° 1)
- Renforcement des capacités institutionnelles et de gestion (Axe stratégique n° 2).

Pour atteindre ces objectifs, les domaines d'intervention ciblés sont :

- La vaccination, la santé de la reproduction et les soins curatifs pour le 1^{er} objectif concernant l'amélioration de l'accès aux services essentiels en vue de la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle dans les 5 districts sanitaires (Axe stratégique n° 1 du PNDS).
- la recherche opérationnelle, le système de suivi/évaluation et la coordination/gestion pour le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (Axe stratégique n° 2 du PNDS).

1. L'amélioration de l'accès aux services essentiels en vue de la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle dans cinq districts sanitaires (Axe stratégique n° 1 du PNDS).

- l'amélioration de l'accessibilité géographique aux interventions de prévention par l'organisation des stratégies avancées, la fourniture de motocyclettes aux CS des 5 districts ciblés, l'équipement en réfrigérateurs solaires et de matériels SOUB, l'équipement et l'approvisionnement des structures de soins en médicaments essentiels et intrants spécifiques, l'implication des structures privées de la société civile et la sensibilisation des communautés,
- la mobilisation des ressources humaines pour la santé en faveur des structures de soins en milieu rural par la motivation et la fidélisation du personnel,
- la formation en cours d'emploi des ressources humaines des districts sanitaires en SR, en santé infantile, en soins curatifs et en gestion,
- l'appui au renforcement de la référence obstétricale et de la qualité de prise en charge par la dotation en ambulance aux hôpitaux de Dubréka et de Fria, la fourniture d'équipements techniques, de médicaments et consommables ainsi que la formation et la supervision du personnel des 5 districts,
- La création des mutuelles de santé pour améliorer l'accessibilité financière en faveur des femmes enceintes, des parturientes et des enfants de moins de 5 ans.

2. Le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion dans cinq districts sanitaires, deux directions régionales de santé et au niveau central (Axe stratégique n° 2 du PNDS)

Il se fera à travers :

- l'amélioration de la coordination par la mise en place d'un cadre de concertation multisectorielle et la tenue des instances de coordination du secteur (synthèse sous-préfectorale, CTRS et CTPS)²²,
- le renforcement des capacités des responsables régionaux et de districts en matière de gestion de système de santé de district,
- le renforcement des activités de supervision et des mécanismes de suivi-évaluation,
- le renforcement de la collaboration intersectorielle et de la participation communautaire,
- la réalisation des études sur l'organisation, les ressources humaines, le système d'information et le financement (mutuelles),
- l'assistance technique.

²² Mécanismes de coordination et de suivi du secteur de la santé. MSHP, 2009

Pour plus d'efficacité, la proposition de renforcement du système de santé avec le soutien de GAVI intéresse les préfectures de la Guinée maritime : Boké, Boffa, Coyah, Dubréka et Fria sélectionnés selon les critères suivants :

- la complémentarité des interventions en cours des partenaires extérieurs,
- la concentration du soutien de GAVI à une zone géographique pour éviter le saupoudrage,
- le potentiel de résultats en matière de couverture des services essentiels (vaccination et autres services de santé),
- la minimisation des charges de suivi.

Section 5: Programme des activités et de la mise en application du RSS de GAVI

Au candidat: section 5.1

- Veuillez expliquer ci-dessous comment il est prévu de maintenir, à la fois financièrement et techniquement, l'impact obtenu avec le soutien pour le RSS de GAVI (5.1) lorsque les ressources du RSS de GAVI ne seront plus disponibles.

Note: Les mécanismes pour la viabilité technique et financière devront être décrits avec attention spécialement pour le soutien de GAVI concernant les efforts de développement des infrastructures, des équipements, des transports et des ressources humaines. Ceci devra comprendre comment ces investissements seront maintenus une fois le soutien de GAVI terminé. Une référence devra être faite aux documents de politique ou de stratégie d'infrastructures, d'achats ou de développement des ressources humaines (document numéro....) le cas échéant.

Note: GAVI recommande que le RSS de GAVI soutienne peu d'objectifs et d'activités prioritaires à la fois. Il devra être possible de mettre en application, contrôler et évaluer les activités au cours du temps de validité du soutien pour le RSS de GAVI.

- Pour chaque objectif SMART identifié dans le tableau 4.2, détaillez les principales activités qui seront entreprises pour accomplir cet objectif. Inclure le programme de mise en application (durée, étapes annuelles et point final, le cas échéant) pour chacune de ces activités.
- Assurez-vous que le calendrier des activités dans le tableau 5.2 est cohérent avec le calendrier des dépenses pour chaque activité mentionnée dans le tableau 5.3

5.1: Viabilité du soutien pour le RSS de GAVI

Le Gouvernement a entrepris des mesures qui favorisent l'amélioration du financement du secteur et dont la poursuite et le renforcement permettent de pérenniser les interventions soutenues par GAVI. Les principales actions sont :

1. La promotion du mouvement mutualiste soutenue par l'Etat avec l'appui des partenaires : GTZ, UNICEF, UNFPA, CIDR, DYNAM
2. Le renforcement de la décentralisation par la mise en application du code des collectivités qui transfère les services de santé de base (centres et postes de santé) aux collectivités permettant de mobiliser davantage de ressources financières pour la santé²³
3. Les facilités de remise de la dette permettant au pays de bénéficier des fonds de l'initiative PPTTE au profit du secteur de la santé
4. L'amélioration des capacités de gestion et de gouvernance permettant de sécuriser les lignes budgétaires pour l'achat des vaccins, financer l'achat des consommables pour la prise en charge gratuite des césariennes,
5. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, en collaboration avec ses partenaires, est entrain de mettre en place un mécanisme de coordination des interventions des partenaires du secteur pour améliorer l'efficacité de l'aide extérieure.
6. L'exploitation des mégaprojets miniers en cours de préparation permettra d'accroître les ressources publiques qui contribueront au financement de la santé.
7. Les apports du soutien en termes d'équipement, d'infrastructures et de formation du personnel amélioreront la qualité des soins et entraîneront une augmentation de l'utilisation des services. Ces aspects modifieront positivement la perception des services par la population et l'inciteront à une plus grande contribution au développement du système de santé.

²³ Code des Collectivités

Au candidat: section 5.2

- *Note: Veuillez ajouter (ou effacer) les lignes pour que le tableau 5.2 contienne le nombre correct d'objectifs pour votre demande de RSS de GAVI et le nombre correct d'activités pour chacun de vos objectifs.*
- *Note: Veuillez ajouter (ou effacer) les années pour que le tableau 5.2 fasse apparaître la durée de votre demande de RSS de GAVI*
- *Note: Le budget pour la première année devra montrer l'utilisation des coûts à l'unité et une décomposition du budget. Ceci aidera à la cohérence et au réalisme de la proposition; spécialement pour toute activité qui comprenne des composantes importantes pour la formation ou les achats. Les budgets devront se baser sur les coûts réels et non sur les coûts imprévus.*
- *Pour chacun des objectifs identifiés dans le tableau 4.2 veuillez donner des détails des principales activités qui seront entreprises afin de remplir les objectifs établis et le programme de mise en application de chacune de ces activités pendant la durée du soutien pour le RSS de GAVI.*

5.2: Principales activités et programme de la mise en application

Domaine de soutien	Période de Réalisation							
	Année 1 de mise en œuvre (2010)				Année 2 de mise en œuvre (2011)			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Objectif 1 : Augmenter l'accessibilité des soins essentiels de 40% en 2006 à 60% d'ici fin 2011 dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale								
<u>DPS 1.1: VACCINATION</u>								
Activité 1.1.1 : Fournir 50 réfrigérateurs solaires à 50 CS								
Activité 1.1.2 : Accorder des primes de rendement à 150 agents de 50 FS en zone rurale								
Activité 1.1.3 : Appuyer les structures privées des organisations de la société civile pour mener des activités de sensibilisation et des services de santé essentiels								
Activité 1.1.4 : Fournir 50 motos à 50 CS (25 motos par an)								
Activité 1.1.5 : Assurer le fonctionnement et la maintenance de 50 motocyclettes								
Activité 1.1.6 : Soutenir la maintenance de 50 réfrigérateurs solaires								
Activité 1.1.7 : Appuyer les OSC au développement des mutuelles de santé dans la zone								
Activité 1.1.8 : Organiser des sensibilisations par des microprogrammes au niveau de 4 stations de radios rurales								
Activité 1.1.9 : Soutenir les comités de gestion des CS dans les activités de recherche active et de sensibilisation								
Activité 1.1.10 : Organiser 12 séances de sensibilisation des communautés sur les activités de SMI/PF par CS et par an								
<u>DPS 1.2 : Santé de la reproduction</u>								
Activité 1.2.1 : Organiser 2 ateliers de formation de 25 prestataires par session pendant 10 jrs dans le domaine de la SR								

Bref commentaire sur les principales activités retenues dans cette proposition.

Les activités sont présentées par domaines d'intervention et par résultats attendus.

Objectif 1 : Augmenter l'accessibilité aux soins essentiels de 40% en 2006 à 60% d'ici fin 2011 dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale

Pour atteindre cet objectif, il est prévu 3 domaines de prestation de services : (1) accès aux services de vaccination, (2) accès aux services de santé de la reproduction et (3) accès aux services de soins curatifs.

❖ Pour le domaine de la Vaccination (DPS 1) :

Il s'agira d'améliorer l'équipement des centres de santé en motocyclettes pour l'organisation des stratégies avancées, en kits d'éclairage et de réfrigérateurs solaires, de motiver le personnel de santé évoluant en zone rurale, d'impliquer les organisations de la société civile dans l'élargissement de la couverture sanitaire et le développement des mutuelles de santé ainsi que la redynamisation de la participation communautaire.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- ✓ fournir 50 motos et 50 réfrigérateurs aux centres de santé pour développer les soins essentiels y compris la vaccination dans les zones éloignées ;
- ✓ contractualiser avec le privé associatif, lucratif ou confessionnel qui existe dans les régions sanitaires en vue d'élargir l'accès aux services de prévention y compris la vaccination ;
- ✓ mobiliser et stabiliser le personnel de santé en milieu rural par le paiement de primes au personnel de santé travaillant dans les 5 districts de santé ;
- ✓ aider les comités de gestion des centres de santé à susciter la demande de soins par l'information et les impliquer dans la recherche active et à la prise de décision pour la gestion des formations sanitaires ;
- ✓ soutenir le développement des mutuelles pour minimiser les barrières financières par la collaboration avec les organisations de la société civile spécialisées dans le domaine ;

❖ Pour le domaine de la Santé de la reproduction (DPS 2):

Les interventions viseront à susciter la demande de soins au niveau de la population cible et à améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures de soins et la référence. En plus des interventions retenues dans le cadre du DPS 1, il s'agira plus spécifiquement de :

- ✓ Doter 20 centres de santé d'équipements pour les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et 5 hôpitaux en consommables pour les césariennes sous forme de kits
- ✓ Fournir à deux hôpitaux des ambulances et prendre en charge leur fonctionnement et leur entretien pour faciliter la référence à temps des cas de complications obstétricales de la périphérie vers l'hôpital et améliorer la qualité de la prise en charge par la fourniture d'équipements pour les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) ;
- ✓ Former et/ou recycler le personnel sur des thèmes relatifs à la réduction de la mortalité maternelle pour une durée moyenne de 10 jours en faveur de 50 agents de santé.

❖ Pour le Domaine des Soins curatifs (DPS 3) :

Les efforts seront déployés pour rendre disponibles les médicaments dans toutes les structures, rationaliser les prescriptions et renforcer les compétences de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Il s'agira notamment de :

- ✓ Fournir à 50 CS et à 5 HP une dotation initiale en médicaments essentiels et génériques et consommables pour 6 mois de consommation. Ces médicaments feront partie du paquet minimum d'activités qui seront vendus dans les structures et les recettes issues de ces ventes serviront de fonds de roulement pour le réapprovisionnement. La responsabilisation des comités de gestion des centres de santé dans la gestion des médicaments et des recettes générées par la vente de ces prestations et le renforcement de la supervision dans les structures de soins constitueront un gage de pérennité.

