



REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice - Solidarité

Ministère de l'Economie et des Finances

**SECRETARIAT PERMANENT DE LA STRATEGIE DE REDUCTION DE LA
PAUVRETE**

***RAPPORT Final DE L'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE
DE LA SRP : SECTEUR DE LA SANTE***



**WANN OUMAR : CHEF D'EQUIPE
DR. PEPE DRAMOU
MOHMED LAMINE SAMAKE
ABOUBACAR SIDIKI CAMARA**

Conakry, le 25 Avril 2006

ANNEXESLISTE DES ACRONYMES :	8
LISTE DES ACRONYMES :	9
APNDS	9
APPUI AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE	9
ARV	9
ANTI RETROVIRAUX	9
ADC	9
AGENT DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	9
BCG	9
BACILLE CALMETTE GUERIN	9
BM	9
BANQUE MONDIALE	9
CAT	9
CELLULE D'APPUI TECHNIQUE	9
CRD	9
COMMUNAUTE RURALE DE DEVELOPPEMENT	9
CBG	9
COMPAGNIE BAUXITE DE GUINEE	9
CS	9
CENTRE DE SANTE	9
CSR	9
CENTRE DE SANTE RURAL	9
CSU	9
CENTRE DE SANTE URBAIN	9
CSA	9
CENTRE DE SANTE AMELIORE	9
CMC	9
CENTRE COMMUNAL MEDICAL	9
C L	9
COLLECTIVITE LOCALE	9
CU	9
COMMUNE URBAINE	9
CNLS	9
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA	9
CECOJ	9
CENTRE D'ECOUTE ET D'ORIENTATION DES JEUNES	9
CCDV	9
CENTRE DE CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE	9
CAP	9

CONNAISSANCE APTITUDE PRATIQUE	9
CCC/ESI	9
COMMUNICATION POUR CHANGEMENT DE COMPORTEMENT.....	9
CIDR	9
CENTRE INTERNATIONAL DE DEVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE.....	9
DPS	9
DIRECTION PREFECTORALE DE LA SANTE.....	9
DRS	9
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE	9
DMR.....	9
DIRECTION MICRO REALISATION.....	9
DSRP	9
DOCUMENT DE STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE.....	9
DAAF	9
DIVISION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES	9
DTCOQ.....	9
DIPHTERIE, TETANOS, COQUELUCHE.....	9
EDS.....	10
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE	10
ESI.....	10
EDUCATION SEXUELLE INFORMELLE.....	10
GAVI.....	10
ALLIANCE MONDIALE POUR LES VACCINS	10
IRA	10
INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	10
IST	10
INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE	10
IEC	10
INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION	10
INSP	10
INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE.....	10
JICA	10
AGENCE INTERNATIONALE DE COOPERATION NIPPONNE.....	10
JNV.....	10
JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION.....	10
MSP	10
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	10
MST.....	10
MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE.....	10
MGF	10

MUTILATIONS GENITALES FEMININES	10
ME.....	10
MEDICAMENTS ESSENTIELS	10
MHS	10
MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH	10
MURIGA	10
MUTUELLES POUR LES RISQUE DE GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT.....	10
MUCAS.....	10
MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DES AIRS DE SANTE.....	10
MUPROF	10
MUTUELLES PROFESSIONNELLES	10
ODM.....	10
OBJECTIFS DU MILLENAIRE.....	10
ONG	10
ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE	10
OMS	10
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE	10
PAO.....	10
PLAN D’ACTION OPERATIONNELLE	10
PCG.....	10
PHARMACIE CENTRALE DE GUINEE	10
PPN.....	10
POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE.....	10
PVVIH/SIDA	10
PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.....	10
PMA	10
PAQUET MINIMUM D’ACTIVITE	10
PCIME	10
PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L’ENFANT	10
PEV	10
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION.....	10
PNDS	11
PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE.....	11
PQDS.....	11
PLAN QUINQUENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE.....	11
PNLP	11
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	11
PPTTE	11
PAYS PAUVRES TRES ENDETTES.....	11
PACV	11

PROGRAMME D'APPUI AUX COMMUNAUTES VILLAGEOISES.....	11
PDSH/HMG	11
PROJET DE DEVELOPPEMENT SOCIAL DURABLE POUR LA HAUTE ET MOYENNE GUINEE	11
PRISM.....	11
PROJET DE RENFORCEMENT DES INTERVENTIONS EN SANTE DE LA REPRODUCTION ET MST/SIDA	11
PSI	11
POPULATION SERVICE INTERNATIONAL	11
SAM.....	11
SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE.....	11
SAG	11
SOCIETE AURIFERE DE GUINEE.....	11
SIDA	11
SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE AIGU.....	11
SNIGS.....	11
SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION ET DE GESTION SANITAIRE.	11
SOUB.....	11
SOINS OBSTETRIQUES D'URGENTES DE BASE.....	11
SOUC	11
SOINS OBSTETRIQUES D'URGENTES COMPLETS	11
SRP	11
STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE.....	11
SSP / ME	11
SOINS DE SANTE PRIMAIRES / MEDICAMENTS ESSENTIELS	11
UE.....	11
UNION EUROPEENNE.....	11
USAID	11
AGENCE AMERICAINE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL	11
UNFPA.....	11
FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION.....	11
UNICEF	11
FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE.....	11
VAA	11
VACCIN ANTI AMARIL	11
VAR.....	11
VACCIN ANTI ROUGEOLEUX.....	11
VAT	11
VACCIN ANTI TETANIQUE.....	11
VIH.....	11
VIRUS IMMUNODEFICIENCE HUMAIN	11

1. RESUME	12
2. INTRODUCTION.....	13
2.1 CONTEXTE	13
LE CONTEXTE PRESENTE LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, LES DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES, LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE, LES OPPORTUNITES, LES DEFIS, LES OBJECTIFS, LES RESULTATS ATTENDUS ; ET LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	13
2.1.1 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	13
2.1.2 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES.....	14
2.1.3 LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	15
2.1.4 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS.....	15
2.1.4.1 Objectif global.....	15
2.1.4.2 Objectifs spécifiques.....	15
2.1.4.3 Résultats attendus.....	16
2.1.5 DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	16
3. L'AMELIORATION DE LA COUVERTURE GEOGRAPHIQUE ET LA QUALITE DES SOINS DE SANTE.....	18
3.1 INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS DES STRUCTURES DE SOINS.....	18
3.1.1 Bilan des réalisations d'Infrastructures.....	19
3.2 Equipements des structures de soins	21
3.3 Maintenance des équipements et des infrastructures	22
4. DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LES STRUCTURES DE SOINS.....	22
4.1 Accessibilité.....	22
4.2 Disponibilité.....	23
4.3 Introduction des molécules.....	24
5. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	25
5.1 Situation du personnel.....	25
5.2 Perspectives.....	29
6. L'OFFRE DES SOINS DE QUALITE.....	29
7. RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL ET DE GESTION ET L'ACCESSIBILITE FINANCIERE	31
7.1 RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL ET DE GESTION.....	31
7.1.1 La qualité des prestations.....	31
7.1. 2 Système d'information sanitaire.....	31
Il est orienté à la fois vers le secteur public et le secteur privé. Mais, l'intégration et la synthèse de l'information sont difficiles à cause de la multiplicité des sous-systèmes et du manque de coordination. En conséquence, différents rapports d'analyse sont incohérents.....	31
7.1.3 Cycle de la planification.....	32
7.1.4 Recherche	32
7.1.5 Processus de décentralisation	32
7.1.6 Coordination.....	32
7.2 ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX STRUCTURES DE SOINS	32
7.2.1 Financement du secteur de la Santé.....	33
MONTANTS VENTILES AU NIVEAU REGIONAL DE 2002 A 2005	35
7.2.2 La gestion des Fonds d'indigence.....	36
7.2.3 Promotion des mutuelles de santé.....	36
7.2.4 Participation communautaire.....	38
7.2.5 Comité consultatif des usagers.....	40
ARES AVOIR TRAITE LA DEUXIEME PARTIE, NOUS PRESENTONS LE TROISIEME DOMAINE D'INVESTIGATION RELATIF AUX LUTTES CONTRE LES MALADIES PRIORITAIRES.....	41
8. LES LUTTES CONTRE LES MALADIES PRORITAIRES	42
SOURCES: RESULTATS PRELIMINAIRES EDS-III-2005 ADI: 2004, BANQUE MONDIALE	43
8.1 LES MALADIES DU PEV	43
8.1.1 La diphtérie, le tétanos et la coqueluche.....	45
8.1.2 La couverture vaccinale antitétanique.....	46
8.1.3 La fièvre jaune.....	47