Le pays traverse actuellement une crise économique et financière sans précédent liée à des facteurs endogènes et exogènes qui limitent de façon drastique les possibilités de l'Etat au financement de la santé en général et du médicament en particulier.

L'inclusion du volet médicament dans cette proposition permettra de réduire les ruptures de stocks en médicaments, d'améliorer la crédibilité des structures de soins et la qualité de la prise en charge.

- ✓ Réviser, adopter et diffuser les ordigrammes et les protocoles standardisés de traitement en vue d'une utilisation et une gestion rationnelles du médicament
- ✓ Former 50 agents de santé pendant 10 jours en PCIME.

Objectif 2 : Renforcer les capacités de gestion de 5 districts sanitaires, 2 directions régionales de santé et le niveau central d'ici fin 2011

Pour atteindre cet objectif, les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation, de supervision, de gestion et de recherche opérationnelle seront renforcées au niveau central et déconcentré de la zone ciblée en vue d'améliorer la gouvernance et l'efficacité technique et opérationnelle des structures de gestion à tous les niveaux.

Plus spécifiquement, il s'agira :

❖ au niveau de la Recherche opérationnelle (DPS 1):

- ✓ réaliser une recherche opérationnelle sur le schéma organisationnel des structures publiques de santé,
- ✓ réaliser une recherche opérationnelle sur la faisabilité de la stratégie de mise en place de mutuelles de santé dans la zone d'intervention,
- ✓ réaliser l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS,
- ✓ réaliser l'évaluation et la reprogrammation du PPAC.

❖ au niveau du Système de suivi/évaluation (DPS 2) :

- ✓ doter les structures de gestion centrale et préfectorales en moyens de supervision et de suivi : les 5 districts sanitaires seront dotés en véhicules tout terrain pour la supervision. Les visites de supervision seront assurées par le comité de coordination du système de santé, les équipes cadres des DRS et des DPS pour améliorer les performances du personnel des régions, des districts et des centres de santé. Le niveau central effectuera lui

aussi les supervisions régulières au niveau régional et au besoin dans les districts de santé en utilisant le véhicule doté par d'autres partenaires (APNDS) ;

- ✓ soutenir le système national d'information et de gestion sanitaire par la fourniture des outils de collecte de données aux structures et la production régulière des bulletins trimestriels.

❖ **au niveau de la Coordination/Gestion (DPS 3)**

- ✓ appuyer les instances de coordination et de concertation intrasectorielle et intersectorielle : les réunions du CCSS, les CTRS et les CTPS et autres instances de coordination multisectorielle bénéficieront d'appuis technique et financier en vue de leur qualification pour une meilleure performance du système de santé ;
 - ✓ renforcer les compétences de gestion des districts de santé : les districts seront renforcés par la formation dans le but de leur permettre d'assumer leur mission de soutien aux centres de santé et hôpitaux. Les capacités des organes de gestion tels que les comités de gestion des centres de santé et celles des organes de participation communautaire seront renforcées pour un meilleur contrôle de la gestion des différentes ressources disponibles ;
 - ✓ améliorer le cadre de planification et de prise de décision stratégique au niveau district : les Districts de santé élaboreront les plans de développement sanitaire des préfectures qui seront déclinés en plans annuels avec budget sectoriel complet. Les PPDS seront approuvés par le Ministère de la santé avant leur mise en œuvre. Le financement GAVI sera complémentaire aux autres financements disponibles ou prévisibles dans la mise en œuvre de ces plans des Préfectures ;
 - ✓ mobiliser l'assistance technique pour appuyer la réalisation des études prévues dans la proposition et des audits pour la régularité des comptes.
-

5.3: Plan chiffré des coûts de la mise en application pour la première année de mise en application

Au candidat : section 5.3

Note: Le plan de la première année de mise en application devra être défini dans la section 5.3, en donnant des détails sur la chronologie, les apports, les rendements et les processus qui seront contrôlés avec le détail des coûts (et les coûts unitaires au moins pour la première année de mise en application).

Coûts par Objectif et par DPS de l'Année 1 du Soutien au RSS de la République de Guinée [Calcul Coûts Soutien GAVI-RSS.xls](#)

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité					Coût (en USD)					
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	
Objectif 1 : Augmenter l'accessibilité des soins essentiels de 40% en 2006 à 60% d'ici fin 2011 dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale													
DPS 1.1 : VACCINATION													
Activité 1.1.1 : Fournir 50 réfrigérateurs solaires à 50 CS	kit	6 000			50		50			300 000			300 000
Activité 1.1.2 : Accorder des primes de rendement à 150 agents de 50 FS en zone rurale	h/an	120	150	150	150	150	600	18 000	18 000	18 000	18 000		72 000
Activité 1.1.3 : Appuyer les structures privées des organisations de la société civile pour mener des activités de sensibilisation et des services de santé essentiels	structure/an	1 000	5				5	5 000					5 000
Activité 1.1.4 : Fournir 50 motos à 50 CS	pièce	3 300			25		25			82 500			82 500
Activité 1.1.5 : Assurer le fonctionnement et la maintenance de 50 motocyclettes	moto/trim.	70	50	50	50	50	200	3 500	3 500	3 500	3 500		14 000
Activité 1.1.6 : Soutenir la maintenance de 50 réfrigérateurs solaires	frigo/trim.	50	50	50	50	50	200	2 500	2 500	2 500	2 500		10 000
Activité 1.1.7 : Appuyer les organisations de la société civile au développement des mutuelles de santé dans la zone	organ.	10 000	2				2	20 000					20 000
Activité 1.1.8 : Organiser des sensibilisations par des microprogrammes au niveau de 4 stations de radios rurales	programme	20	26	26	26	26	104	520	520	520	520		2 080
Activité 1.1.9 : Soutenir les comités de gestion des CS dans les activités de recherche active et de sensibilisation	CoGes	90	50				50	4 500					4 500
Activité 1.1.10 : Organiser 12 séances de sensibilisation des communautés sur les activités de SMI/PF par CS et par an	séance	10	150	150	150	150	600	1 500	1 500	1 500	1 500		6 000
Sous-total DPS 1.1								55 520	26 020	408 520	26 020		516 080

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité					Coût (en USD)					
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total	
DPS 1.2 : Santé de la reproduction													
Activité 1.2.1 : Organiser 2 ateliers de formation de 25 prestataires par session pendant 10 jrs dans le domaine de la SR	h/j	63				250	250					15 750	15 750
Activité 1.2.2 : Fournir une dotation initiale en Outils de suivi de la grossesse et de l'accouchement à 50 CS de la zone	kit	200	50				50	10 000					10 000
Activité 1.2.3 : Fournir 2 ambulances à 2 HP	ambulance	40 000			2		2			80 000			80 000
Activité 1.2.4 : Assurer l'entretien et le fonctionnement de 2 ambulances des HP	véhicule/tri mestre	1 812	2	2	2	2	2	3 624	3 624	3 624	3 624		14 496
Activité 1.2.5 : Fournir 20 équipements SOUB à 20 CS	kit	10 000			20		20			200 000			200 000
Activité 1.2.6 : Fournir 2 Equipements SOUC à 2 HP	kit	30 000			2		2			60 000			60 000
Activité 1.2.7 : Fournir à 5 HP des kits Césariennes pour les urgences obstétricales	kit	60		1 403			1 403		84 180				84 180
Sous-total DPS 1.2								13 624	87 804	343 624	19 374		464 426
DPS 1.3 : Soins curatifs													
Activité 1.3.1 : Réviser et adopter les schémas de traitement standardisés (ordinogrammes et protocoles thérapeutiques)	atelier	7 000	1				1	7 000					7 000
Activité 1.3.2 : Reproduire et diffuser les schémas de traitement standardisés pour 50 CS, 5 DPS, 5 HP et 2 DRS	exemplaire	25	70				70	1 750					1 750
Activité 1.3.3 : Organiser 2 sessions de formation de 10 jours pour 25 agents de santé par session en PCIME, Rationalisation des Soins et Gestion des ME	h/j	63				500	500					31 500	31 500
Activité 1.3.4 : Fournir une dotation initiale en Médicaments et consommables médicaux à 50 CS	kit	5 000			50		50			250 000			250 000
Activité 1.3.5 : Approvisionner les hôpitaux en ME et en Consommables médicaux	kit	15 000			5		5			75 000			75 000
Sous-total DPS 1.3								8 750	0	325 000	31 500		365 250
Total Objectif 1								77 894	113 824	1 077 144	76 894		1 345 756

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité					Coût (en USD)				
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total
Objectif 2 : Renforcer les capacités de gestion de 5 districts sanitaires, 2 Directions régionales de santé et le niveau central d'ici fin 2011												
DPS 2.1 : Recherche opérationnelle												
Activité 2.1.1 : Réaliser une étude sur le schéma organisationnel des structures publiques de santé	étude	10 000	1				1	10 000				10 000
Activité 2.1.2 : Réaliser une étude sur la faisabilité de la stratégie de mise en place de mutuelles de santé dans la zone	étude	10 000		1			1		10 000			10 000
Activité 2.1.3 : Evaluer la mise en œuvre du PPAC 2007 - 2011 et reprogrammer le PPAC 2012 -2016	étude	14 000					0					0
Activité 2.1.4 : Evaluer la mise en œuvre du PNDS 2007 - 2011 et reprogrammer le PNDS 2012 -2017	étude	18 572					0					0
Sous-total DPS 2.1								10 000	10 000	0	0	20 000
DPS 2.2: Système de suivi/évaluation												
Activité 2.2.1 : Organiser des supervisions semestrielles du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique	sortie	2 000		1		1	2		2 000		2 000	4 000
Activité 2.2.2 : Organiser des supervisions trimestrielles du niveau régional vers les DS de la zone ciblée	sortie	1 200	2	2	2	2	8	2 400	2 400	2 400	2 400	9 600
Activité 2.2.3 : Organiser des supervisions bimestrielles du niveau district vers l'hôpital et les CS de la zone ciblée	sortie	600	7	8	7	8	30	4 200	4 800	4 200	4 800	18 000
Activité 2.2.4 : Fournir les outils du système d'information et de gestion	kit	20	70				70	1 400				1 400
Activité 2.2.5 : Produire les bulletins trimestriels statistiques	édition	2 000	1	1	1	1	4	2 000	2 000	2 000	2 000	8 000
Activité 2.2.6 : Fournir 5 véhicules de supervision (type 4X4 Pick-up) à 5 districts sanitaires	véhicule	25 000		5			5		125 000			125 000
Activité 2.2.7 : Assurer l'entretien et le fonctionnement des 5 véhicules de supervision de 5 DPS	véhic./trim.	1 812	5	5	5	5	20	9 060	9 060	9 060	9 060	36 240
Sous-total DPS 2.2								19 060	145 260	17 660	20 260	202 240

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité					Coût (en USD)				
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Total
DPS 2.3 : Coordination/Gestion												
Activité 2.3.1 : Appuyer l'organisation des réunions du CCSS	réunion	200	1	1	1	1	4	200	200	200	200	800
Activité 2.3.2 : Appuyer l'organisation de 2 CTRS dans la zone ciblée	session	2 000	1		1		2	2 000		2 000		4 000
Activité 2.3.3 : Appuyer l'organisation de 10 CTPS dans la zone ciblée	session	1 000	5		5		10	5 000		5 000		10 000
Activité 2.3.4: Elaborer un manuel de mise en œuvre des mutuelles de santé	doc	5 258			1		1			5 258		5 258
Activité 2.3.5 : Organiser 2 réunions de concertation multisectorielle par an au niveau central et dans la zone ciblée	réunion	500	8		8		16	4 000		4 000		8 000
Activité 2.3.6 : Appuyer l'élaboration des plans préfectoraux de développement sanitaire (PPDS) dans la zone ciblée	étude	3 000		5			5		15 000			15 000
Activité 2.3.7 : Réaliser l'audit annuel des comptes de la proposition	étude	7 000				1	1				7 000	7 000
Activité 2.3.8 : Organiser un atelier de 4 jours pour l'élaboration des textes de création et de fonctionnement d'un cadre de concertation multisectorielle aux différents niveaux	atelier	7 000	1				1	7 000				7 000
Activité 2.3.9 : Organiser une session de formation des responsables régionaux et de districts en gestion de système de santé de district pendant 10 jours	atelier	7 260			1		1			7 260		7 260
Sous-total DPS 2.3								18 200	15 200	23 718	7 200	64 318
Total Objectif 2								47 260	170 460	41 378	27 460	286 558
TOTAL GENERAL								125 154	284 284	1 118 522	104 354	1 632 314

Section 6: Suivi, évaluation et recherche opérationnelle

Au candidat : sections 6.1, 6.2 et 6.3

Note: Il est fortement recommandé que les indicateurs choisis soient reliés aux objectifs de la proposition et non nécessairement aux activités. Lorsque c'est possible, utiliser et rendre disponibles des données spécifiques désagrégées par sexe et par âge.