8.1.4 La rougeole	48
8.1.5 La poliomyélite.....	50
8.1.6 La tuberculose.....	51
8.1.7 La disponibilité des ressources pour les activités du PEV.....	51
8.2.1 Prophylaxie contre le paludisme chez la femme enceinte	56
8.2.2 Lutte antivectorielle ou lutte contre les moustiques	56
8.3 Les infections respiratoires aiguës.....	56
8.4 LES MALADIES DIARRHEIQUES.....	57
8.5 LA SANTE DE LA REPRODUCTION.....	58
8.5.1 Les accouchements	58
9. LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA ET LES MGF EN GUINEE	60
9.1 LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA.....	60
9.1.1 PREVENTIONS REALISEES DE 2003 A 2005.....	60
9.1.1.1 Prévention par le mode de sensibilisation	60
9.1.1.2 Prévention par la mode de dépistage du VIH/SIDA	62
9.1.1.3 Prévention par le mode de transmission Mère-Enfant (PTME).....	64
9.1.2 Prise en charge des personnes malades du VIH/SIDA.....	64
9.2 LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES (MGF).....	66
9.2.1 Approche écoute et dialogue	66
9.2.2 Approche reconversion des exiseuses	67
9.2.3 Programme d'information éducation et de comminucation.....	67
10. LUTTE CONTRE LES CARENCES NUTRITIONNELLES.....	69
10.1 PROBLEMATIQUE.....	69
10.2 BILAN DES REALISATIONS	69
10.2.1 Appui à la Sécurité alimentaire au niveau des ménages	69
10.2.2 Dans le cadre des Interventions nutritionnelles à base communautaire	69
10.2.3 Dans le cadre de la Promotion de l'allaitement maternel et de l'éducation nutritionnelle.....	70
10.2.4 De la récupération nutritionnelle des enfants malnutris.....	70
10.2.5 Dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments.....	70
10.2.6 La nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	70
10.2.7 Les Urgences nutritionnelles	70
10.2.8 LE SYSTEME DE COORDINATION DE GESTION.....	71
APRES EXAMEN DES DIFFERENTS DOMAINES D'INVESTIGATION, NOUS TRAITERONS LES OPPORTUNITES, LES DEFIS, LES FORCES, LES FAIBLESSES, LES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS, LES LEÇONS TIREES ET CONCLUSIONS. 11. OPPORTUNITES.....	
11. OPPORTUNITES	72
12. DEFIS	72
13. FORCES ET FAIBLESSES	72
13.1 FORCES	72
13.2 FAIBLESSES	73
14. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	74
CONSTAT 1 LIE AU PROCESSUS D'ELABORATION DU DSRP	74
CONSTAT 2 LIE AU CONTENU DU DSRP	74
CONSTAT 3 LIE A L'AMELIORATION DES SERVICES DE SOINS DE QUALITE.....	74
CONSTAT 4 LIE A L'ACCESSIBILITE FINANCIERE	74
CONSTAT 5 LIE AU RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL ET DE GESTION	75
CONSTAT 6 LIE A LA MISE EN ŒUVRE DES PAO RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	75
CONSTAT 7 LIE A L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DU PEV SSP ET DE LA PCG	75
RECOMMANDATION 1 LIEES AU PROCESSUS D'ELABORATION DE DISSEMINATION DU DSRP 2	75
RECOMMANDATION 2 LIEE AU CONTENU DU DSRP 2	75
RECOMMANDATION 3 LIEE A L'AMELIORATION DES SERVICES DE SOINS DE QUALITE.....	76
RECOMMANDATION 4 LIEE A L'ACCESSIBILITE FINANCIERE	76
RECOMMANDATION 5 LIEE AU RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL ET DE GESTION	76

RECOMMANDATION 6 LIEE LA MISE EN ŒUVRE DES PAO RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	76
RECOMMANDATION 7 LIEE A L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DU PEV SSP ET DE LA PCG	77
RECOMMANDATION 8 LIEE A LA COORDINATION ET LA MISE EN PLACE D'UN MECANISME DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES BUTS ET INDICATEURS	77
LE MSP AURAIT A GAGNER EN METTANT EN PLACE UN DISPOSITIF DE COORDINATION ET DE SUIVI DES INTERVENTIONS VISANT A FAVORISER LA SYNERGIE ET LA COLLECTE DES DONNEES FIABLES ET ACTUALISEES SUR L'ETAT D'AVANCEMENT EN TERME D'ATTEINTE DES BUTS ET INDICATEURS POURSUIVIS AU NIVEAU DE CHAQUE OBJECTIF.....	77
16. LES LEÇONS TIREES DE L'EVALUATION	77
CONCLUSIONS	78
MONTANTS VENTILES AU NIVEAU PREFECTORAL DE 2002 A 2005.....	85

Annexes

Liste des acronymes :

APNDS	Appui au Plan National de Développement Sanitaire
ARV	Anti Rétroviraux
ADC	Agent de Développement Communautaire
BCG	Bacille Calmette Guérin
BM	Banque Mondiale
CAT	Cellule d'Appui Technique
CRD	Communauté Rurale de Développement
CBG	Compagnie Bauxite de Guinée
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CSA	Centre de Santé Amélioré
CMC	Centre Communal Médical
C L	Collectivité Locale
CU	Commune Urbaine
CNLS	Comité National de Lutte Contre le SIDA
CECOJ	Centre d'Ecoute et d'Orientation des Jeunes
CCDV	Centre de Conseil et Dépistage Volontaire
CAP	Connaissance Aptitude Pratique
CCC/ESI	Communication pour Changement de Comportement
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DMR	Direction Micro réalisation
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DAAF	Division des Affaires Administratives et Financières
DTCoq	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche

EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESI	Education sexuelle Informelle
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IST	Infection sexuellement Transmissible
IEC	Information Education Communication
INSP	Institut National de Santé Publique
JICA	Agence Internationale de Coopération Nipponne
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
MGF	Mutilations Génitales Féminines
ME	Médicaments Essentiels
MHS	Management Sciences for Health
MURIGA	Mutuelles pour les Risque de Grossesse et Accouchement
MUCAS	Mutuelles Communautaires des airs de Santé
MUPROF	Mutuelles Professionnelles
ODM	Objectifs Du Millénaire
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAO	Plan d'Action Opérationnelle
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PPN	Politique Pharmaceutique nationale
PVVIH/SIDA	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PQDS	Plan Quinquennal de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PACV	Programme d'Appui aux Communautés Villageoises
PDSD/HMG	Projet de Développement Social Durable pour la Haute et Moyenne Guinée
PRISM	Projet de Renforcement des Interventions en Santé de la Reproduction et MST/SIDA
PSI	Population Service International
SAM	Système d'Assurance Maladie
SAG	Société Aurifère de Guinée
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Aigu
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire.
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgences de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgences Complets
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP / ME	Soins de Santé Primaires / Médicaments Essentiels
UE	Union Européenne
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus Immunodéficience humain

1. Résumé

Le Gouvernement Guinéen s'est doté en 2002 d'une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) comme cadre référentiel de ses interventions. Le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté a bénéficié de l'appui technique et financier des partenaires d'aide au développement de la Guinée.

Une démarche inclusive et itérative a caractérisé tout le processus d'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Elle a visé la participation de l'ensemble des différentes catégories d'acteurs (cadres de l'administration, société civile, secteur privé et partenaire d'aide au développement) lors du processus d'élaboration. Elle s'est déroulée à plusieurs étapes tant au niveau national qu'au niveau régional.

La mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) s'est traduite par la réalisation des initiatives au niveau des politiques sectorielles en vue de l'atteinte des objectifs, des buts et indicateurs déclinés dans le DSRP. Les projets et programmes ont été les instruments de mise en œuvre de cette stratégie. La Stratégie de Réduction de la Pauvreté a bénéficié également des concours additionnels issus des Fonds destinés aux Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE).

Trois ans après la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), le Gouvernement a décidé de procéder à son évaluation avant le démarrage de l'élaboration du second DSRP. Cette évaluation vise à ressortir les acquis, les limites et proposer des mesures d'amélioration. Elle a connu le soutien technique et financier de certains partenaires (Union Européenne, Coopération Française et Allemande). Elle est réalisée par quatre (4) équipes mixtes issues des cadres de l'administration, du secteur privé et de la société civile et a porté sur la croissance, la santé, l'éducation et la bonne gouvernance. A cela s'ajoutent quatre (4) études complémentaires, à savoir la nutrition, l'éducation non formelle (ENF), l'hydraulique et les droits de la personne humaine. L'évaluation de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté est centrée sur le processus, le contenu et la mise en œuvre.

Cette présente étude porte sur le secteur de la Santé et concerne quatre (4) domaines d'investigations plus l'étude complémentaire relative à la nutrition, à savoir :

- L'Amélioration de l'accessibilité géographique et la qualité des soins ;
- Le Renforcement institutionnel de Gestion et l'amélioration de l'accessibilité financière;
- Les luttes contre les maladies prioritaires ; et
- Les luttes contre le VIH/SIDA et les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

Dans le but d'apprécier le degré de mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, le travail s'est déroulé à Conakry et à l'intérieur du pays conformément aux Termes de Références (TDR).

2. Introduction

Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) Guinée adopté en Janvier 2002 par le Gouvernement est approuvé comme cadre de référence par l'ensemble des intervenants locaux et internationaux. Les Objectifs, Stratégies et But/Indicateurs sont déclinés dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) issus des Politiques sectorielles des différents départements Ministériels.

L'objectif général de politique de santé, décliné dans le DSRP, est « **d'assurer à tous les hommes et femmes vivant sur le territoire, sans barrière géographique, économique et socioculturelle, des services de santé de qualité. Il s'agit donc de mettre en place, d'ici l'an 2010, un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population** ». A cet effet, cinq (5) objectifs sont assignés au secteur de la Santé dans le DSRP à savoir: **i-**) le Renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies prioritaires ; **ii-**) l'amélioration de l'accès des pauvres aux services de Santé essentielle ; **iii-**) le Renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion ; **iv-**) l'amélioration de la qualité des services ; et **v-**) les luttes contre le VIH/SIDA et les MGF.

Ce présent rapport vise à : **i-**) éclairer le contexte du secteur de la santé ; **ii-**) décliné les objectifs de l'étude ; **iii-**) présenter les résultats attendus ; **iv-**) ressortir la démarche méthodologique utilisée ; **v-**) partager les résultats des investigations menées par rapport aux quatre (4) domaines focaux ainsi que ladite étude complémentaire ; **vi-**) soulever les constats et recommandations ; et **vii-**) exposer les leçons tirées de l'évaluation.

2.1 Contexte

Le contexte présente les caractéristiques démographiques, les données socio-économiques, La politique nationale de santé, les opportunités, les défis, les objectifs, les résultats attendus ; et la démarche méthodologique.

2.1.1 Caractéristiques démographiques

La population guinéenne est estimée à 7.156.406 habitants selon les données du recensement de 1996, contre un chiffre de 4 700 000 habitants en 1983. Le taux d'accroissement naturel est de 2,8%. En y ajoutant les effets des mouvements migratoires, le taux annuel d'accroissement est de 3,1%. Les projections indiquent que si ce taux se maintient, la population guinéenne sera de 10,6 millions d'habitants à l'horizon 2010. Les principaux indicateurs socio-démographiques sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau no 1 : les principaux indicateurs socio-démographiques

Indicateurs	Zone rurale	Zone urbaine	Pays
Taux de natalité ⁽¹⁾	38,4‰	32,9‰	36,9‰
Taux de mortalité générale ⁽²⁾	14,8‰	10,7‰	14,2‰
Taux d'accroissement annuel ⁽²⁾	2,7%	4,1%	3,1%
Espérance de vie à la naissance ⁽²⁾	53	56	54
Indice synthétique de fécondité ⁽¹⁾	6,3	4,4	5,7

Source : (1) EDS 2005, Ministère du Plan.

PS : Les données relatives aux taux de natalité ne sont pas réactualisées (ND).

(2) Recensement général de la population et de l'habitat. Ministère du plan, 1996.

2.1.2 Données socio-économiques

La consommation annuelle par ménage se chiffre à 3.623.862 FG (soit en moyenne 301.989 FG par mois). Comparée au niveau enregistré en 1994-1995, cet indicateur est passé de 3.092.779 FG en 1994 à 3.623.862 FG en 2002, soit une hausse de 17,2 % en 8 ans selon l'EIBEP : 2002/2003. Par rapport aux normes caloriques définies par l'OMS et la FAO dont la satisfaction nécessite une dépense moyenne annuelle de 339 043 FG, les 40% de la population guinéenne vivent en dessous du seuil de pauvreté et ont donc des difficultés d'accès aux soins essentiels. La pauvreté est inégalement répartie entre les différentes régions du pays comme l'indique le ci – après.

Tableau no 2 : les indicateurs de pauvreté selon la région administrative

Régions	Population (%)	P0 (%)
Boké	11,160	41,35
Conakry	15,529	20,569
Faranah	08,972	61,065
Kankan	14,853	66,769
Kindia	13,113	43,893
Labé	10,079	65,007
Mamou	08,692	43,560
N'Zérékoré	17,602	56,092
Ensemble	100,000	49,20

Source: EIBEP 2002-2003/DNS/MP

Les taux de pauvreté par région administrative sont respectivement de 20,569 % pour une population de 15,529 à Conakry, 41,35 % pour une population de 11,160 à Boké, 43,560 pour une population de 08,692 à Mamou, 43,893 % pour une population de 13,113 à Kindia Mamou, 43,893 pour une population de 13,113 %, 56,092 % pour une population de 17,602 à N'Zérékoré, 61,065 % pour une population 08,972 à Faranah, 66,769 pour une population de 14,853 à Kankan.

Tableau no 3 : les dépenses moyennes totales par tête selon le groupe de pauvreté par région administrative

Régions	Très pauvres	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Boké	176280	267300	859145	615692
Conakry	159954	295140	878557	758553
Faranah	170311	244059	726562	431919
Kankan	164858	233993	719368	395286
Kindia	182982	269073	847466	593591
Labé	148796	215731	1037177	503182
Mamou	183844	275562	679700	503656
N'Zérékoré	178089	258286	669213	438714
Ensemble	168252	251956	805660	533525

Source: EIBEP 2002-2003/DNS/MP

Les dépenses moyennes par tête des pauvres et par région administrative sont respectivement de 215731 à Labé, 233993 Kankan, 244059 à Faranah, 258286 à N'Zérékoré, 267300 à Boké et 275562 à Mamou.

Tableau no 4 : les indicateurs de pauvreté selon la région naturelle

Régions	Population (%)	P0
Conakry	15,529	20,569
Basse Guinée	21,024	40,327
Moyenne Guinée	22,020	55,433
Haute Guinée	20,805	67,501
Guinée Forestière	20,622	54,437
Ensemble	100,000	49,20

Source: EIBEP 2002-2003/DNS/MP

Le phénomène de la pauvreté est beaucoup plus marqué dans les zones rurales des régions naturelles. Les taux de pauvreté par région naturelle et plus la zone spéciale de Conakry sont respectivement de 20,569 % pour une population de 15,529 % à Conakry, 40,327 % pour une population de 21,024 % en Basse Guinée, 54,437 % pour une population de 20,622 % en Guinée Forestière, 55,433 % pour une population de 22,020 % en Moyenne Guinée et 67,501 % pour une population de 20,805.

2.1.3 La politique nationale de santé

La vision de la politique de santé est une société dans laquelle tous les Guinéens sont en bonne santé. Cette vision implique : **i-)** l'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire ; **ii-)** une plus grande responsabilisation communautaire pour une meilleure implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ; **iii-)** une plus grande motivation et une meilleure répartition du personnel de santé pour garantir des prestations de qualité continues ; **iv)** une meilleure sécurisation de la disponibilité des produits pharmaceutiques et des vaccins essentiels, accessibles à la majorité de la population et surtout aux pauvres en milieu rural et enclavé ; **v-)** un système de financement alternatif qui permet de développer la solidarité entre les membres d'une même communauté et **vi-)** un cadre de travail approprié qui stimule les initiatives individuelles et collectives.

2.1.4 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

2.1.4.1 Objectif global

L'évaluation de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) a pour objectif principal de s'assurer de son impact sur l'amélioration des conditions sanitaires de vie des populations d'une part, et de tirer les leçons de sa mise en œuvre en vue d'une poursuite efficace et efficiente du processus d'autre part.

2.1.4.2 Objectifs spécifiques.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation de la SRP sont :

- Etablir sur une base participative, d'une vision claire de la mise en œuvre de la SRP dans le secteur de la santé;
- Identifier les principales forces et faiblesses du processus de la SRP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Présenter d'un rapport thématique de l'évaluation dans le secteur, assorti de recommandations pertinentes pour la poursuite du processus
- Identifier les mécanismes de dissémination du DSRP 2
- Formuler des recommandations visant l'amélioration du processus d'élaboration et de mise en œuvre du DSRP 2

2.1.4.3 Résultats attendus

Les principaux résultats attendus sont les : **i-)** les cibles et les sites à visiter sont définis **ii-)** les méthodes et instruments d'évaluations participatives sont identifiés, adéquats et disponibles ; **iii-)** les informations primaires et secondaires requises sont collectées, analysées, vérifiées et synthétisées ; **iv-)** résultats de l'évaluation de la SRP y compris le Cadre logique sont bien documentés et disponibles pour tous les intéressés ; **v-)** résultats de l'évaluation sont disséminés, diffusés et publiés et publiés à toutes les parties prenantes ; et **vi-)** résultats de l'évaluation sont intégrés dans le DSRP 2.

2.1.5 Démarche Méthodologique

La démarche de réalisation de l'étude a porté sur : **i-)** la participations aux différentes réunions ; **ii-)** la collecte des données secondaires ; **iii-)** la détermination de la population mère ; **iv-)** la détermination de la taille de l'échantillon ; **v-)** le choix des sites à visiter ; **vi-)** l'élaboration et le test de l'instrument de collecte des données ; **vii-)** la collecte des données primaires ; **viii-)** l'analyse et l'interprétation des données ; **ix-)** La rédaction des rapports (préliminaire et final).

- **Participation aux différentes réunions** : les réunions ont porté entre autres sur : **i-)** la clarification des contours liés aux TDR, avec le client et le consultant principale ; **ii-)** la précision des attentes formées en terme de questions clés par le responsable du groupe thématique des services sociaux de base ; **iii-)** le suivi de la réalisation de l'étude avec les membres du Cellule d'Assistance Technique (CAT) ; **iv-)** l'organisation et l'exécution interne avec l'équipe de santé ;
- **La collecte des données secondaires** : la collecte des données secondaires a porté entre autres sur : **i-)** les rapports de mise en œuvre de la SRP ; **ii-)** les documents de politiques du Ministère de la Santé Publique (MSP) ainsi que leurs instruments de mise en œuvre ; et **iii-)** les documents et rapports d'activités des partenaires intervenants dans le secteur de la santé. Les données ont été collectées auprès des principaux informants clés (Secrétariat Permanent DSRP, MSP, GTZ et autres intervenants ;
- **La détermination de la population mère** : elle a porté sur la détermination du public cibles à enquêter (Cadres du MSP, Usagers (patients), Responsables de Comités de Gestion des Centres de Santé, Elus locaux, Personnels des Projets, ONG et Institutions ;
- **La détermination de la taille de l'échantillon** : elle a porté sur la détermination du nombre de personnes à enquêter.
- **Le choix de l'échantillon** : il a consisté au choix des sites sur la base des critères raisonnés axés essentiellement sur les zones : **i-)** de pauvreté et riches ; **ii-)** jugées insuffisantes et suffisantes en terme de lutte contre les maladies prioritaires ; **iii-)** ayant enregistrées des fortes ruptures de Médicaments ; et **iv-)** ayant développées des expériences en matière lutte contre le VIH/SIDA, les MGF, Les mutuelles de santé, la gestion des fonds d'indigences, la mise en place des comités consultatifs des usagers et l'introduction de concours de qualité. Voir site en annexe ;
- **L'élaboration et le test de l'instrument de collecte des données** : des guides d'entretien ont été élaborés en fonction des informants clés et testés auprès de la Direction Nationale des Laboratoires et des Pharmacies ;

- **La collecte des données primaires** : elle a porté sur la collecte des données primaires auprès des cibles visées tant à l'intérieur qu'à Conakry. Les domaines d'investigations portaient sur les infrastructures, la qualité, le Renforcement Institutionnelle et de Gestion, sur les maladies prioritaires, les VIH/SIDA et les MGF. L'évaluation était centrée sur : le processus, le contenu et la mise en œuvre de la SRP ;
- **La rédaction des rapports (préliminaire et final)** : elle a porté sur le dépouillement, l'analyse et l'interprétation des données ainsi que la rédaction et la validation des rapports.

2.1.6 Déroulement de la mission

La mission s'est déroulée en trois étapes dont la première a porté sur la collecte des données secondaires, la seconde aux données primaires et la troisième à l'analyse et interprétation des données. La première partie a duré du 01 Décembre 2005 au 06-01 2006, la seconde du 08 au 20-01 2006 et la troisième du 24-01 au 16-03 2006.

Au total 294 personnes ont été touchées dont 187 Hommes et 107 Femmes, réparties comme suit : **i-**) cabinet = 4 ; **ii-**) directions nationales = 6 ; **iii-**) cadres de l'hôpital national = 7 ; **iv-**) cadres des hôpitaux régionaux 8 ; **v-**) cadres du CMC= 6 ; **vi-**) cadres des Centres de Santé=20 ; **vii-**) responsables des Comités de Gestions=23 ; **viii-**) responsables des Collectivités Locales=18 ; **ix-**) personnels des ONGs=6 ; **x-**) cadres des projets et institutions=7 ; et **xi-**) usagers=139.