- Pour les indicateurs veuillez donner une source de donnée, la valeur de référence de l'indicateur et la date et un niveau ciblé à une date donnée. Certains indicateurs peuvent avoir plus d'une source de donnée (tableau 6.1)

Note: Les indicateurs choisis devront être pris entre ceux utilisés pour le suivi du Plan national du secteur de la santé (ou son équivalent) ou du PPAG et dans l'idéal être déjà mesuré (par exemple pas un nouvel indicateur sélectionné spécifiquement pour le soutien pour le RSS de GAVI). Des exemples d'indicateurs supplémentaires d'impacts et de résultats sont donnés dans les tableaux ci-dessous. Il est recommandé que lorsque les activités sont mises en œuvre au niveau infranational les indicateurs soient contrôlés, dans la mesure du possible au niveau infranational aussi.

- Toutes les données présentées dans ce formulaire de demande devront être cohérentes avec les autres propositions et rapports à GAVI et avec les autres rapports et documents officiels de santé. Toute divergence entre ces données et celles présentées dans cette proposition ou dans les Rapports de situation annuels à GAVI devront être dûment expliquées et justifiées. Ceci est particulièrement important pour la cohorte de naissance, les populations ciblées et les taux de couverture.
- Toutes les demandes devront nommer un point de convergence dans les services du gouvernement qui supervise le contrôle et les évaluations de la proposition pour le RSS de GAVI.
- **Toutes les demandes doivent comprendre les trois principaux indicateurs d'impact et de résultats du RSS de GAVI :**

i) Taux de couverture nationale DTC3 (%)

ii) Nombre / % des districts atteignant ≥ 80 % de couverture DCT3 ²⁴

iii) Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)

- **Veuillez indiquer trois autres indicateurs d'impact/résultats** qui peuvent être utilisés afin d'évaluer l'impact/résultats du soutien pour le RSS de GAVI dans l'amélioration de la vaccination et autres services de santé infantile et maternelle dans le tableau 6.1 ci-dessous.
- **Veuillez dresser la liste d'au moins 6 indicateurs de rendement et de processus** dans les tableaux 6.2 et 6.3 ci-dessous.
- Pour tous les indicateurs veuillez donner une source de donnée, la valeur de référence de l'indicateur et la date et un objectif de niveau à une date donnée, ainsi qu'un numérateur et un dénominateur.
- Certains indicateurs peuvent avoir plus d'une source de donnée
- Les valeurs de référence devront être notées pour tous les indicateurs et il devra y avoir un indicateur de processus pour chaque objectif.

Note: Les définitions d'impact, résultat et rendement peuvent être trouvées sur le site internet suivant: www.unep.org/Terminology.pdf. Une « boîte à outils » de contrôle du RSS est disponible sur le site internet de l'OMS

http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Introduction.pdf

Note: Des exemples d'indicateurs de résultats, de rendement et de processus sont donnés ci-dessous. Les sources d'informations existantes devront être utilisées pour rassembler les informations sur les indicateurs choisis quand cela est possible. Dans certains pays il peut être nécessaire de conduire des enquêtes sur les équipements de santé, les ménages ou établir des observations démographiques. Si des fonds supplémentaires sont nécessaires pour ces activités, ils devront être inclus dans cette demande.

²⁴ Si le nombre de districts est fourni alors le nombre de districts total dans le pays devra également être fourni.

Exemples d'indicateurs de résultats – liés aux objectifs du RSS de GAVI (notez que ce ne sont que des exemples)

Objectif	Indicateurs possibles
Améliorer l'accès aux services SME	% de couverture contre la rougeole (enfants de moins de 2 ans) ; % des naissances assistées par une sage-femme diplômée ; % d'utilisation de contraceptifs chez les femmes entre 15 et 44 ans % d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires traitées à l'insecticide.
Améliorer la qualité des services de santé	% de la population signalant qu'ils ont reçu des services de santé de bonne qualité ; taux de baisse du DTC3-DTC1.
Améliorer l'égalité de la couverture des services de soins de santé primaires	Taux de couverture DTC3 en % par quintile de revenu.

Exemples d'indicateurs de rendement (notez que ce ne sont que des exemples)

Stratégie	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de donnée
Soutien en faveur de dépenses plus importantes pour les soins de santé primaires.	Dépenses générales de santé du gouvernement proportionnellement aux dépenses totales du gouvernement.	La somme de toutes les dépenses de santé du gouvernement.	Dépenses totales du gouvernement	Budget du gouvernement
Renforcer le Système national d'information pour la gestion de la santé.	% des districts qui ont soumis dans les temps des rapports complets et précis au niveau national	Le nombre de districts qui ont soumis dans les temps des rapports complets et précis au niveau national	Le nombre total de districts	Système d'information de la santé
Renforcement de la supervision du personnel infirmier de la communauté	Supervision systématique	Nombre de centres de santé visités au moins 6 fois dans la dernière année en utilisant une liste de contrôle quantifiée	Nombre total de centres de santé	Enquêtes sur les installations sanitaires
Capacité renforcée des ressources humaines	Connaissances du personnel de santé	Score moyen du personnel de santé dans les centres de santé publics et des ONG au test oral de connaissances comprenant des études de cas		Enquêtes sur les installations sanitaires

Stratégie	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de donnée
Renforcer les systèmes de gestion et de logistique	% des installations qui ont des équipements et des médicaments traceurs le jour de la visite et dans les trois derniers mois	Le nombre d'installations qui ont en stock les médicaments traceurs spécifiés (présents et non périmés) le jour de la visite / pendant la période de référence spécifiée (trois derniers mois)	Le nombre total d'installations	Système d'information de la santé et Enquêtes sur les installations sanitaires.

Exemples d'indicateurs de processus (notez que ce ne sont que des exemples)

Activité	Indicateurs possibles
Construire 280 centres de santé en zones rurales	Nombre de centres de santé construits
Obtenir 1000 motos pour le personnel infirmier de la communauté	Nombre de motos reçues
Former du personnel de santé sur les méthodes de planification familiale	Nombre de personnels de santé qualifiés
Procurer des kits d'accouchements sûrs	Nombre de kits d'accouchement sûrs procurés et livrés.

6.1: Indicateurs d'impact et de résultats (les données devront être cohérentes avec les autres demandes à GAVI et les rapports de situation annuels du pays)

Indicateur	Source de données	Valeur de la base de référence ²⁵	Source ²⁶	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
1. Couverture nationale par le DTC3 (%)	Rapport annuel conjoint PEV-OMS – UNICEF	88%	PEV	2007	90%	2011
2. Nombre / % de districts atteignant $\geq 80\%$ de couverture par le DTC3	Rapport conjoint OMS- UNICEF-PEV	84%	PEV	2007	90%	2011
3. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000)	Rapport EDS III	163‰	Ministère du Plan (INS)	2005	140‰	2011
4. Taux de couverture de la première consultation prénatale (CPN1)	Annuaire des Statistiques sanitaires 2006	70%	Ministère de la Santé (SNIS)	2006	85%	2011
5. Taux d'accouchements assistés	Annuaire des Statistiques sanitaires 2006	20%	Ministère de la Santé (SNIS)	2006	40%	2011
6. Taux de césarienne	Annuaire des Statistiques sanitaires 2006	1,5%	Ministère de la Santé (SNIS)	2006	3%	2011

²⁵ Si des données de base ne sont pas disponibles, veuillez indiquer s'il est prévu de recueillir de telles données et quand elles seront recueillies.

²⁶ Ces informations sont importantes pour faciliter l'accès aux données et vérifier leur concordance.

6.2 : Indicateurs de rendement (un par objectif)

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de la base de référence	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
1. Disponibilité en médicaments traceurs dans les formations sanitaires	Nombre de jours sans rupture en médicaments traceurs au cours de la période	Nombre de jours de la période	Rapports de monitoring	50%	Section Information sanitaire (SIS)	2006	90%	2011
2. Proportion de formations sanitaires supervisées selon les normes nationales	Nombre de formations supervisées selon les normes nationales	Nombre total de formations sanitaires de la zone	Rapports CTRS	50%	DRS	2008	90%	2011

6.3 : Indicateurs de processus (un par objectif)

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de la base de référence	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoir
1. Proportion de centres de santé disposant d'au moins 3 agents de santé formés à la fourniture de services essentiels de soins	Nombre de centres de santé disposant d'au moins 3 agents de santé formés à la fourniture de services essentiels de soins	Nombre de centres de santé de la zone	Rapports annuels des DRS	30%	DRS	2008	80%	2011
2. Proportion de districts sanitaires disposant d'un Plan préfectoral de développement sanitaire	Nombre de districts sanitaires disposant d'un Plan préfectoral de développement sanitaire	Nombre total de districts sanitaires de la zone	Plans préfectoraux de développement sanitaire	25%	DPS	2008	100%	2011

Au candidat: section 6.4:

- *Veillez décrire comment les données pour les indicateurs spécifiés ont été rassemblées et utilisées. Les rassemblements de données et les méthodes d'analyse existants doivent être utilisés lorsque c'est possible. Veuillez indiquer comment les données seront utilisées au niveau local et les moyens de communication avec les autres intervenants dans la dernière colonne du tableau 6.4 ci-dessous.*
- *Rassemblement de données : le niveau auquel les données sont rassemblées et qui est responsable de les rassembler.*
- *Utilisation des données : le niveau auquel ces données sont analysées sous forme désagrégée et qui est responsable au niveau local et central de s'assurer que les données soient évaluées et analysées.*
- *Utilisation des données : comment ces données des indicateurs seront utilisées pour évaluer les performances et pour corriger et développer les plans et stratégies.*

6.4: Rassemblement de données, analyse et utilisation

Indicateur	Collecte des données	Analyse des données	Utilisation des données
<i>Incidence et résultats</i>			
1. Couverture nationale par le DTC3 (%)	Le rapport mensuel prévoit un item sur la vaccination. Les enfants vaccinés sont enregistrés dans les fiches opérationnelles, lesquelles sont compilées dans un rapport transmis à la fin du mois au district pour une compilation préfectorale qui est transmise au niveau régional et à la coordination nationale du PEV	Les données sont analysées grâce à l'outil informatique pour faire ressortir les tendances par zone géographique et dans le temps et comparées aux normes de couverture attendues pour chaque niveau	Les résultats sont utilisés pour la prise de décision en rapport avec l'allocation des ressources, la formation, la sensibilisation au niveau de la communauté. Les données sont transmises aux partenaires à travers le rapport annuel conjoint.
2. Nombre/% de districts atteignant $\geq 80\%$ de couverture par le DTC3	Sur la base des rapports mensuels des Districts transmis aux niveaux régional et central, une compilation des couvertures est faite chaque année	Les données de couverture annuelle des districts sont analysées en fonction de leur distribution dans les 3 échelles de performance du PEV	Les résultats sont utilisés pour le ciblage des Districts sanitaires à faible couverture pour y renforcer les interventions
3. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000)	Les données sont collectées à travers une enquête nationale (l'EDS)	Les données sont analysées pour mesurer les tendances et les variations selon les zones géographiques et le statut socioéconomique en rapport avec les cibles des OMD.	Les résultats sont utilisés pour la formulation et l'évaluation des politiques
4. Taux de couverture de la première consultation prénatale (CPN1)	Le rapport mensuel SNIS prévoit un item sur la consultation prénatale. Les femmes enceintes ayant consulté sont enregistrées dans les fiches CPN, lesquelles sont compilées dans un rapport transmis à la fin du mois au district pour une compilation préfectorale/régionale qui est transmise à la Section Information Sanitaire (SNIS) du Ministère	Les données sont analysées pour faire ressortir les tendances par zone géographique et dans le temps et comparées aux normes de couverture attendues pour chaque niveau	Les résultats sont utilisés pour la prise de décision en rapport avec l'allocation des ressources, la formation, la sensibilisation au niveau de la communauté. Les données sont transmises aux partenaires à travers l'annuaire des statistiques sanitaires
5. Taux d'accouchements assistés par un personnel de santé	Le rapport mensuel prévoit un item sur les accouchements. Les femmes accouchées sont enregistrées dans le registre de maternité. une compilation des données est faite à la fin du mois et le rapport est transmis au district/région pour	Les données sont analysées pour faire ressortir les tendances par zone géographique et dans le temps et comparées aux normes de couverture	Les résultats sont utilisés pour la prise de décision en rapport avec l'allocation des ressources, la formation, la sensibilisation au niveau de la communauté. Les données