Au total 5 régions Administratives, 10 Préfectures, 7 Sous préfectures, 1 Commune Urbaine et 1 district rural ont fait l'objet de visite de terrain. Il s'agit respectivement au niveau de la Région de Labé (Préfectures de Labé et de Lélouma et les Sous Préfectures de Dairi et de Sagalé), de Mamou (Préfectures de Mamou et de Dalaba, les Sous Préfectures de Saramoussaya et de Koba et le district rural de Séré), Faranah (Préfectures de Faranah, Dinguiraye et Kissidougou et Sous Préfectures de Marélah, de Lanayah et de Yéndé Millimo) Kankan (Préfecture de Mandiana et Commune Urbaine de Mandiana) et N'Zérékoré (Préfectures de N'Zérékoré et de Beyal et Sous Préfecture de Kobéla) ainsi que la zone spéciale de Conakry.

Ce présent rapport n'a pas la prétention d'épuiser les besoins d'évaluation de toutes les interventions du secteur de la Santé. Il vise à apprécier les acquis et les limites de la mise en œuvre de cette politique en vue de proposer des mesures d'amélioration dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du DSRP 2.

L'équipe n'a pas rencontré des difficultés majeures auprès des informants clés tant au niveau de la collecte des données secondaires que primaires. La défaillance enregistrée au niveau du véhicule a empêché l'équipe de couvrir deux CRD dans les Préfectures de Mandiana et de Beyla. Des mesures ont été prises au niveau du Secrétariat Permanent pour résoudre aussitôt le problème posé et l'équipe a pu poursuivre sa mission.

C'est le lieu pour l'équipe de santé d'adresser ses remerciements sincères à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ladite étude.

3. L'Amélioration de la Couverture Géographique et la Qualité des Soins de Santé

Le DSRP préconise d'axer principalement le développement des infrastructures sur les formations sanitaires de base, notamment **les postes de santé**. Il envisage le renforcement de cette politique par l'extension du paquet minimum d'activités (PMA) en y intégrant : **i-) la fourniture adéquate et régulière des consommables, de médicaments essentiels (ME) génériques et vaccins** ; et **ii-) l'amélioration de la gestion des ressources humaines afin d'assurer la disponibilité de personnel qualifié et motivé à tous les niveaux**, en particulier dans les **zones rurales**. Ainsi les Indicateurs et but fixés par le DSRP visent à : **i-) porter le taux d'exclus géographique de 40 % à 20 %** ; et **ii-) réduire le taux de rupture en médicament de 20 % à 5 %**

Ce premier domaine d'investigation traite sur les infrastructures, les équipements et la maintenance, la disponibilité des médicaments essentiels, la gestion des ressources humaines et l'amélioration de l'offre de soins de qualité.

3.1 Infrastructures et équipements des structures de soins

Le Plan Quinquennal de développement sanitaire qui est l'instrument de Planification Stratégique à Moyen Terme de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire du département prévoit à l'horizon 2007, la réalisation des infrastructures en tenant compte de l'accroissement actuel de la population estimé à 9.064.021 habitants à l'horizon indiqué. Il vise :

- La construction de 330 postes de santé ;
- La construction de 29 nouveaux centres de santé dans les préfectures de l'intérieur du pays et de 25 autres dans la ville de Conakry ;
- La réhabilitation de 138 centres de santé, localisées principalement dans les régions administratives de Boké et de N'zérékoré;
- La construction de 14 centres de santé améliorés, dans les préfectures de Yomou, Macenta, Mandiana, Siguiri, Dabola, Faranah, Mali, Pita, Boffa et Dubréka, sur la base de critères démographiques, d'accessibilité géographique et de viabilité financière ;
- La réhabilitation de 18 hôpitaux préfectoraux, 2 régionaux et 2 nationaux qui se trouvent en mauvais état;
- La construction d'un hôpital de premier recours dans la ville de Conakry ;
- L'appui à la construction de structures privées à but non lucratif.

Tableau no 5 : des besoins en infrastructures sanitaires à l'horizon 2007 par région administrative.

N°	Régions	PS*	CS	CS*	CSA	HP	HR	HR*	HN
1	Ville de Conakry	0	15	25	0	0	0	1	2
2	Région de Kindia	42	15	5	1	3	0	0	0
3	Région de Boké	38	25	8	4	4	1	0	0
4	Région de Mamou	37	8	4	1	0	0	0	0

5	Région de Labé	46	15	5	1	2	0	0	0
6	Région de Faranah	44	4	0	1	2	0	0	0
7	Région de Kankan	60	8	3	4	3		0	0
8	Région de N'zérékoré	65	48	4	2	4	1	0	0
Total		330	138	54	14	18	2	1	2

Source : Evaluation des Infrastructures de la DEM (D.N.E.H.S) décembre 2001

Légende : (*) : Nouvelles constructions. Sans Astérisx : Infrastructures à rénover

3.1.1 Bilan des réalisations d'Infrastructures

Les infrastructures des structures de soins publiques sont structurées de la base au sommet sous forme pyramidale en cinq niveaux : **i-)** poste de santé, **ii-)** centre de santé, **iii-)** hôpital préfectoral, hôpital communal, **iv-)** hôpital régional et hôpital national. A chaque niveau de structure de soins, les normes, les critères de réalisations et le paquet minimum d'activités sont définis. Voir en annexe les différentes définitions. Le Plan quinquennal de Développement Sanitaire s'est assignés des objectifs à l'horizon 2007 en terme de construction, de rénovation et d'extension aux différents niveaux des structures de soins. Voir en annexe les prévisions en terme de couverture à l'horizon 2007 et le tableau n° 1 besoins en infrastructures sanitaires par région administrative.

3.1.1.1 Poste de santé

Au total 12 Postes de Santé dont 4 dans la Région de Faranah, 4 dans la région de Labé 3 dans la région de N'Zérékoré et 1 dans la région de Boké. Sur les 12 réalisations répertoriées 8 sont financés conjointement par le PACV et les Collectivités Locales bénéficiaires.

Sur une prévision de 330 à l'horizon 2007, actuellement 12 sont répertoriés comme PS réalisés dont 312 Postes de Santé restent à réaliser entre 2006 à 2007. Le PQDS prévoyait la construction par région les nombres ci-après : **i-)** 0 à Conakry dont 0 réalisés ; **ii-)** 38 à Boké dont 1 réalisé ; **iii-)** Mamou 37 dont 0 réalisé ; **iv-)** Labé 46 dont 4 réalisés ; **v-)** Kankan 60 dont 0 réalisés ; **vi-)** N'Zérékoré 65 dont 3 réalisés ; **vii-)** Faranah 44 et 4 réalisés.

3.1.1.2 Centre de Santé Rural (CSR)

Au total 20 CSR ont été réalisés dont 19 en terme de construction au cours de l'année 2005 et 1 en terme de rénovation au cours de l'année 2003. Les constructions ont été réalisées dans Six régions administratives dont 8 dans Kankan, 2 dans Boké, 2 dans Labé, 2 dans N'Zérékoré, 4 dans Kindia et Faranah. Sur les 11 CSR, un seul n'est pas localisé.

Le Plan Quinquennal du Développement Sanitaire prévoyait la construction de 54 CSR entre 2003 à 2007. En terme de réalisation, 19 CSR ont été réalisés dont 13 en début de construction en 2005, 6 en 2002 et 1 en rénovation. Par rapport aux prévisions établies, 35 CSR restent à réaliser entre 2006 à 2007. Le PQDS prévoyait la construction par région les nombres ci-après : **i-)** 25 à Conakry dont 0 réalisés ; **ii-)** 8 à Boké dont 2 réalisés ; **iii-)** Mamou 4 dont 0 réalisés ; **iv-)** Labé 5 dont 2 réalisés ; **v-)** Kankan 3 dont 7 réalisés ; **vi-)** N'Zérékoré 4 dont 2 réalisés ; **vii-)** Faranah 0 et 1 réalisé.

On note un grand écart par rapport au nombre total de réalisation prévu dont 35 CS non réalisés soit 65% contre 35% de réalisation par rapport aux prévisions. Les régions de Kankan et de Faranah ont enregistré respectivement des excédents de 4 et 1, tandis que les écarts suivants ont été observés par région dont 3 à Labé, 6 à Boké, 2 à N'Zérékoré. Il faut signaler que Mamou n'a enregistré aucune réalisation.

Le PQDS prévoyait la rénovation de 138 entre 2003 à 2007. Les sources disponibles ne mentionnent qu'une seule réalisation sans préciser la localité. Si les statistiques disponibles sont fiables, on observe dans ce cas un taux de réalisation assez bas. Cependant, on constate souvent le non report par le niveau central de plusieurs réalisations de terrain faites par les autres intervenants (ONG, Projets/Programmes, Collectivités Locales).

3.1.1.3 Centre de Santé Amélioré

Sur 14 CSA prévus en terme de construction par le PQDS, 1 seul a été réalisé et concerne la région de Boké dans Touba (Gaoual). Les prévisions de construction n'ont presque pas connu de réalisation de 7,14%. Sur 4 prévus à Boké 1 de réaliser soit un taux de réalisation de 25%.

3.1.1.4 Centre de Santé Urbain

Les CSU n'ont pas été prévus en terme de réalisation par le PQDS. Cependant, on constate la construction de trois CSU dont 2 dans la région de N'Zérékoré et 1 dans celle de Mamou, tandis que dans la zone spéciale de Conakry deux autres ont connu une rénovation au cours de l'année 2003.

3.1.1.5 Hôpital Préfectoral

Il faut noter que des progrès ont été enregistrés en matière de rénovation des hôpitaux, car sur une prévision de 18 Hôpitaux préfectoraux à réhabiliter à l'horizon 2007, 11 hôpitaux ont connu des réhabilitations entre 2002 à 2005 soit un taux de (61%) en terme de reconstruction. Ainsi les prévisions de rénovation relatives pour chaque région selon le PQDS sont les suivantes : **i-**) Kindia 3 dont 2 rénovés ; **ii-**) Boké 4 dont 2 rénovés ; **iii-**) Labé 2 dont 2 rénovés ; **iv-**) Faranah 2 dont 1 rénové ; Kankan 3 dont 3 rénovés ; **v-**) N'Zérékoré 4 dont 1 rénové ; et **vi-**) Conakry et Mamou non prévu

On observe dans les régions de Labé et Kankan une réalisation de 100% par rapport à la prévision, tandis qu'il existe un grand écart de réalisation dans les régions de N'Zérékoré et relativement moyen à Boké, Faranah, Kindia dont les taux de réalisation sont respectivement de 25%, 50%, 50% et 66%.

3.1.1.6 Hôpital Régional

Le PQDS prévoyait la construction d'un Hôpital régional à Conakry et la réhabilitation de deux hôpitaux régionaux à Boké et N'Zérékoré. On constate que les travaux de rénovation de ces deux hôpitaux régionaux sont en cours d'exécution tandis que la construction de l'hôpital régional de Conakry n'est pas en voie d'exécution.

3.1.1.7 Infrastructures Nationales

Dans le cadre de la construction, la plupart des infrastructures prévues ont été réalisées, tels que : le Centre International de formation pour la lutte contre le cancer ; le Centre Anri-tuberculeux, le Centre d'Etudes supérieures en ophtalmologie ; le Siège du Programme

National de lutte contre le Paludisme et la lèpre de Dubréka. Concernant la rénovation, des progrès sensibles ont été remarqués au niveau de deux Hôpitaux Nationaux (CHU Donka et CHI de Ignace Deen) et le laboratoire national de référence de l'INSP.

En général, les infrastructures restent très vétustes et sont inégalement répartis entre les régions. Elles ne suivent pas la croissance de la population. Les postes de santé considérés comme les infrastructures prioritaires ont connu très peu de réalisation. Les contributions des autres intervenants, notamment les projets (PACV, PDLHMG, PDSDHM, etc.), les ONG comme Plan Guinée, les Collectivités Locales ne sont pas comptabilisées au niveau national. La mise en œuvre de la première phase du PACV a connu la construction de 162 postes de santé et centres de santé. Les réalisations qui ne sont pas directement gérées par le niveau central rentrent très peu dans leur préoccupation. Les prévisions en terme de construction, rénovation et extension à travers les différents plans ont connu également très peu de réalisation. La forte diminution de l'appui des partenaires et le faible niveau de financement de l'Etat dans la réalisation des infrastructures constituent les causes principales du gap enregistré.

La plupart des infrastructures ne répondent pas encore aux normes techniques et fonctionnelles requises pour assurer une prise en charge sécurisante des malades. Les niveaux des plateaux techniques ne permettent pas de prendre en charge certaines pathologies fréquemment enregistrées dans les hôpitaux de références. Cet état de fait est à l'origine de multiples évacuations sanitaires, entraînant d'importantes sorties de devises et contribuant souvent à l'augmentation du taux mortalité. Le secteur de la santé ne s'est pas doté également d'un système d'organisation et de fonctionnement permettant de garantir la continuité des soins d'une structure à une autre. Les mécanismes de références ne sont suffisamment raffinés. Il existe très peu de lien cohérent entre public et le privé.

La prise en compte de la dimension environnementale dans les infrastructures est axée sur la réalisation des puits de fouille et l'incinération des déchets biomédicaux ainsi que l'installation des poubelles. Certaines structures de soins ont effectivement intégré cette dimension. Tandis que d'autres tardent à le faire.

3.2 Equipements des structures de soins

En matière d'équipement, le MSP a défini au niveau de chaque structure de soins les équipements requis pour réaliser les Paquets Minimums d'Activités. Il est prévu de doter les structures de soins des équipements adéquats en fonction de leur Paquet Minimum d'Activités dont un accent particulier sera mis sur la dotation des structures de référence au niveau du district sanitaire, c'est à dire des centres de santé améliorés et des hôpitaux préfectoraux. Il s'agit d'équipements : **i-)** d'imagerie ; **ii-)** de stérilisation ; **iii-)** d'anesthésie et de réanimation ; **iv-)** du bloc opératoire ; **v-)** d'odontostomatologie ; **vi-)** de laboratoire ; **vii-)** d'endoscopie ; **viii-)** de transfusion sanguine ; et **ix-)** d'Ambulances médicalisées.

On note des avancées significatives en terme d'équipement des nouvelles constructions, ainsi qu'au par rapport aux infrastructures qui ont fait l'objet de rénovation et d'extension aux différents niveaux de structures de soins. Les données sur les besoins en équipements pour l'ensemble des structures de soins du pays ne sont pas disponibles. Celles qui existent ne concernent que les 18 Préfectures qui doivent être couvertes par le nouveau programme d'Appui au Développement Sanitaire (APNDS).

Malgré les multiples efforts réalisés, la quasi-totalité des structures de soins ne disposent pas des équipements adéquats relatif à leur paquet minimum d'activité. Ceux qui existent sont vétustes nécessitant d'être remplacés. Les visites de terrain ont permis de confirmer l'insuffisance d'équipements ainsi que leurs vétustés.

3.3 Maintenance des équipements et des infrastructures

Le MSP a élaboré une stratégie de maintenance axée sur : **i-)** l'opérationnalisation du plan de maintenance ; **ii-)** l'investissement initial en petit outillage de maintenance afin d'assurer le fonctionnement des services internes de maintenance ; **iii-)** l'assurance de la maintenance sur la base de l'allocation de 1% des valeurs de remplacement des infrastructures et 8% de ceux des équipements ; et **iv-)** le recrutement d'un agent par hôpital préfectoral, de 4 agents par hôpital régional et 10 par hôpital national.

La maintenance des infrastructures et équipements se pose avec acquittement à cause des coûts très élevés. L'Etat dote très peu les structures de soins de santé, les moyens nécessaires pour assurer la maintenance de leurs infrastructures et équipements. On note en général, une faible culture de maintenance.

La culture de l'entretien des infrastructures et des équipements est loin d'être une réalité. Le secteur de la santé ne s'est pas encore doté d'un système de maintenance performant entraînant ainsi la réduction de la durée de vie des infrastructures et équipements conduisant au perpétuel recommencement.

4. Disponibilité des médicaments essentiels dans les structures de soins

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) envisage la mise à la disposition de tous ceux qui en ont besoin des médicaments essentiels d'un coût abordable, de veiller à l'innocuité, à l'efficacité des médicaments circulants dans le pays et d'en promouvoir l'usage rationnel. Les objectifs généraux de la PPN visent à : **i-)** Assurer la disponibilité des médicaments ; **ii-)** Rendre les médicaments accessibles ; **iii-)** Garantir la qualité des médicaments et **iv-)** Assurer l'usage rationnel des médicaments

Le secteur pharmaceutique est composé du secteur public et celui du privé. Le secteur public est représenté exclusivement par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) dont le rôle est d'approvisionner les formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé) en médicaments, équipements, vaccins, instruments médicochirurgicales, produit de pansement, consommables médicaux, équipement médical, produits chimiques et réactifs de laboratoires. A côté de la PCG, il existe la cellule médicaments essentiels créée en 1990 qui, assure l'approvisionnement des CS en médicaments essentiels (ME). Tandis que le secteur privé est composé de 15 grossistes répartis entre 183 officines dont 121 dans la capitale, deux unités de production qui éprouvent actuellement des difficultés de fonctionnement, et trois agences de promotion médicale.

Ainsi, l'évaluation s'est focalisée essentiellement sur l'accessibilité et la disponibilité

4.1 Accessibilité

Au cours des années 2002 à 2004, on constate une certaine amélioration de l'accessibilité au niveau de la couverture du pays par les pharmacies privées. Cette amélioration s'est traduite par une augmentation de 274 dont 61 à l'intérieur du Pays contre 256 pharmacies existantes dont 59 sont installées à l'intérieur.

La physionomie du secteur pharmaceutique se présente comme suit : **i-)** 8 Unités de production dont 2 fonctionnelles ; **ii-)** 26 Sociétés Grossistes Répartiteurs dont 18 fonctionnelles ; **iii-)** 273 Pharmacies privées dont 207 fonctionnelles ; **iv)** 38 Points de Vente ; et **v-)** 17 Agences de promotion médicale dont 11 fonctionnelles.

Malgré les améliorations enregistrées, on note une nette insuffisance de couverture géographique des populations des zones défavorisées dont 13 Préfectures ne sont pas couvertes en pharmacie privée sur 33. Il est à noter que l'intérieur du pays enregistre seulement 22,3% des pharmacies privées pour près de 82% de la population nationale

4.2 Disponibilité

Entre 2002-2004, les structures d'importations ont augmenté leurs volumes d'importation. Les évolutions enregistrées sont respectivement de l'ordre de 6 870 936 413 FG pour la PCG contre 22 774 837 575 FG pour le SP ; de 6 870 936 FG pour la PCG contre 30 170 206 652 FG soit 17,5% pour le SP et de 1 541 075 974 FG pour la PCG contre 35 878 383 701 FG soit 20,42% pour le SP. On note en 2003, l'achat par la cellule Médicament Essentiel d'une valeur de 1 183 091 000 FG qui proviennent essentiellement de l'état guinéen, Fonds PPTTE, des dons de l'UNICEF en Vit A 100 000 UI et 200 000 UI.

Les deux premières années de mise en œuvre de la SRP, la PCG a enregistré un très faible volume d'achat de ME. Cet état de fait s'est traduit par un manque criard des ME enregistrés au niveau des différentes structures de soins publiques du pays entraînant ainsi une surfacturation du prix des produits. Les structures de soins de bases ont enregistré une baisse considérable de fréquentation par les usagers. La qualité de santé des populations s'est nettement détériorée pendant cette période. Tandis que l'année 2004 a connu un accroissement très important du volume d'achat du à la forte subvention accordé par l'Etat pour l'approvisionnement des structures de soins en ME, molécules et consommables.