Indicateur	Collecte des données	Analyse des données	Utilisation des données
	une compilation préfectorale et régionale et la transmission à la section statistique et information sanitaire (SSIS) pour une compilation nationale	attendues pour chaque niveau	sont transmises aux partenaires à travers l'annuaire des statistiques sanitaires.
6. Taux de césarienne	Le rapport mensuel des hôpitaux prévoit un item sur les accouchements par césarienne. Les femmes accouchées par césarienne sont enregistrées dans le registre de maternité. Une compilation des cas est faite à la fin du mois et le rapport est transmis au district/région pour une compilation régionale et la transmission à la section statistique et information sanitaire (SSIS) pour une compilation nationale	Les données sont analysées pour faire ressortir les tendances par zone géographique et dans le temps et comparées aux normes de couverture attendues pour chaque niveau	Les résultats sont utilisés pour la prise de décision en rapport avec l'allocation des ressources, la formation, la sensibilisation au niveau de la communauté. Les données sont transmises aux partenaires à travers l'annuaire des statistiques sanitaires.
Rendement			
1. Disponibilité en médicaments traceurs dans les formations sanitaires	Le rapport semestriel de monitoring des structures de soins prévoit un indicateur de disponibilité en médicaments. Les données sont collectées à partir des rapports de monitoring des formations sanitaires	L'analyse est faite pour déterminer l'ampleur, la durée et la fréquence des ruptures de stocks en ME	L'analyse permet de prendre des décisions pour corriger les dysfonctionnements liés à la chaîne d'approvisionnement
2. Proportion de formations sanitaires supervisées selon les normes nationales	Le canevas de supervision des DRS prévoit un item sur le nombre de formations sanitaires supervisées par les DPS selon les normes. Une compilation est faite dans le rapport trimestriel d'activités des DRS transmis au niveau central.	Les données sont analysées en comparant les réalisations aux prévisions	Les données sont utilisées pour mesurer les performances des équipes-cadres des Districts et des structures de soins et l'utilisation des ressources.
Processus			
1. Proportion de centres de santé disposant d'équipements SOUB, motos et réfrigérateurs solaires	Le canevas de rapport de supervision prévoit un item sur l'inventaire des équipements. Les données sont collectées lors des supervisions et la compilation est faite à la fin de l'activité pour chaque niveau	Les données sont analysées en comparant l'existant aux normes nationales	Les données sont utilisées pour évaluer le niveau de satisfaction des besoins en équipements adéquats et prévoir le développement futur

Indicateur	Collecte des données	Analyse des données	Utilisation des données
2.Proportion de districts sanitaires disposant d'un Plan préfectoral de développement sanitaire	Le canevas de rapport de suivi de l'élaboration des plans préfectoraux de développement sanitaire prévoit un item sur l'existence d'un PPDS. Les données sont collectées lors des supervisions et la compilation est faite à la fin de l'activité.	Les données sont analysées en comparant le nombre de DPS disposant de PPDS au nombre total de DPS.	Les données sont utilisées pour déterminer les besoins d'appui technique et financier.

Au candidat: section 6.5:

- *Veillez indiquer si le système de monitoring et d'évaluation (M&E) a besoin d'être renforcé afin de mesurer les indicateurs mentionnés et si tel est le cas décrire quels secteurs du système M&E a spécifiquement besoin de renforcement. (tableau 6.5)*

Note: Les ressources du RSS de GAVI peuvent être utilisées pour le renforcement du système d'information de la santé lui-même. Si le pays le décide, l'investissement devra être harmonisé avec le soutien d'autres donateurs (comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA/HIV et la tuberculose et autres) Les pays peuvent demander le soutien RSS de GAVI afin d'inclure les données désagrégées de sexe pertinentes dans leur système d'information sur la santé.

6.5: Renforcement du système M&E

Le système national d'information sanitaire (SNIS) fonctionne sur la base de la pyramide sanitaire nationale avec des démembrements aux niveaux préfectoral, régional et national. A côté du système de gestion des rapports de routine, plusieurs sous-systèmes collectent des données liées à leurs activités spécifiques : données de routine, données de surveillance épidémiologique, gestion des programmes, données administratives et financières et les études.

Ces différents sous-systèmes devraient fonctionner de façon concertée pour, d'une part, alimenter le SNIS, et d'autre part, recevoir les informations de ce dernier.

Un monitoring des structures publiques de soins est réalisé semestriellement. Deux composantes sont suivies à travers ce système : la prestation de soins et les ressources financières.

Pour la prestation des soins, quelques déterminants sont examinés à savoir la population cible, la disponibilité des intrants de production, l'utilisation, la couverture et la qualité des soins.

S'agissant des ressources financières, on apprécie le niveau de revenu et de l'emploi des ressources.

Des directives sur le processus sont données à travers un document standard appelé « fascicule de monitoring ».

Les résultats issus de ce monitoring qui sont prioritairement à usage interne aux structures, sont présentés lors des sessions des instances de suivi et d'évaluation locales (synthèse sous-préfectorale, CTPS et CTRS).

Le niveau de performance de ce cadre de suivi et d'évaluation ne permet pas de renseigner de manière satisfaisante les indicateurs énumérés ci-dessus notamment sur la consultation infantile, la consultation prénatale, les accouchements, le taux de césarienne et la vaccination.

L'audit du système national d'information sanitaire réalisé en 2008 avec l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme a montré les faiblesses ci-après :

- la non parution de l'annuaire statistique dans les délais requis ;
- la faible production statistique (annuaire, bulletin, tableau de bord, carte sanitaire etc.) ;

- la faible complétude et promptitude des rapports des structures déconcentrées ;
- l'absence d'un système de contrôle de fiabilité des données recueillies (qualité des données) ;
- l'insuffisance dans la diffusion et l'utilisation des données.

Ce diagnostic est assorti d'un plan de renforcement qui comporte les interventions ci-après :

- l'amélioration de la production statistique par un renforcement des fonctions de collecte, de transmission, de traitement et d'analyse des données ;
- l'amélioration de la qualité des données à travers des réunions de validation des données, la formation du personnel et l'introduction de la démarche qualité ;
- l'accroissement de l'utilisation des données et de la diffusion par une amélioration de l'accessibilité à l'information²⁷.

Les activités prévues dans la présente proposition contribuent à la mise en œuvre des interventions d'amélioration du SNIS contenues dans le rapport de l'audit. Il s'agit essentiellement de la fourniture des outils de collecte de données, la production des bulletins trimestriels.

Il faut noter que le soutien de GAVI sur cette composante s'inscrit dans un cadre partenarial plus large dans lequel le Fonds Mondial et d'autres partenaires contribuent également pour l'amélioration de la production statistique. Il s'agit principalement, pour le Fonds Mondial, de la fourniture du matériel informatique aux districts et régions sanitaires et d'un véhicule de supervision pour le SNIS au niveau central, le recrutement d'un assistant technique pour la réalisation de l'audit du SNIS, la fourniture des outils de gestion et la formation des agents chargés des statistiques.

²⁷ Audit du Système National d'Information Sanitaire, MSHP, 2008.

Au candidat : section 6.6:

- *Veillez indiquer si la demande pour le RSS de GAVI inclut des éléments de recherche opérationnelle qui traite certaines barrières des systèmes de santé à une meilleure information des processus de prise de décision. (tableau 6.6)*

Note: Le soutien RSS de GAVI peut également être utilisé pour des recherches opérationnelles telles que l'analyse des raisons pour lesquelles les populations ne sont pas en mesure d'accéder aux services de vaccination (que ce soit pour des raisons sociales, économiques, politiques ou de sexe), ayant pour but ultime l'égalité d'accès aux services. Ce financement peut également être utilisé pour tester/examiner des stratégies spécifiques afin de voir lesquelles fonctionneront le mieux.

6.6: Recherches opérationnelles***Etude sur le schéma organisationnel des structures publiques de santé***

Le cadre organisationnel et fonctionnel du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est confronté à plusieurs contraintes liées à la complexité de plus en plus croissante du système de santé, à la multiplicité des initiatives, des acteurs et des programmes. Il en découle des difficultés de lisibilité, de coordination et de gestion. D'où la nécessité de repenser et d'adapter l'organisation et le fonctionnement du Ministère en fonction des exigences d'efficacité et d'efficience.

Cette étude s'attachera en particulier à cerner le plus près possible les dimensions suivantes : cadre institutionnel, gestion des ressources, partenariat et participation communautaire, performance.

Les résultats attendus sont : une clarification des relations hiérarchiques et fonctionnelles, une lisibilité des missions, rôles et responsabilités à tous les niveaux.

Ces résultats permettront d'engager des réformes visant à améliorer la mise en œuvre du PNDS par la mise en place d'un schéma organisationnel plus adapté, d'un cadre partenarial plus opérationnel, un cadre de coordination et de collaboration plus efficace, une gestion plus transparente et une meilleure implication des bénéficiaires.

Section 7: Dispositions de mise en application

Au candidat: sections 7.1 et 7.2

- Veuillez décrire comment le soutien pour le RSS de GAVI sera géré (tableau 7.1) Veuillez également indiquer les rôles et responsabilités de tous les partenaires clés dans la mise en application du soutien pour le RSS de GAVI (tableau 7.2)

Note: GAVI encourage les pays à aligner les dispositions de mise en application du soutien pour le RSS de GAVI avec les mécanismes nationaux existants. Les candidats sont vivement encouragés à ne pas établir d'unité de gestion de projet (UGP) pour le soutien pour le RSS de GAVI. L'établissement d'UGP ne sera financé que dans des circonstances exceptionnelles sur la base de fortes raisons.

7.1: Gestion du soutien pour le RSS de GAVI

Donner des détails sur les coûts et mécanismes de gestion (spécialement si un partenaire gèrera des parties des propositions pour le RSS de GAVI)	<p><u>Mécanisme de transfert des fonds du soutien de GAVI au RSS au pays</u></p> <p>Il sera ouvert un compte bancaire spécifique en devise dans une des banques commerciales de la place pour recevoir les fonds du soutien de GAVI au RSS. Ce compte sera cosigné par le Ministre en charge de la santé et le représentant de l'OMS en Guinée. Chacun de ces deux signataires aura un suppléant désigné par lui.</p> <p><u>Mécanisme de transfert des fonds du soutien de GAVI au RSS du niveau central vers la périphérie</u></p> <p>Les fonds seront transférés du niveau central au niveau périphérique par la DAF, par voie bancaire. Des comptes spécifiques en GNF seront ouverts à cet effet par chaque sous-bénéficiaire. Les numéros des comptes ainsi que les références de domiciliation doivent être communiqués à la DAF.</p> <p><u>Mécanisme (et responsabilités) d'utilisation du budget et d'autorisation</u></p> <p>La planification et la mise en œuvre de l'appui de GAVI au RSS seront intégrées aux structures organiques du Ministère chargé de la santé conformément aux mécanismes et procédures existants.</p> <p><u>Mécanisme de déboursement des fonds du soutien de GAVI au RSS</u></p> <p>Le comité technique coordonne l'élaboration du plan annuel budgétisé et des rapports d'activités et les soumet au CCSS pour approbation.</p> <p>Une fois les budgets approuvés, les fonds seront décaissés en faveur des sous-bénéficiaires qui sont chargés de mettre en œuvre les activités de la proposition (services de santé, ONG, associations, entreprises, autres privés).</p> <p>Les achats du matériel informatique et du matériel roulant seront confiés à l'UNICEF qui les fera de façon groupée.</p> <p>Concernant le matériel médical, les médicaments et les consommables médicaux, des lignes de crédits seront ouvertes en faveur des sous-bénéficiaires à la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). Celle-ci se chargera d'acheter conformément aux procédures en vigueur et d'approvisionner les sous-bénéficiaires.</p> <p>Les achats locaux de biens et services seront faits selon les procédures nationales en vigueur.</p>
---	--

<p>Nom de la personne responsable / groupe responsable de la gestion de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS / S&E etc.</p>	<p>Le Directeur du Bureau de Stratégie de développement (BSD) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique sera responsable de la gestion du soutien de GAVI au RSS/S&E de la proposition de la République de Guinée.</p> <p>Il assure également la préparation technique des réunions du CCSS</p>
<p>Rôle du CCSS (ou son équivalent) dans la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS et dans le S&E</p>	<p>Le Comité de Coordination du Système de Santé a pour rôle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approuver les plans annuels de mise en œuvre de la proposition GAVI-RSS ; - Approuver les plans de décaissement de la proposition ; - Assurer le suivi de la mise en œuvre de la proposition lors de ses réunions - Evaluer annuellement la mise en œuvre de la proposition à l'occasion des revues annuelles du secteur - Initier les audits sur la gestion des ressources financières de GAVI-RSS et en valider les résultats - Initier les évaluations (à mi-parcours et finale) de la proposition GAVI-RSS
<p>Mécanisme de coordination du soutien de GAVI au RSS avec les autres activités et programmes du système</p>	<p>La coordination du soutien de GAVI au RSS avec les autres interventions sera alignée sur le mécanisme de coordination du secteur déjà en place. Il s'agit de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'organisation, à tous les échelons (central, régional et district) de la pyramide sanitaire, de la session annuelle du Comité de Coordination des partenaires (CCP) pour i) examiner et adopter le rapport technique et financier de l'année écoulée, ii) examiner les contraintes et difficultés qui entravent la bonne exécution des PAO des programmes et projets, iii) fixer les résultats à produire au cours de l'année suivante et les adaptations des stratégies d'intervention du secteur; 2. l'organisation, une fois par semestre, de la session du CTC au niveau central, du CTRS au niveau régional et du CTPS au niveau district en vue de: i) examiner, amender et adopter les rapports d'activités, d'audit et d'évaluation des projets et programmes en cours, ii) préparer la revue, la réunion du Comité de coordination des partenaires et suivre l'exécution des décisions prises lors de ces instances, iii) examiner, amender et adopter les rapports sur les progrès vers les indicateurs, iv) Définir les mesures correctrices des insuffisances constatées à partir de ces rapports; 3. l'organisation de la revue annuelle du système de santé qui a pour objet de i) discuter, amender et adopter le bilan du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique pour l'année N, ii) diffuser le budget alloué par l'Etat à la santé pour l'année N+1, iii) confirmer les ressources mobilisables auprès des partenaires pour l'année N+1, iv) procéder, au vu de ces deux dossiers (bilan et budget), à l'arbitrage budgétaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, v) finaliser les PAO de l'année N+1, à la lumière des résultats de l'arbitrage budgétaire; 4. la tenue de réunions extraordinaires, selon les besoins.

7.2: Rôles et responsabilités des partenaires clés (membres du CCSS et autres)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CCSS oui/non	Rôles et responsabilités de ce partenaire dans la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS
Directeurs régionaux de la santé et de l'Hygiène Publique	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Non	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser le CTRS 2. Participer au CTC 3. Participer à la revue annuelle du SS
Directeurs préfectoraux de la Santé et de l'Hygiène Publique	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Non	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser le CTPS 2. Participer au CTRS 3. Participer à la revue annuelle du SS
Représentant de l'UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique et financier à la réalisation des activités de survie de l'enfant contenues dans la proposition 2. Contribuer à l'amélioration de la qualité des données relatives à la survie de l'enfant. 3. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle et, dans ses zones d'intervention, au CTRS)
Représentant de l'OMS	Organisation Mondiale de la Santé	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique dans l'élaboration des plans annuels de mise en œuvre de la proposition, 2. Appuyer le niveau central dans l'élaboration des documents normatifs nécessaires à la réforme du secteur de la santé 3. Apporter un appui technique lors de différentes évaluations de la proposition. 4. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle)
Représentant de l'UNFPA	Fonds des Nations Unies pour le Population	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique et financier complémentaire à la réalisation des activités de santé de la reproduction 2. Contribuer à l'amélioration de la qualité des données relatives à la santé de la Reproduction 3. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle)
Représentant de l'USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique (sous forme de consultance internationale) dans la résolution des problèmes techniques relatifs à la mise œuvre de la proposition 2. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CCSS oui/non	Rôles et responsabilités de ce partenaire dans la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS
Responsable du secteur Santé	Commission Européenne	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique (sous forme de consultance internationale) dans la résolution des problèmes techniques relatifs à la mise œuvre de la proposition 2. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle)
Responsable du Secteur Santé	Agence Française de Développement	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique (sous forme de consultance internationale) dans la résolution des problèmes techniques relatifs à la mise œuvre de la proposition 2. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle)
Représentant de Rotary Club	Rotary Club International	Non	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle) 2. Apporter un appui matériel à la mise en œuvre de la proposition
Représentant de HKI	Helen Keller International	Non	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter un appui technique et matériel dans la résolution des problèmes techniques relatifs à la mise œuvre de la proposition 2. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revue annuelle)
Représentant des structures Privées	Dispensaire Saint Gabriel	Non	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutenir l'intégration des activités de soins essentiels y compris la vaccination dans les structures privées 2. Fournir les données statistiques des activités développées dans les structures privées.
Représentant de l'Ordre des Médecins	Ordre des Médecins	Oui	Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revues annuelles)
Représentant de l'Ordre des Pharmaciens	Ordre des Pharmaciens	Oui	Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revues annuelles)
Représentant de l'AGBEF	AGBEF	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participer aux instances de coordination (CCP, CTC, Revues annuelles) 2. apporter un appui technique à l'amélioration des services de SR 3. apporter un appui dans la mise en œuvre de la proposition particulièrement dans le volet fourniture de soins et sensibilisation de la population

Au candidat : section 7.3:

Veillez fournir des informations sur la gestion financière du soutien pour le RSS de GAVI dans le tableau 7.3

Note: Les demandes ne seront pas examinées ou approuvées par le Comité d'examen indépendant (CEI) si les documents requis sur les dispositions financières ne sont pas soumis avec le formulaire de demande complété.

Note: GAVI Alliance a adopté un politique de transparence et de responsabilité (PTR) pour le soutien financier, y compris le soutien pour RSS de GAVI, qui a pris effet le 1er janvier 2009.

Note: La politique de transparence et de responsabilité présente une série de conditions requises minimums pour la gestion financière du soutien pour le RSS de GAVI :

- *Le financement devra être utilisé pour des objectifs établis dans une proposition*
- *Les fonds doivent être gérés de façon transparente, et des rapports financiers précis et vérifiables doivent être produits de façon régulière, comme spécifié dans les dispositions de financement individuel.*
- *Les fonds doivent être gérés sur des comptes qui remplissent les conditions légales nationales pour les audits, la comptabilité et les approvisionnements.*

Note: Hormis les conditions minimums de gestion financière ci-dessus:

- *Les fonds devront apparaître dans le budget national (être au budget)*
- *Les fonds devront être supplémentaires à l'allocation du gouvernement au secteur de la santé, ainsi qu'aux contributions des autres partenaires. Par exemple aucun financement ne devra être détourné du secteur de la santé si des fonds du RSS sont reçus.*

Note: Une condition requise par GAVI Alliance veut que tous les pays qui reçoivent le soutien pour le RSS doivent passer une Evaluation de la gestion financière (EGF) avant le déclenchement des premières années de soutien.

7.3 : Dispositions de financement

Mécanisme / procédure	Statuts / Description
Une EGF GAVI a-t-elle été menée ? oui / non	Non
Quand la dernière EGF a-t-elle été menée? mois/année	
Si oui : Un aide-mémoire a-t-il été signé ? oui ²⁸ /non (document numéro.....)	
Si oui : Le présent aide-mémoire régira-t-il la gestion des fonds du RSS de GAVI ? oui / non	
Si non : Raisons pour ne pas suivre les accords de l'aide-mémoire :	
Prochaine EGF programmée en : mois/année	
Un mécanisme de financement conjoint a-t-il été établi pour le secteur de la santé ? oui / non	
Si oui : Ce mécanisme de financement conjoint sera-t-il utilisé pour gérer les fonds du RSS de GAVI ? oui ²⁹ /non (document numéro.....)	
Si non : Raisons pour ne pas utiliser le mécanisme de financement conjoint.	
Veillez fournir une description détaillée du mécanisme de financement proposé pour la gestion des fonds du RSS de GAVI ³⁰ si tous les accords du dernier aide mémoire ne sont pas suivis ou si une EGF doit être conduite.	Une EGF sera conduite avant la mise en œuvre de la proposition.
Titre(s) du document(s) régissant le processus annuel de prévision budgétaire pour l'utilisation des fonds du RSS de GAVI ³¹ (document numéro.....)	
Titre(s) du document(s) régissant la gestion financière (comptabilité, archivage et établissement de rapports) des fonds du RSS de GAVI ³² (document numéro.....)	

Mis en forme : Français (France), Non Expositant/ Indice

²⁸ **Veillez soumettre une copie de l'aide-mémoire**

²⁹ **Veillez soumettre une copie de l'accord/mémorandum d'entente qui régit le mécanisme de financement conjoint et une copie du document qui décrit comment le mécanisme de financement conjoint fonctionne actuellement.**

³⁰ Veillez noter que le mécanisme choisi doit remplir les conditions requises minimum de la politique de transparence et de responsabilité de GAVI

³¹ Veillez soumettre une copie de des procédures et de la législation qui est applicable au processus de prévisions budgétaires annuelles pour l'utilisation des fonds du RSS de GAVI et les documents qui décrivent comment le processus de prévisions budgétaires pour les fonds du RSS de GAVI sera conduit.

³² Veillez soumettre une copie des procédures qui sont applicable à la gestion financière (comptabilité, archivage et établissement de rapports) des fonds du RSS de GAVI et les documents qui décrivent comment la gestion financière des fonds du RSS de GAVI serait pratiquée.

Mécanisme / procédure	Statuts / Description
Titre(s) du document(s) régissant l'audit des fonds du RSS de GAVI ³³ (document numéro....)	
Fréquence des audits internes planifiés pour les fonds du RSS de GAVI	
Fréquence des audits externes ³⁴ planifiés pour les fonds du RSS de GAVI	
Titre(s) du document(s) régissant les procédures d'achat pour les fonds du RSS de GAVI ³⁵ (document numéro.....)	

³³ Veuillez soumettre une copie de des procédures qui sont applicable aux audits externes des fonds du RSS de GAVI et les documents qui décrivent comment les audits externes des fonds du RSS de GAVI serait conduits

³⁴ "Audit externe" signifie les audits conduits par les organes de révision du gouvernement.

³⁵ Veuillez soumettre une copie des procédures d'achat pour les fonds du RSS de GAVI et les documents qui décrivent comment les achats seraient effectués

Au candidat: section 7.4:

- *Veillez décrire les dispositions pour l'établissement de rapports sur les fonds du RSS de GAVI, comprenant le membre du gouvernement responsable d'établir le rapport annuel de situation (RAS)*

Note: La mise en application des activités soutenues par le RSS de GAVI sera signalée à GAVI Alliance au travers du rapport annuel de situation. Le rapport fournira des informations sur la situation par rapports aux objectifs établis dans le formulaire de demande pour le RSS de GAVI. Le rapport devra également fournir les informations de gestion financière sur l'utilisation des fonds du RSS de GAVI.

Note: La date limite pour la soumission du rapport annuel de situation pour l'année calendaire précédente est le 15 mai de chaque année. Tous les pays doivent soumettre un RAS, même si le soutien pour le RSS de GAVI a été reçu vers la fin de l'année précédente.