Malgré les efforts fournis par l'Etat, la disponibilité des médicaments essentiels dans les structures de soins a été très faible, fortement liée à la rupture de médicaments au niveau de la cellule du PEV. A cette source d'approvisionnement, il a manqué les molécules ci-après depuis avril 2005 : i-) l'aspirine ; ii-) la chloroquine comprimé ;iii-) la quinine injectable ; iii-) le paracétamol ; iv-) le mébendazole ; v-) le métronidazole ; vi-) le sel de réhydratation par voie orale (SRO) ; et vii-) les solutés, Ces médicaments sont, entre autres, ceux utilisés pour traiter les maladies prioritaires tant dans les centres de santé que dans les hôpitaux. En décembre 2005, la cellule de médicaments essentiels du PEV était à 30% de disponibilité alors que les dépôts régionaux et les centres de santé sont à un taux inférieur à 10% de disponibilité. La diminution des subventions, la dépréciation de la monnaie et la faible valorisation des fonds de réserve des Centres de Santé constituent entre autres les causes essentielles des ruptures de ME. A cela s'ajoutent les problèmes liés à la gestion. Ce cercle vicieux a amené ces structures à faire la dérogation suivante :

En 1988, des tarifs forfaitaires de prestation de services sont fixés par arrêtés conjoints et applicables dans les structures de soins des différents niveaux de la pyramide sanitaire en Guinée. Ces tarifs sont plafonnés à 2.000 GNF dans les centres de santé et à 40.000 GNF dans les hôpitaux. Ils englobent les frais de l'hospitalisation, des examens de laboratoire, des médicaments et de l'imagerie que nécessite l'état du malade pendant tout son séjour hospitalier. Ces tarifs visaient à favoriser l'accessibilité financière aux soins de qualité de toute la population dans le cadre de la santé pour tous.

Depuis lors, ces tarifs sont restés statiques malgré l'élévation du coût de la vie en général et de celui des médicaments essentiels en particulier. Le rachat des médicaments essentiels dans les recettes propres des structures est devenu inefficace et crée des ruptures qualitatives et quantitatives de molécules pendant de longues durées dans les centres de santé et dans les hôpitaux en dehors des subventions de l'Etat, irrégulières, insuffisantes et de décaissement difficile. Ainsi, pour palier cet état de fait, les structures ont, de façon unilatérale, fixé des tarifs plafonds à 8.000 GNF dans les centres de santé et 90.000 GNF dans les hôpitaux préfectoraux depuis septembre 2005.

Si cette approche améliore les recettes des structures et leur approvisionnement en médicaments essentiels, elle a l'inconvénient d'augmenter l'exclusion des pauvres dans l'utilisation de nos services. Ces derniers se livrent donc à l'automédication, l'enrichissement des marchés de vente illicite de médicaments et à la médecine traditionnelle aux conséquences imprévisibles sur la santé de la population. Les pauvres deviennent plus pauvres et paient un lourd tribut à la mortalité maternelle et infantile dues aux maladies prioritaires, à l'absentéisme des élèves en classe, aux chômages dans les lieux de travail, à l'affaiblissement de la productivité de la main d'œuvre utile. Le MSP ne devrait pas

logiquement accepter la révision unilatérale initiée par ses structures déconcentrées sans une implication effective des autres départements concernés.

Dans ce contexte, la qualité des services et des soins est faible car elle ne respecte pas les arbres de décisions des structures : l'ordinogramme des centres de santé et les protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux. Les prestataires font les prescriptions médicales en fonction des médicaments disponibles et non en fonction des normes techniques contenues dans ces documents guides.

On note la faible disponibilité des ME surtout dans les formations sanitaires publiques, la mauvaise estimation des besoins, l'insuffisance des fonds et le retard dans leur mise à disposition, la lenteur administrative dans le processus d'acquisition, la mauvaise gestion des ressources disponibles et les difficultés d'obtention des devises étrangères expliquent en grande partie cette situation.

La mauvaise répartition des structures de pharmaceutiques et le développement insuffisant des voies de communication limitent la disponibilité pour certaines populations. Les prix très élevés par rapport au pouvoir d'achat d'une grande partie de la population freinent l'accessibilité aux ME. Cet état de fait est aggravé par les fluctuations monétaires, la mauvaise application de la structure des prix et l'insuffisance de la couverture sociale. Les achats non groupés par des nombreuses structures d'importations ne permettent pas l'acquisition des médicaments à des prix plus abordables.

L'existence de médicaments de mauvaises qualités dues à l'absence de structure de contrôle fonctionnelle, le manque d'application du système de certification OMS, les mauvaises conditions de stockages. La vente illicite des médicaments, la mauvaise utilisation des médicaments, l'automédication abusive, le non respect des normes et infrastructures d'équipement pharmaceutiques, la déficience du cadre juridique.

Au niveau du public, le coût des examens, bien qu'abordable dans certains centres, reste disparate pour les mêmes paramètres. Il reste tributaire du mode d'acquisition des réactifs et de la fluctuation de la monnaie. Il en résulte que malgré la libéralisation très poussée des activités de biologie médicale, le coût des examens dans les structures privées demeure inaccessible à la majeure partie de la population.

Le département dispose d'un instrument de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques qui est le département de chimie pharmaceutique de l'INSP. Ce département souffre d'insuffisance de capacité (compétence humaine et équipement) pour jouer son rôle de contrôle de qualité pour tous les produits de santé à l'enregistrement, à l'importation et durant le stockage. Le laboratoire de contrôle de qualité n'est pas encore complètement équipé. Le manque de ressources financières pour l'achat et le réapprovisionnement en réactifs limite fortement ses prestations.

4.3 Introduction des molécules

Au cours des dernières années plusieurs molécules pour certaines pathologies ont été introduites dans le marché guinéen. Il s'agit principalement de : 17 antibiotiques, 21 antipaludiques, 11 anti-parasitaires, 23 antalgiques, 12 antihistaminiques, 21 anti-inflammatoires ; 29 molécules antirétrovirales (ARV), 10 antipyrétiques et 10 antispasmodiques ont été enregistrées sous leur nom générique intégrés sur la liste nationale des Médicaments Essentiels au cours des années 2002 à 2004. On observe durant la même période, l'introduction des réactifs, matériels et consommables dont il s'agit essentiellement de : i-) Mirawel de Med Mira pour la détection des anticorps anti VIH, VHC, et VHB dans le sang entier, ii-) le serum ou le plasma ; et iii-) SDNO, EUPHORA test rapide de dépistage du VIH/SIDA et IST.

On constate au cours de ces années, que l'introduction de plus grandes quantités de molécules a porté essentiellement sur les ARV, les Antalgiques, les Antipaludiques, les Anti-inflammatoires, et les antibiotiques qui représentent respectivement 18%, 14%, 13%, 13% et 11% du total des molécules introduites dans le marché guinéen. Il faut noter aussi que l'introduction des ces molécules en grande quantité cadre avec certaines maladies prioritaires en vue d'améliorer l'état de santé des populations.

Tableau n° 6 : liste des différentes molécules introduites dans le marché guinéen de 2002 à 2004

Types des molécules	Quantité des molécules introduites en année			Total
	2002	2003	2004	
Antibiotiques	12	5	-	17
Antipaludiques	7	8	6	21
anti-parasitaires	5	2	4	11
Antalgiques,	13	2	8	23
Antihistaminiques	4	3	5	12
Anti-inflammatoires	5	6	10	21
ARV	25	1	3	29
Antipyrétiques	-	2	8	10
Antispasmodiques	-	2	8	10

Source : rapports annuels 2002-2003-2004 du MSP.

5. Développement des Ressources humaines

Le développement des ressources humaines vise à rendre disponible un personnel compétent, motivé, suffisant et responsable dans toutes les structures de santé du pays. Il passera par l'amélioration de la gestion numérique des ressources humaines, l'amélioration de la motivation du personnel et l'intégration des cycles et des programmes de formation.

5.1 Situation du personnel

Le tableau ci-dessous montre que 49% du personnel soignant en exercice dans les structures de soins sont dans les hôpitaux et 51% dans les structures de soins de base. Il ressort également de ce tableau que 72,5% de ce personnel sont dans les zones urbaines (hôpitaux et centres de santé urbains) où vivent seulement 30% de la population.

Tableau n°7 : Répartition du personnel par types de structures de soins

Etablissements de Soins	Personnel de Santé	
	Nombre	Proportion
Hôpitaux	2.295	48,9
Nationaux	841	17,9
Régionaux	467	10,0
Préfectoraux	987	21,0
Centres de santé	2.396	51,1
CS Urbains	1107	23,6
CS Ruraux	1044	22,3
Poste de santé	245	5,2
Total	4.691	100

Au total, 6821 agents composent le personnel du MSP dont 84,8 % concerne le **personnel soignant** et 15,17% celui **de soutien**. Les femmes représentent 52.1% du personnel, tandis que 47.9 % est constitué d'hommes. On observe une inégalité dans la répartition du personnel d'une région à une autre et d'une préfecture à une autre. La forte concentration est observée au niveau de la ville de Conakry avec une population de moins 20 % qui utilise 60 % du personnel de santé. Sur le plan socioprofessionnel, on observe le vieillissement de certains corps ainsi que leur répartition inégale. Il est prévu le départ de près de 25 % de l'effectif dans les Sept prochaines années à venir. Ainsi, 73 % des départs concernent les techniciens de santé publique, 52.1 %, les sages Femmes, 50 % répartis entre les techniciens de radiologie et les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie. Le sous-effectif de ces catégories constitue une menace dans les prochaines années à venir, si les mesures appropriées visant à combler le gap ne sont pas prises à temps opportun. Voir en annexe le tableau n° 6 Effectifs requis et besoins de recrutement du personnel par catégorie.