7.4 : Dispositions pour l'établissement de rapports

Les rapports d'exécution des activités de la proposition GAVI-RSS comporteront une partie technique et une partie financière.

Sur le plan technique, chaque institution qui a la responsabilité dans la mise en œuvre des activités de la proposition élaborera un rapport technique sur les activités réalisées au cours de l'année. Chaque rapport sera établi sur base des objectifs retenus dans le plan d'action annuel approuvé par le CCSS lors des réunions de revues annuelles du secteur de la santé. Les différents rapports seront compilés par le Secrétariat Technique du CCSS.

Sur le plan financier, chaque institution doit justifier l'utilisation des fonds GAVI-RSS mis à sa disposition auprès de la DAF qui sera chargée de la compilation et de l'établissement du rapport financier de la période.

Les revues annuelles seront organisées pour permettre au Secrétariat du CCSS d'approuver les rapports techniques et financiers avant la fin du mois d'avril. Ceci devra permettre la transmission du rapport annuel de mise en œuvre des activités de la proposition GAVI avant le 15 mai de chaque année.

Les différents rapports couvriront la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre. Après leur approbation par le CCSS, le Ministre de la Santé les transmet à l'Alliance GAVI.

Au candidat : section 7.5:

- Veuillez signaler quelle assistance technique sera requise pendant la vigueur du soutien pour le RSS de GAVI, ainsi que la source prévue d'assistance technique si elle est connue (tableau 7.5)

Note: Le secrétariat de GAVI Alliance peut fournir aux pays un soutien financier unique pour une assistance au processus de demande. Les procédures pour ce soutien sont décrites dans les Directives pour le RSS de GAVI dans la section **Soutien technique**.

Note: Les demandes de ressources pour le soutien technique pour mettre en application et contrôler le soutien pour le RSS de GAVI devront être faites en utilisant le tableau 7.5 ci-dessous.

7.5 : Besoins d'assistance technique

Activités nécessitant une assistance technique.	Durée prévue	Calendrier prévu (année, trimestre)	Source prévue (partenaire local, etc.)
1. Réalisation de l'évaluation de la gestion financière (EGF)	3 semaines	septembre 2009	Consultation internationale
2. Réalisation l'évaluation du PNDS	1 mois	Décembre 2011	Consultation internationale
3. Evaluation et reprogrammation du PPAC	1 mois	1 ^{er} semestre 2010	Consultation nationale
4. Réalisation de l'audit annuel des comptes de la composante	2 semaines après la fin	4 ^{ème} trimestre 2011	Consultation internationale

Section 8 : Prévisions budgétaires et financement pour les activités soutenues par le RSS de GAVI

Au candidat: section 8.1:

- *Veillez préparer un budget pour les principales activités pour la durée du soutien pour le RSS de GAVI. Veuillez ajouter ou supprimer des lignes/colonnes afin de donner le nombre juste d'objectifs, activités et années. (tableau 8.1)*

Note: Veuillez vous assurer que tous les coûts pour la mise en application du soutien pour le RSS de GAVI, y compris l'assistance technique, sont compris dans le budget. Veuillez convertir tous les chiffres du budget en USD \$ (au taux de change actuel) et vous assurer que les déflateurs de GAVI sont utilisés pour les coûts futurs (voir les directives sur le site internet de GAVI : www.gavialliance.org).

Note: Le montant demandé dans le tableau 8.1 ne doit pas excéder le montant spécifié dans le tableau 8.2

Note: Les frais de gestion doivent être maintenus au minimum. Tous les frais de gestion doivent figurer en détail dans le budget et également si la gestion est faite au travers de partenaires ; y compris les frais générés par le fait d'avoir d'autres partenaires responsables de la gestion d'une partie de la mise en application des activités soutenues par GAVI.

Note: Les frais unitaires et les calculs devront être joints dans une feuille de calcul.

Pour chaque année subséquente fournir les dépenses estimées (en utilisant les couts unitaires) pour chaque activité. Veuillez vérifier avec attention que les totaux des colonnes (dépenses par an) soient cohérents avec les totaux par ligne (par activité et objectif SMART). Les erreurs de calcul sont une source fréquente de retard, vu que le CEI demandera des clarifications.

Veillez vous assurer que le budget total pour la proposition de RSS n'excède pas le montant alloué au pays calculé dans la section 8.2 ci-dessous.

8.1 : Budget pour la mise en oeuvre du soutien pour le RSS de GAVI Calcul Coûts Soutien GAVI-RSS.xls

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité			Coût (en USD)		
			Année 1 de mise en œuvre (2010)	Année 2 de mise en œuvre (2011)	Total	Année 1 de mise en œuvre (2010)	Année 2 de mise en œuvre (2011)	TOTAL
Objectif 1 : Augmenter l'accessibilité des soins essentiels de 40% en 2006 à 60% d'ici fin 2011 dans 5 districts sanitaires à faible couverture vaccinale								
DPS 1.1: Vaccination								
Activité 1.1.1 : Fournir 50 réfrigérateurs solaires à 50 CS	kit	6 000	50		50	300 000		300 000
Activité 1.1.2 : Accorder des primes de rendement à 150 agents de 50 FS en zone rurale	h/an	480	150	150	300	72 000	72 000	144 000
Activité 1.1.3 : Appuyer les structures privées des organisations de la société civile pour mener des activités de sensibilisation et des services de santé essentiels	structure/an	1 000	5	5	10	5 000	5 000	10 000
Activité 1.1.4 : Fournir 50 motos à 50 CS	pièce	3 300	25	25	50	82 500	82 500	165 000
Activité 1.1.5 : Assurer le fonctionnement et la maintenance de 50 motocyclettes	moto/an	280	50	50	100	14 000	14 000	28 000
Activité 1.1.6 : Soutenir la maintenance de 50 réfrigérateurs solaires	frigo/an	200	50	50	100	10 000	10 000	20 000
Activité 1.1.7 : Appuyer les organisations de la société civile au développement des mutuelles de santé dans la zone	organ.	10 000	2	2	4	20 000	20 000	40 000
Activité 1.1.8 : Organiser des sensibilisations par des microprogrammes au niveau de 4 stations de radios rurales	programme	20	104	104	208	2 080	2 080	4 160
Activité 1.1.9 : Soutenir les comités de gestion des CS dans les activités de recherche active et de sensibilisation	CoGes	90	50	50	100	4 500	4 500	9 000
Activité 1.1.10 : Organiser 12 séances de sensibilisation des communautés sur les activités de SMI/PF par CS et par an	séance	10	600	600	1 200	6 000	6 000	12 000
Sous-total DPS 1.1						516 080	216 080	732 160
DPS 1.2 : Santé de la reproduction								
Activité 1.2.1 : Organiser 2 ateliers de formation de 25 prestataires par session pendant 10 j dans le domaine de la SR	h/j	63	250	250	500	15 750	15 750	31 500
Activité 1.2.2 : Fournir une dotation initiale en Outils de suivi de la grossesse et de l'accouchement à 50 CS	kit	200	50		50	10 000		10 000
Activité 1.2.3 : Fournir 2 ambulances à 2 HP	ambulance	40 000	2		2	80 000		80 000
Activité 1.2.4 : Assurer l'entretien et le fonctionnement de 2 ambulances des HP	véhicule/an	7 248	2	2	4	14 496	14 496	28 992
Activité 1.2.5 : Fournir 20 équipements SOUB à 20 CS	kit	10 000	20		20	200 000		200 000
Activité 1.2.6 : Fournir 2 Equipements SOUC à 2 HP	kit	30 000	2		2	60 000		60 000
Activité 1.2.7 : Fournir à 5 HP des kits Césariennes	kit	60	1 403	1 403	2 806	84 180	84 180	168 360
Sous-total DPS 1.2						464 426	114 426	578 852

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité			Coût (en USD)		
			Année 1 de mise en œuvre (2010)	Année 2 de mise en œuvre (2011)	Total	Année 1 de mise en œuvre (2010)	Année 2 de mise en œuvre (2011)	TOTAL
DPS 1.3 : Soins curatifs								
Activité 1.3.1 : Réviser et adopter les schémas de traitement standardisés (ordinogrammes et protocoles thérapeutiques)	atelier	7 000	1		1	7 000		7 000
Activité 1.3.2 : Reproduire et diffuser les schémas de traitement standardisés pour 50 CS, 5 DPS, 5 HP et 2 DRS	exemplaire	25	70		70	1 750		1 750
Activité 1.3.3 : Organiser 2 sessions de formation de 10 jours pour 25 agents de santé par session en PCIME, Rationalisation des Soins et Gestion des ME	h/j	63	500	500	1 000	31 500	31 500	63 000
Activité 1.3.4 : Fournir une dotation initiale en Médicaments et consommables médicaux à 50 CS	kit	5 000	50		50	250 000		250 000
Activité 1.3.5 : Approvisionner les hôpitaux en ME et en Consommables médicaux	kit	15 000	5		5	75 000		75 000
Sous-total DPS 1.3						365 250	31 500	396 750
Total Objectif 1						1 345 756	362 006	1 707 762
Objectif 2 : Renforcer les capacités de gestion de 5 districts sanitaires, 2 Directions régionales de santé et le niveau central d'ici fin 2011								
DPS 2.1: Recherche opérationnelle								
Activité 2.1.1 : Réaliser une étude sur le schéma organisationnel des structures publiques de santé	étude	10 000	1		1	10 000		10 000
Activité 2.1.2 : Réaliser une étude sur la faisabilité de la stratégie de mise en place de mutuelles de santé	étude	10 000	1		1	10 000		10 000
Activité 2.1.3 : Evaluer la mise en œuvre du PPAC 2007 - 2011 et reprogrammer le PPAC 2012 -2016	étude	14 000		1	1		14 000	14 000
Activité 2.1.4 : Evaluer la mise en œuvre du PNDS 2007 - 2011 et reprogrammer le PNDS 2012 -2017	étude	18 572		1	1		18 572	18 572
Sous-total DPS 2.1						20 000	32 572	52 572
DPS 2.2: Système de Suivi-Evaluation								
Activité 2.2.1 : Organiser des supervisions semestrielles du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique	sortie	2 000	2	2	4	4 000	4 000	8 000
Activité 2.2.2 : Organiser des supervisions trimestrielles du niveau régional vers les DS de la zone ciblée	sortie	1 200	8	8	16	9 600	9 600	19 200
Activité 2.2.3 : Organiser des supervisions bimestrielles du niveau District vers l'hôpital et les CS de la zone ciblée	sortie	600	30	30	60	18 000	18 000	36 000
Activité 2.2.4 : Fournir les outils du système d'information et de gestion	kit	20	70	70	140	1 400	1 400	2 800

Domaine de soutien	Unité	Coût Unitaire	Quantité			Coût (en USD)		
			Année 1 de mise en œuvre (2010)	Année 2 de mise en œuvre (2011)	Total	Année 1 de mise en œuvre (2010)	Année 2 de mise en œuvre (2011)	TOTAL
Activité 2.2.5 : Produire les bulletins trimestriels statistiques	édition	2 000	4	4	8	8 000	8 000	16 000
Activité 2.2.6 : Fournir 5 véhicules de supervision (type 4X4 Pick-up) à 5 districts sanitaires	véhicule	25 000	5		5	125 000		125 000
Activité 2.2.7 : Assurer l'entretien et le fonctionnement des 5 véhicules de supervision de 5 DPS	véhic./an	7 248	5	5	10	36 240	36 240	72 480
Sous-total DPS 2.2						202 240	77 240	279 480
DPS 2.3 : Coordination/Gestion								
Activité 2.3.1 : Appuyer l'organisation des réunions du CCSS	réunion	200	4	4	8	800	800	1 600
Activité 2.3.2 : Appuyer l'organisation de 4 CTRS	session	2 000	2	2	4	4 000	4 000	8 000
Activité 2.3.3 : Appuyer l'organisation de 10 CTPS dans la zone	session	1 000	10	10	20	10 000	10 000	20 000
Activité 2.3.4 : Elaborer un manuel de mise en œuvre des mutuelles de santé	doc	5 258	1		1	5 258		5 258
Activité 2.3.5 : Organiser 2 réunions de concertation multisectorielle par an au niveau central et dans la zone ciblée	réunion	500	16	16	32	8 000	8 000	16 000
Activité 2.3.6 : Appuyer l'élaboration des plans préfectoraux de développement sanitaire (PPDS) dans la zone ciblée	étude	3 000	5		5	15 000		15 000
Activité 2.3.7 : Réaliser l'audit annuel des comptes de la proposition	étude	7 000	1	1	2	7 000	7 000	14 000
Activité 2.3.8 : Organiser un atelier de 4 jours pour l'élaboration des textes de création et de fonctionnement d'un cadre de concertation multisectorielle aux différents niveaux	atelier	7 000	1		1	7 000		7 000
Activité 2.3.9 : Organiser une session de formation des responsables régionaux et de districts en gestion de système de santé de district pendant 10 jours	atelier	7 260	1		1	7 260		7 260
Sous-total DPS 2.3						64 318	29 800	94 118
TOTAL Objectif2						286 558	139 612	426 170
Total Général						1 632 314	501 618	2 133 932

Au candidat: section 8.2:

- Veuillez calculer le montant des fonds disponibles par an de GAVI pour les activités proposées par le RSS de GAVI, sur la base du nombre annuel de naissances et du RNB par habitant³⁶ comme suit (tableau 8.2)
- Si le RNB < USD 365 par habitant, le pays a le droit de recevoir jusqu'à USD 5 par nouveau-né
- Si le RNB > USD 365 par habitant, le pays a le droit de recevoir jusqu'à USD 2.5 par nouveau-né

Note: L'exemple ci-après suppose que la cohorte de naissance de l'année de la proposition de GAVI est égale à 100 000 et donne le total de l'allocation de fonds si le RNB < USD 365 par habitant et si le RNB > USD 365 par habitant.