Tableau n°8 : répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle et par région au 31 Décembre 2005

Corps par catégorie socioprofessionnelle	MSP	Conakry	Boké	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zérékoré	Total
	Personnel de soins									
Médecins	69	371	70	52	67	118	66	43	84	940
S/femme	2	265	14	19	13	36	10	12	30	401
Aide Santé	8	467	74	73	66	86	50	38	147	1009
ATS	23	491	229	273	517	383	281	215	473	2885
Dentiste	1	8	0	1	1	2	2	1	1	17

T. Odonto	3	8	0	0	1	1	1	1	1	16
T Radio	0	5	0	0	0	1	0	1	0	7
Biologiste	15	18	0	4	5	15	3	6	12	78
T. Labo	0	63	9	16	7	28	8	19	17	167
TSP	0	11	4	0	11	17	1	6	17	67
Pharmacien	23	48	14	11	13	21	14	13	20	177
P/ Pharma.	5	4	0	3	1	5	1	2	1	22
Sous total	149	1759	414	452	702	713	437	357	803	5786
Personnel de soutien										
I.SFCompt	9	3	1	5	1	3	1	1	3	27
Con – SFC	7	11	2	1	5	5	2	4	8	45
Sec. SF	2	3	1	3	1	4	3	1	2	20
Sec. Dacty	16	8	6	3	1	2	4	1	3	44
Secrétaire	1	7	5	11	2	6	3	3	3	41
Commis	4	-	3	1	-	-	-	3	2	13
Professeur	5	2	-	-	7	1	-	-	-	15
Ingénieur	6	3	2	3	5	4	4	1	1	29
Aide Ingén.	3	16	1	3	4	-	2	2	3	34
Agent main	1	-	6	6	7	7	1	2	3	33
Manutent	-	2	1	4	2	1	-	3	1	14
Matrone	-	20	40	50	5	24	7	19	5	170
G/F Salle	-	107	67	67	15	47	29	21	42	395
Chauffeur	14	10	11	15	2	14	12	7	4	89
Ouvrier	1	21	6	13	1	1	1	3	3	50
Planton	6	2	1	5	-	2	-	-	-	16
Sous total	75	215	153	190	58	121	69	71	83	1035
Total Gén.	224	1759	567	642	760	834	506	428	886	6821

Source : PNDS

La situation actuelle présente un déficit au niveau de certaines catégories socioprofessionnelles, notamment de sages-femmes, de techniciens de laboratoire, d'aides de santé, d'infirmiers spécialisés et de médecins spécialistes.

Les normes d'effectifs ne sont pas respectées surtout au niveau des structures de bases (PS, CSR, CSA et CSU). Les postes de santé sont très peu dotés de personnel comparativement à leur nombre. Les Centres de Santé Améliorés, les Centres de Santé Urbains et Centres de Santé Ruraux ne disposent pas les effectifs au complet suivant les normes d'effectifs établies. Certaines catégories socioprofessionnelles sont sous représentées (sages-femmes, préparateurs en pharmacie, assistants sociaux par exemple), tandis que d'autres sont surreprésentés (ATS et médecins par exemple). Le MSP ne dispose ni de pouvoir et ni de moyens de recruter son personnel sur la base de ses besoins. On observe ainsi, un faible recrutement au niveau du MSP qui est considéré comme secteur prioritaire.

L'effectif du personnel soignant par catégorie au niveau intermédiaire et périphérique est réparti comme suit : 391médecins, 80 Pharmaciens, 62 biologistes, 654 aides de santé, et

techniciens de santé publique réunis, 208 sages femmes et 2322 ATS. Mais on constate que le personnel des hôpitaux nationaux et ceux des entreprises ne sont pas pris en compte. De l'analyse de ce tableau on observe que les régions les plus dotées en personnel soignant sont : N'Zérékoré, Kankan, la zone de Conakry, Kindia, Labé, Faranah, Boké et Mamou dont les effectifs des agents sont respectivement de : 507, 462, 356, 323, 276, 241, 230, et 134.

Tableau n°9 : effectifs par région au niveau inter médiaire et périphérique (31/12/2005)

Catégories	Différentes Régions administratives								
	Kindia	Labé	Boké	Ckry	Faran	Mamou	Kank.	N'Zéré	Pays
Médecins	60	35	42	123	31	26	42	71	430
Pharmaciens	11	8	7	24	6	6	6	19	87
Biologistes	15	3	11	17	4	6	6	11	73
AS et TSP	93	68	73	185	57	27	63	161	727
SF	29	4	12	110	13	8	13	31	220
TL	23	6	16	37	12	12	8	18	132
ATS	323	276	230	356	241	134	462	507	2529

Source : Rapport de la revue des soins de santé primaires (SSP) 2005

Les agents affectés dans l'arrière pays en général, et dans les zones de pauvreté en particulier ne rejoignent pas leur poste de travail. Toutes les mesures prises actuellement par le Département pour inverser cette tendance se sont soldées par des échecs dus aux injonctions des hauts responsables (Ministres, Députés, Directeurs Nationaux, etc.) à tous les niveaux. Cependant l'application des nouvelles dispositions relatives à la contractualisation pourrait contribuer à atténuer considérablement le manque du personnel au niveau communautaire.

Les formations initiales des agents de base ne répondent pas aux normes de compétences souhaitées. Les programmes de formations continues ne sont pas suffisants et adaptés aux besoins réels des agents. Les produits des institutions de formations (Université et Ecoles professionnelles) ne répondent pas aux besoins attendus du MSP en terme de catégorie socioprofessionnelle et de niveau de compétence.

En effet pour les structures de soins déconcentrées on observe qu'en 2005 sur 8 formations académiques planifiées, 5 ont été réalisées qui étaient essentiellement axées sur la maîtrise en santé publique soit 62,5%.

Concernant la formation continue sur 106 planifiées par l'ensemble des DRS, 89 ont été réalisées soit un taux de réalisation de 83, 96%. Ainsi ces formations exécutées ont porté essentiellement sur les thèmes suivants : **i-**) l'amélioration des performances et **ii-**) autres aspects de leadership. Elles ont été principalement financées par : UE, UNICEF, OMS, USAID, et la GTZ.

Tableau n°10 : situation des formations continues au niveau des différentes DRS

Directions Régionales de santé (DRS)	Formations Planifiées	Formations réalisées	Taux de réalisation en (%)
Conakry	11	11	100
Boké	34	27	79,41
Kindia	ND	ND	ND
Labé	26	23	88,46
Mamou	8	7	87,5
Faranah	14	8	57,14
N'Zérékoré	ND	ND	ND
Kanakan	13	13	100
Total	106	89	83,96

Source : Rapport revue des soins de santé primaires 2005

Les agents de santé sont très démotivés à cause des faibles salaires, du manque de plan de carrière, du manque de contrat de performance, des mauvaises conditions de travail et du style autocratique de management des ressources humaines. A cela s'ajoute, le paiement en retard des salaires des contractuels et des nouveaux agents recrutés.

5.2 Perspectives

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de développement des ressources humaines, le département a envisagé les mesures suivantes : **i-**) l'affectation et le redéploiement du personnel ; **ii-**) l'amélioration de la motivation ; **iii-**) la politique de formation (initiale et continue) ; **iv-**) le transfert de compétence ; **v-**) le recrutement de personnel spécialisé ; **vi-**) et la mise en œuvre du plan de recrutement du personnel. Voir en annexe le tableau n°9 Besoins prioritaires par corps et régions administrative 2005 – 2006.

6. L'offre des soins de qualité

L'évaluation de l'offre de soins de qualité est intimement liée à différents paramètres dont entre autres, l'existence d'infrastructures répondant aux normes et critères, les équipements répondant au paquet minimum d'activités par niveau de structures soins, la disponibilité des médicaments essentiels en quantité suffisante et en qualité, l'existence du personnel au complet, compétent et motivé. A cela s'ajoute la mise en œuvre d'un dispositif de gestion des ressources, du processus et des résultats visant à améliorer l'offre de soins de qualité. L'offre de soins de qualité est un système, dans lequel tous les éléments sont interdépendants dont le non fonctionnement de l'un affecte généralement l'ensemble dudit système.

On observe les contraintes suivantes :

- l'insuffisance des postes de santé et là où les infrastructures existent, elles sont vétustes et pas très souvent en bon état.
- les équipements sont incomplets et vétustes et ne correspondent pas au paquet minimum d'activités (PMA).

- le personnel est soit incomplet, c'est le cas des structures de soins de l'intérieur soit pléthorique, c'est le cas particulier de Conakry et des chefs lieux de région. En général, il est très peu compétent et motivé. Cependant, il existe une expertise confirmée et relativement motivée. Le personnel ne respecte pas très souvent le code éthique et déontologique du corps médical.
- la surtarification des services particulièrement dans les grands centres urbains limite largement l'accès des pauvres aux soins.
- les médicaments essentiels ne sont pas très souvent disponibles en qualité et en quantité suffisante. Ils sont très élevés et non homologués dans une même zone entraînant ainsi le recourt élevé des pharmacies par terre qui répondent très peu aux normes de qualité exigée. La surtarification des services de soins et les coûts élevés des médicaments encouragent l'automédication.

L'introduction du concours de qualité au sein des structures de soins vise à : **i-)** inculquer la culture de la qualité dans lesdites structures ; **ii-)** accroître les compétences techniques et relationnelles ; et **iii-)** créer un fonds d'investissement et allouer les ressources en fonction de l'amélioration de la qualité.

La démarche du concours qualité permet d'identifier les dimensions suivantes : **i-)** la satisfaction des usagers ; **ii-)** la compétence technique des prestataires de services ; **iii-)** le comportement économique ; **iv-)** l'implication et la participation des communautés ; et **v-)** l'amélioration de la gestion des ressources.

Le choix des critères dans le concours qualité repose sur 4 piliers liés à l'amélioration des soins de qualité en terme : **i-)** de planification ; **ii-)** de modalités de mise en œuvre ; **iii-)** de réactions ; et **iv-)** d'évaluation des résultats.

Le processus du concours qualité est axé sur : **i-)** l'élaboration du questionnaire d'autoévaluation ; **ii-)** l'autoévaluation par les structures ; **iii-)** l'analyse de l'autoévaluation ; **iv-)** l'audit externe par une équipe pluridisciplinaire ; **v-)** le plan d'amélioration de la participation ; **vi-)** la remise des prix aux meilleures structures ; et **vii-)** l'assistance technique pour améliorer la qualité.

Les perspectives portent sur : **i-)** l'évaluation de tous les outils existants sur le terrain ; **ii-)** l'élaboration d'un outil qui prend en compte les différentes dimensions de la qualité (ressources, processus résultats) ; **iii-)** l'utilisation de la qualité comme étant un critère d'allocation des subventions.