Exemples de calcul de l'allocation au pays pour le RSS de GAVI (notez que ce ne sont que des exemples)

Allocation pour le RSS de GAVI (RNB < USD 365 par habitant)	Allocation par année (USD \$)				TOTAL DES FONDS
	2007	2008	2009	2010	
Cohorte de naissance	100,000	102,000	104,000	106,000	
Allocation par nouveau-né	\$5	\$5	\$5	\$5	
Allocation annuelle	\$500,000	\$510,000	\$520,000	\$530,000	\$2,060,000

Allocation pour le RSS de GAVI (RNB > USD 365 par habitant)	Allocation par année (USD \$)				TOTAL DES FONDS
	2007	2008	2009	2010	
Cohorte de naissances	100,000	102,000	104,000	106,000	
Allocation par nouveau- né	\$2.5	\$2.5	\$2.5	\$2.5	
Allocation annuelle	\$250,000	\$255,000	\$260,000	\$265,000	\$1,030,000

8.2: Calcul de l'allocation au pays pour le RSS de GAVI (ces chiffres devront être cohérents avec les données utilisées dans d'autres demandes à GAVI et rapports annuels de situation)

Allocation du soutien de GAVI au RSS	Allocation par année (USD)			TOTAL
	Année de la proposition à GAVI 2009	Année 1 de mise en œuvre 2010	Année 2 de mise en œuvre 2011	
Cohorte de naissances	409.430	420.894	432.679	853.573
Allocation par nouveau-né	0	2,5	2,5	2,5
Allocation annuelle		1.052.235	1.081.697	2.133.932

Cohorte de naissances - Source : PPAC 2007 - 2011.

³⁶ Voir les directives pour le RSS de GAVI pour les pays concernant les niveaux de financement dans la section [Allocation](#)

Au candidat : section 8.3:

- Veuillez résumer le financement général disponible pour les efforts de Renforcement des systèmes de santé liés à l'amélioration de la couverture vaccinale et la couverture d'autres services de santé infantile.
- Veuillez fournir juste en dessous du tableau une explication concise pour démontrer comment le financement pour le RSS de GAVI proposé sera utilisé pour compléter ces efforts existants et/ou planifiés pour renforcer la capacité des systèmes de santé

Note: Les fonds pour le RSS de GAVI pourront être en plus du budget de santé du gouvernement – et les fonds ne devront pas remplacer les ressources allouées au secteur de la santé.

Note: Veuillez spécifier les contributions du gouvernement, de GAVI et des principaux partenaires ou agences finançant. S'il y a plus de quatre donateurs veuillez insérer plus de lignes. Veuillez indiquer les noms des partenaires dans le tableau et regrouper ensemble toutes les contributions prévues restantes. Veuillez indiquer la source de données (Revision des dépenses publiques, CDMT, rapports des donateurs, etc.)

8.3: Sources de tous les financements prévus pour les activités de renforcement des systèmes de santé

Sources de financement	Allocation par année (USD)						TOTAL DES FONDS
	Année de la demande à GAVI	Année 1 de la mise en œuvre	Année 2 de la mise en œuvre	Année 3 de la mise en œuvre	Année 4 de la mise en œuvre	Année 5 de la mise en œuvre	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
GAVI		1 052 235	1 081 697				2 133 932
Gouvernement	19 522 000	15 852 000	29 644 000				65 018 000
Indications spécifiques sur quelles contributions cette source de financement fournit pour le renforcement des systèmes de santé							
Banque Mondiale	2 762,68						2 762,68
Indications spécifiques sur quelles contributions cette source de financement fournit pour le renforcement des systèmes de santé							
Fonds Mondial	13 424 706,84	3 914 541,26					17 339 248,10
Indications spécifiques sur quelles contributions cette source de financement fournit pour le renforcement des systèmes de santé							
OMS	3 398 000	6 020 000	6 020 000	ND	ND		15 438 000
UNICEF	2 405 000	2 405 000	2 405 000				7 215 000
UNFPA		1 935 668	2 000 000				3 935 668
Total autres	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000		10 000 000

Source des informations sur la provenance des financements :

GAVI	Proposition de Soutien au RSS soumise
Gouvernement	Programme d'investissement Public 2008 -2011
Banque Mondiale	Fiche de Programmation des Investissements Publics APNDS 2007 - 2009
Fonds Mondial	Round 6
OMS	Plans de Coopération OMS-Guinée 2008-2009 et 2010-2011
UNICEF	Plan de Coopération UNICEF- Guinée 2007 – 2011
UNFPA	Budget prévisionnel du Plan de Coopération 2007 – 2011
Autres	Recouvrement des Coûts / Annuaire de gestion

Au candidat : section 8.4:

- Veuillez fournir une explication concise pour démontrer comment le financement pour le RSS de GAVI proposé sera utilisé pour compléter ces efforts existants et/ou planifiés pour renforcer la capacité des systèmes de santé

8.4 : Décrire comment le financement du RSS de GAVI complétera les autres de sources de financement du RSS

Le financement pour le renforcement du système de santé envisagé dans cette proposition n'est pas isolé et se place dans la perspective d'une complémentarité entre bailleurs de fonds et partenaires, s'inscrit dans la synergie des interventions dans la zone ciblée comme énoncé dans les critères de choix des districts ciblés.

Au plan de la gestion financière, le soutien de GAVI sera inscrit au budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les décaissements se feront conformément aux procédures de gestion en vigueur au niveau du département de la santé.

Du point de vue de la synergie à l'intérieur de la zone d'intervention du soutien GAVI, plusieurs partenaires et bailleurs se complètent dans leurs financements :

- L'Etat prend en charge le paiement des salaires du personnel permanent et les collectivités locales celui du personnel de soutien. L'Etat subventionne par ailleurs le fonctionnement hors salaires des hôpitaux préfectoraux ainsi qu'une partie des investissements.
- L'UNICEF apporte son soutien en matière de fourniture de services de vaccination et autres services essentiels dans tout le pays et un soutien focalisé dans dix (10) districts sanitaires dont celui de Kindia pour la mise en œuvre de la SASDE.
- Les fonds de l'OMS servent à fournir un soutien au système de santé au niveau des orientations et des politiques, de la lutte contre la maladie et la santé de la reproduction. Les actions mises en œuvre avec les fonds de l'OMS seront surtout en rapport avec le management global du système.
- L'UNFPA apporte son soutien dans le domaine de la Santé de la Reproduction par la fourniture de soins essentiels et la détermination des normes en SR dans plusieurs districts sanitaires dont celui de Boké.
- L'APNDS couvre dix huit (18) préfectures pauvres ou en situation de post-conflit par la fourniture d'équipements et de médicaments et par la formation et le recrutement de personnel.
- L'USAID couvre la fourniture de services de santé de la reproduction dans quatre (4) préfectures autres que celles retenues dans la présente proposition.
- Le financement de GAVI vient en complément des autres partenaires (UNICEF, OMS, UNFPA, USAID) intervenant dans les zones ciblées, renforcer l'extension de la couverture sanitaire par la construction, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures, la fidélisation des agents en vue de garantir un accouchement sûr, une prise en charge des références, la régularité des activités de vaccination en stratégies avancées et mobiles et le suivi/évaluation des activités. En plus, ce soutien servira de complément pour mener les fonctions de soutien et de supervision.

L'ensemble de ces actions réalisables grâce aux financements multiples permettra d'améliorer de façon substantielle la performance du système de santé au bénéfice de la population.

Section 9 : Conditions du soutien de GAVI

Au candidat

- Cette section établit les conditions du soutien pour le RSS de GAVI. En signant ce formulaire de demande, vous confirmez que vous avez lu et que vous êtes d'accord avec les conditions de GAVI pour le soutien RSS.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE GAVI ALLIANCE

FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR DES PROGRAMMES APPROUVÉS

Le pays candidat (« Pays ») confirme que tous les financements apportés par GAVI Alliance pour cette demande seront utilisés et appliqués dans le seul but d'accomplir le(s) programme(s) décrit(s) dans cette demande. Toute modification significative du/des programme(s) approuvé(s) devra être révisé et approuvé par avance par GAVI Alliance. Toutes les décisions de financement pour cette demande sont prises selon la volonté du Comité exécutif de GAVI Alliance et son sujette aux procédures du CEI et à la disponibilité des fonds.

AMENDEMENT DU PROJET

Le Pays notifiera GAVI Alliance dans son rapport annuel de situation s'il souhaite proposer des modifications dans la description du/des programme(s) dans cette demande. GAVI Alliance instrumentera toute modification approuvée par GAVI Alliance et cette demande sera modifiée.

REMBOURSEMENT DES FONDS

Le Pays est d'accord de rembourser à GAVI Alliance tous les financements qui ne sont pas utilisés pour le programme décrit dans cette demande. Le remboursement par le pays doit être effectué en dollars américains à moins que GAVI Alliance ne le décide autrement, dans les soixante (60) jours après réception par ledit Pays de la demande de remboursement de GAVI Alliance et doit être versé sur le compte ou les comptes désigné(s) par GAVI Alliance.

SUSPENSION/RÉSILIATION

GAVI Alliance peut suspendre tout ou partie de ses financements au Pays si elle a une raison de soupçonner que les fonds ont été utilisés pour un autre but que pour les programmes décrits dans cette demande ou toute modification de cette demande approuvée par GAVI. GAVI Alliance se réserve le droit de résilier son soutien au Pays pour les programmes décrits dans cette demande si un mauvais usage des fonds de GAVI Alliance est confirmé.

LUTTE CONTRE LA CORRUPTION

Le Pays confirme que les fonds apportés par GAVI Alliance ne devront pas être offert par le Pays à de tierces personnes, et que le Pays ne cherchera non plus aucun présent, paiement ou bénéfice en rapport avec cette demande directement ou indirectement qui pourrait être considéré comme une pratique illégale de corruption.

AUDITS ET ARCHIVES

Le Pays conduira des audits financiers annuels et les partagera avec GAVI Alliance comme exigé. GAVI Alliance se réserve le droit de se livrer par elle-même ou au travers

d'un agent à des audits ou autres évaluation de la gestion financière afin d'assurer l'obligation de rendre compte des fonds déboursés au Pays.

Le Pays maintiendra des archives comptables précis instrumentant comment les fonds de GAVI Alliance sont utilisés. Le Pays maintiendra ses archives comptables en accord avec ses normes comptables approuvées par son gouvernement pour au moins trois ans après la date du dernier déboursement de fonds de GAVI Alliance. En cas de réclamation de mauvais usage des fonds le pays maintiendra ces archives jusqu'à ce que les résultats de l'audit soient définitifs. Le pays donne son accord pour ne revendiquer aucun privilège concernant les documents à l'encontre de GAVI Alliance en rapport avec tout audit.

CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ LEGALE

Le Pays et les signataires pour le gouvernement confirment que cette demande est juste et correcte et forme un engagement légal obligeant le Pays, selon les lois du Pays, à réaliser les programmes décrits dans cette demande.

CONFIRMATION DU RESPECT DE LA POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE RESPONSABILITÉ DE GAVI ALLIANCE

Le Pays confirme qu'il a pris connaissance de la politique de transparence et de responsabilité (PTR) de GAVI Alliance et qu'il remplira ses conditions.

ARBITRAGE

Tout litige entre le Pays et GAVI Alliance survenant de ou en relation avec cette demande qui n'est pas réglé à l'amiable dans une période de temps raisonnable sera soumis à arbitrage à la demande de GAVI Alliance ou du pays. L'arbitrage sera conduit en accord avec les règles d'arbitrage UNCITRAL alors en vigueur. Les parties sont d'accord pour être liées par la sanction arbitrale, comme l'adjudication finale de ce litige. Le lieu de l'arbitrage sera Genève, Suisse. La langue de l'arbitrage sera l'anglais.

Pour tout litige dont le montant en question s'élève à USD \$100'000 ou moins, il y aura un arbitre désigné par GAVI Alliance. Pour tout désaccord pour lequel le montant en question est supérieur à USD \$100'000, il y aura trois arbitres nommés comme suit : GAVI Alliance et le Pays désigneront chacun un arbitre et les deux arbitres ainsi nommés désigneront conjointement un troisième arbitre qui présidera.

GAVI Alliance ne sera pas responsable envers le pays pour toute réclamation ou perte en rapport avec les programmes décrits dans cette demande, y compris et sans limitation toute perte financière, conflit de responsabilités, tout dommage aux biens ou corporels ou décès. Le Pays est l'unique responsable pour tous les aspects de la gestion et la mise en application des programmes décrits dans cette demande.

UTILISATION DE COMPTES AUPRES D'UNE BANQUE COMMERCIALE

Le gouvernement du pays qui a droit à un soutien de GAVI est responsable d'entreprendre des contrôles diligents des banques commerciales utilisées dans la gestion du soutien en liquide de GAVI, y compris le RSS, le SSV, les OSC et les subventions pour l'introduction de vaccins. Le représentant du gouvernement soussigné confirme que ce dernier assumera pleinement la reconstitution du soutien en liquide de GAVI perdu en raison de l'insolvabilité d'une banque, de fraude ou de tout autre événement imprévu.

Formulaire de demande du RSS de GAVI 2009

87

Section 10: Approbation de la demande**Au candidat : sections 4.1, 4.2 et 4.3**

- La proposition pour le RSS de GAVI ne peut être examinée sans les signatures nécessaires et l'approbation du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances, du Président et des membres du comité de coordination du secteur de la santé (CCSS)
- Tous les membres du CCSS doivent signer les minutes des réunions au cours desquelles la demande de RSS de GAVI a été approuvée. Celles-ci doivent être soumises avec la demande et toute question survenue lors de la réunion qui puisse affecter la mise en application ou le suivi de la proposition devra être soulignée par les membres du CCSS (numérotés et listés dans l'annexe 1)
- Veuillez donner les noms et les coordonnées de la personne à contacter par GAVI en cas de doutes.

Note: Les signatures des membres du CCIA sont considérées représenter leur accord avec les informations et les programmes fournis dans cette demande, ainsi que leur soutien pour la mise en application des programmes. Ceci n'implique aucun engagement financier ou légal de la part de l'agence ou de la personne partenaire.

10.1: Approbation du gouvernement

Le gouvernement de la République de Guinée s'engage à fournir des services de vaccination et d'autres services de santé de la mère et de l'enfant sur une base durable. L'efficacité du renforcement des systèmes de santé sera passée en revue chaque année par le biais d'un système de suivi transparent. Le gouvernement demande aux partenaires de financement de l'Alliance GAVI d'apporter une aide financière pour soutenir le renforcement des systèmes de santé tel qu'il a été présenté dans cette proposition.

Veuillez noter que cette demande ne sera pas examinée ou approuvée par le Comité d'examen indépendant sans les signatures du Ministre de la Santé et du Ministre des Finances ou de leur autorité déléguée.

Ministère de la santé :

Nom : Médecin-Colonel Dr Abdoulaye Chérif DIABY

Titre / Poste: Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Signature :

Date : 28 août 2009

**Ministère des finances :**

Nom : Capitaine Mamadou SANDE

Titre / Poste: Ministre de l'Economie et des Finances

Signature :

Date : 28 août 2009



Formulaire de demande du RSS de GAVI 2009

88

8.2: Approbation par le Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou équivalent national

Les membres du Comité de coordination du secteur de la santé ou son équivalent ont approuvé cette demande à l'occasion d'une réunion qui s'est tenu le 26 août 2009. Le procès-verbal de la réunion dûment signé est joint en annexe 1.

Président du CCSS (ou son équivalent) :

Nom : Dr Mohamed Lamine YANSANE **Poste / Organisation :** Chef de Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Signature :



Date : 31 Août 2009

10.3: Membre du gouvernement à contacter pour renseignements :**Nom :** Dr Boubacar SALL**Titre :** Directeur du Bureau de Stratégie et de Développement du MSHP**N° de tél. :** 224 60 27 15 83**Adresse :** Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – BP : 585 – Conakry - République de Guinée.**N° de fax :****Courrier électronique :** bousall2@yahoo.fr**10.4: Membre du gouvernement qui est le point de convergence pour superviser la gestion financière des fonds du RSS de GAVI :****Nom :** Mr Bapaté BARRY**Titre :** Chef de Division des Affaires Financières du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique**Tél. N° :** 224 60 52 70 18**Adresse :** Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – BP : 585 – Conakry - République de Guinée.**Fax N° :**

ANNEXE 1 : Documents justificatifs soumis avec la demande pour le RSS de GAVI et liste de contrôle final

Au candidat

- Veuillez numéroter et dresser la liste de tous les documents soumis avec cette demande dans le tableau ci-dessous. Veuillez être cohérent avec le titre et le numéro du document de contexte / justificatif lorsque vous vous y référez dans la proposition.

Note: La demande de soutien et ses annexes doivent être présentés en anglais ou en français, accompagné des documents auxquels il est fait référence dans la proposition sous format électronique.

Document (avec le nom équivalent utilisé dans le pays)	Disponible (Oui/Non)	Durée	Numéro de pièce jointe
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	Oui	2003 - 2012	1
Enquête Démographique et de Santé (EDS III)	Oui	2005	2
Rapport du développement socioéconomique	Oui	2006	3
Evaluation de la composante Santé de la SRP 1	Oui	2006	4
Annuaire des statistiques sanitaires 2006	oui	2006	5
Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT)	Non	2006	6
Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté II (DSRP II)	Oui	2006	7
Ressources humaines en santé	Oui	2006	8
Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantojuvénile en Guinée	oui	2006 – 2015	9
Evaluation rapide de l'opérationnalité des districts de santé	Oui	2007	10
Concours Qualité	Oui	2007	11
Plan Pluriannuel Complet	Oui	2007 – 2011	12
Etude sur les fonds sécurisés d'acquisition des médicaments	Oui	2008	13
Audit du Système d'Information Sanitaire	Oui	2008	14
Procès-verbaux du CCSS, signés par le Président du CCSS	Oui	2008 - 2009	15
Code des Collectivités	Oui		16
Stratégie de coopération OMS - Guinée	oui	2008 - 2013	17
Enquête nutritionnelle et principaux indicateurs pour la survie et le développement de l'enfant (MICS)	Oui	2008	18

ANNEXE 2 Formulaire bancaire

Note : Il ne sera jamais assez insisté sur le point que sans un formulaire bancaire qui contienne les coordonnées complètes et précises (IBAN, code SWIFT, banque correspondante aux USA et coordonnées du compte) il est impossible de transférer les fonds. Le défaut d'informations correctes et complètes dans cette section CAUSERA des retards inutiles. Ceci doit être approuvé par le représentant national de l'UNICEF sur papier à entête.

ALLIANCE MONDIALE POUR LES VACCINS ET L'IMMUNISATION

Formulaire bancaire

SECTION 1 (A compléter par le bénéficiaire)

En accord avec la décision de soutien financier prise par l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation en date du, le Gouvernement de la République de Guinée demande par la présente qu'un paiement soit fait, par virement bancaire électronique, comme détaillé ci-dessous :

Nom de l'institution : (Titulaire du compte)	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique		
Adresse :	BP 585 Conakry ,37 Boulevard du Commerce		
Ville - Pays	Conakry- République de Guinée		
Téléphone N° :	00 (224) 30 41 10 88 /	Fax N° :	
	00 (224) 60 52 70 18		
Montant en USD \$:	(A remplir par le secrétariat de GAVI)	Devise du compte bancaire :	USD
Au crédit de : Titre du compte bancaire	Renforcement du système de santé/GAVI		
Compte bancaire n° :	1003435812018		
À : de la banque	Nom	ECOBANK GUINEE	

Le compte bancaire sera-t-il exclusivement utilisé pour ce programme ?

OUI (X) NON ()

Par qui ce compte est-il audité ?

Comité de coordination du secteur santé

Signature du membre du gouvernement autorisant :

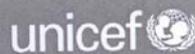
Nom :	Mohamed Lamine YANSANE	Sceau :	
Titre :	Chef de cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique		
Signature :			
Date :	2 septembre 2009		

SECTION 2 (à compléter par la banque)	
INSTITUTION FINANCIERE	BANQUE CORRESPONDANTE (aux Etats-Unis)
Nom de la banque : ECOBANK GUINEE	Citibank New York
Nom de la succursale : Agence principale	
Adresse : Kaloum	111, Wall Street
	New York
	NY 10043
Ville - Pays : Conakry - Guinée	
Code Swift : ECOCGN CN	CITIUS33
Code guichet : 0 100	Account N° 36147469
N° ABA :	021000089
Téléphone N° : 00 (224) 45 58 77	
Fax N° : 00 (224) 45 42 41	

Je certifie que le compte n° 1003435812018 est tenu par (nom de l'institution) Ministère de la santé et de l'Hygiène publique dans cette institution bancaire.

Le compte doit être signé conjointement par au moins 2 (nombre de signataires) des signataires autorisés suivant :	Nom du cadre de la banque autorisant : Assiongbon EKUE (DG)
1 Nom : Médecin colonel Dr Abdoulaye Cherif Diaby	Signature : 
Titre : Ministre de la santé	Date : 02/12/09
2 Nom : Dr René Zitzamelé Cuddy	Sceau :
Titre : Représentant OMS /Guinée	
Nom :	
Titre :	
Nom :	
Titre :	

unissons-nous
pour les enfants



Conakry, le 02 septembre 2009

A Secrétariat de GAVI Alliance,
à l'attention de : Dr Julian Lob-Levyt
Secrétaire exécutif
Chemin de Mines 2.
CH 1202 Genève,
Suisse

Objet : Lettre D'accompagnement

Monsieur Secrétariat de GAVI Alliance,

J'ai reçu le 2 septembre 2009, l'original du formulaire COORDONNEES BANCAIRES qui est joint.

Je certifie que le formulaire porte les signatures des personnes suivantes :

	Nom	Titre
Signature du membre du gouvernement autorisant	Mohamed Lamine YANSANE	<i>Chef de Cabinet du Ministère de la sante et de l'hygiene Publique</i>
Nom du cadre de la banque autorisant	Assiongbon EKUE	

Signature du représentant de l'UNICEF :

Nom ABOUDOU LATIFOU SALAMI Représentant adjoint

Signature *ML*

Date 02 septembre 2009

FONDS DES NATIONS UNIES
POUR L'ENFANCE
IMBESSEULE SABRI, CAMAYENNE
BP : 222 CONAKRY,
REPUBLIQUE DE GUINEE
SATPHONE :
SATFAX :
WWW.UNICEF.ORG

TEL : (224) 22 87 46/47
(224) 62 66 34 10
(377-47) 66 34 10
FAX : (224) 43-14-22
(874) 762-708 085
(874) 762-708 086