L'expérimentation de l'amélioration de soins de qualité est menée par l'ONG MSH à travers le Projet PRISM et la GTZ à travers le PSS. Le PRISM couvre certaines Préfectures de la Haute Guinée, tandis que la GTZ couvre une partie des Préfectures de la Haute et Moyenne Guinée. Les multiples démarches réalisées auprès de la GTZ et les occupations du responsable du PRISM ne nous ont pas permis de travailler avec ses deux structures afin de pouvoir ressortir les acquis et limites liés à leurs interventions.

La fourniture des services de qualité ne peut devenir une réalité que si les contraintes identifiées sont levées ainsi que la mise en œuvre du dispositif de gestion axé sur les ressources, le processus et le résultat.

Après avoir traité le premier domaine d'investigation, nous présenterons le second qui porte sur le renforcement institutionnel et de gestion et l'amélioration de l'accessibilité géographique.

7. Renforcement Institutionnel et de Gestion et l'Accessibilité Financière

Ce deuxième domaine d'investigation traite le renforcement institutionnelle (qualité des prestations, système d'information sanitaire, cycle de la planification, recherche, processus de décentralisation et la coordination) et l'accessibilité financières (financement du secteur, gestion des fonds d'indigence, mutuelles de santé, comité consultatif des usagers et participation communautaire).

7.1 Renforcement Institutionnel et de Gestion

La gestion du système de santé est basée sur : **i-)** le processus de planification ; **ii-)** le suivi et la coordination ; **iii-)** la coordination intersectorielle et le partenariat ; **iv-)** le système d'information et de gestion ; **v-)** la recherche en santé ; et **vi-)** le processus de décentralisation.

On observe dans le document de Plan National de Développement Sanitaire, l'évaluation très pointue de la dimension Renforcement Institutionnelle et de gestion du système de santé dont les éléments d'analyse sont présentés ci-dessous.

7.1.1 La qualité des prestations

Le paquet minimum d'activités (PMA) est encore restreint et ne comporte pas certains services demandés par les bénéficiaires. Ce caractère statique contribue à la stagnation voire la diminution de l'utilisation des établissements de soins. La réactivité du système de soins ne répond pas toujours aux critères de confidentialité, de confort et d'information du patient sur son problème de santé.

La démarche qualité appliquée dans le secteur de la santé est trop centrée sur le contrôle, avec une faible responsabilisation des agents de santé. En effet, les dimensions qui se rapportent à l'adaptation de l'offre des services à la demande, la formation continue du personnel, la définition de contrats d'objectifs et d'un système de transparence dans la gestion ne sont pas suffisamment développées. Le monitoring a perdu son caractère d'outil d'auto-évaluation pour devenir outil de contrôle inefficace, car ne contribuant presque pas à la solution des problèmes.

Les supervisions des Directions Préfectorales et des Inspections Régionales de la santé accordent la primauté aux aspects financiers au détriment de la qualité des soins. Elles sont actuellement perçues par les supervisés comme une inspection. On confond donc la supervision et l'inspection ou contrôle alors que les deux ont des rôles bien différents.

7.1. 2 Système d'information sanitaire

Il est orienté à la fois vers le secteur public et le secteur privé. Mais, l'intégration et la synthèse de l'information sont difficiles à cause de la multiplicité des sous-systèmes et du manque de coordination. En conséquence, différents rapports d'analyse sont incohérents.

Au niveau central, de même qu'au niveau des IRS et des DPS, la capacité d'analyse et d'exploitation des données collectées est insuffisante. Cette analyse est encore trop centralisée, faute de moyens au niveau de la périphérie.

Au niveau du système d'information à base communautaire, Il n'y a pas de stratégie nationale ni de mécanisme de coordination en matière de services à base communautaire. En conséquence, les intervenants dans ce domaine offrent des services de nature très diverse et utilisent souvent des approches très différentes. Certaines de ces approches ne sont pas soutenables à long terme.

7.1.3 Cycle de la planification

Actuellement, il consiste à préparer des plans d'actions opérationnels (PAO) aux objectifs à court terme, généralement incohérents, ne répondant pas à une vision sectorielle globale à long terme.

La politique sanitaire est mise en œuvre par des projets et des programmes mal intégrés aux structures organiques du Ministère, réduisant l'efficacité et l'efficience du système.

Les structures régionales et préfectorales manquent de capacité technique dans la formulation de programmes de santé.

L'appui du niveau central aux structures déconcentrées pour le développement d'outils, de techniques de planification, de suivi et d'évaluation est insuffisant.

7.1.4 Recherche

Dans ce domaine, la capacité humaine technique, matérielle et financière pour le développement de la recherche est faible à tous les niveaux du système de santé. Les institutions de recherche en santé ne sont pas développées. Il n'y a pas de mécanisme incitateur à la recherche :

- le financement est difficile à obtenir ; et
- les résultats, rarement diffusés, ne sont généralement pas utilisés pour améliorer la qualité des services ou la gestion du système.

7.1.5 Processus de décentralisation

Le processus de Décentralisation est encore lent et les fonctions à transférer ne sont pas encore définies. Le rôle et les pouvoirs des différentes structures décentralisées dans le secteur de la santé ne sont pas clarifiés. Il n'y a pas de mécanisme de gestion participative des services de santé à cause de la mauvaise répartition des tâches, de l'absence de travail d'équipe et du manque de concertation entre différents acteurs. Au niveau des services périphériques (DRS et DPS), les capacités institutionnelles sont insuffisantes dans leur majorité. Les responsables de ces services ne semblent pas avoir pris conscience de la responsabilité qu'ils doivent assumer et du pouvoir qu'ils doivent exercer à cet effet.

7.1.6 Coordination

La coordination des interventions et la concertation avec les partenaires sur le terrain sont, en général, faibles. Il n'existe pas de cadre de concertation dans la lutte contre certaines maladies car les comités nationaux institués à cet effet ne sont pas fonctionnels.

Malgré les dispositions de la politique sanitaire, la verticalité de la majorité des programmes de lutte contre les maladies constitue un obstacle à une planification intégrée. Elle favorise une approche centralisée et provoque une interférence de leurs activités avec celles des services déconcentrés (DPS et DRS) par manque de coordination.

7.2 Accessibilité financière aux structures de soins

Le DSRP suggère une meilleure amélioration de l'accessibilité aux soins de santé de qualité d'une part, par l'octroi des subventions de fonctionnement aux établissements de soins afin de combler l'écart entre les coûts de fonctionnement et les tarifs de prestations, et d'autre part, par l'introduction au niveau des communautés, des mutuelles de santé sous forme de système de partage des risques liés à la grossesse et à la maladie. Il s'agit d'augmenter :

- la part du budget du secteur de la santé dans le budget national de 5 % à 10% ;
- de nombre de mutuelle de santé fonctionnelle ;

- le % de CRD disposant d'un conseil de santé fonctionnel ;
- % d'hôpitaux ayant un comité consultatif des usagers fonctionnels ; et
- de réduire le taux des exclus financiers de 20% à 10%

Le PNDS prévoit entre autres : **i-)** la modification des coûts de tarification en vue de financer la reconstitution des stocks de ME, **ii-)** la motivation du personnel ainsi que l'amélioration du PMA des structures de soins ; **iii-)** la subvention de fonctionnement des structures de soins en vue de combler l'écart entre les coûts réels et les tarifs de prestation ; **iv-)** la mobilisation des ressources en faveur des couches les plus démunies et ; **v-)** le développement de système de partage de risques liés à la maladie à travers la promotion des mutuelles de santé visant à réduire les exclusions

7.2.1 Financement du secteur de la Santé

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources principales: L'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds.

Le financement de l'Etat concerne essentiellement : **i-)** le paiement des salaires du personnel de la fonction publique ; **ii-)** l'achat d'une partie des vaccins ; **iii-)** la prise en charge partielle de certains coûts liés à la formation initiale et continue ; et **iv-)** les autres charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées. Il intervient également dans certaines opérations d'investissements dans les centres de santé et les hôpitaux.

Le financement des populations concerne : **i-)** la participation communautaire dans la réalisation des infrastructures sanitaires ; **ii-)** le système de recouvrement des coûts dont le produit est utilisé pour le fonctionnement des établissements de soins ; **iii-)** le rachat des produits pharmaceutiques ; **iv-)** la motivation du personnel ; **v-)** les dépenses d'entretien et de maintenance ainsi que le rachat des outils de gestion.

Les collectivités locales participent essentiellement à la prise en charge du personnel contractuel (communautaire) et la réalisation des Centres de Santé et Postes de Santé.

Les bailleurs de fonds financent essentiellement les travaux d'infrastructures et d'équipements, la formation initiale et continue, l'acquisition de moyens logistiques et l'achat d'une partie des vaccins dans le cadre du PEV. Certaines ONG participent à la prise en charge de paiement des salaires des contractuels au niveau communautaire. C'est le cas de l'ONG Plan Guinée qui emploie 1400 contractuels dans sa zone d'intervention afin de combler les écarts observés au niveau des structures de base.

Au cours des quatre dernières années, la situation du financement du secteur de la santé en terme de dépenses réelles est présentée dans le tableau ci - dessous.

Tableau n°11 : dépense de fonctionnement du Ministère de la santé publique

Années	Titre des dépenses en milliard de FG				Total du montant annuel
	Salaires	Fonctionnement	Subvention	Investissement	
2002	14.127.600.000	19.894.050.000	16.421.600.000	3.807.500.000	54.250.150.000
2003	15.450.770.000	18.191.624.000	11.365.200.000	12.963.700.000	57.971.294.000
2004	15.500.530 000	11.383.380 000	6.494.511. 000	10.732.911.518	44.111.332.518

Sources : rapport du MSP de 2002 à 2004

On note au titre des salaires pour les trois années, une augmentation successive des montants alloués pour les salaires du personnel. Mais cette augmentation s'est fait sentir surtout en 2002 car les allocations salariales ont été exécutées à hauteur de 102,3% qui ont entraîné un dépassement par rapport aux montants alloués. Mais ce dépassement s'explique par : **i-)** la prise en charge des nouveaux fonctionnaires, **ii-)** la hausse de la rémunération des contractuels souvent caractérisée par de mauvaise estimation des crédits ouverts sur la ligne budgétaire ; **iii-)** la bonification des allocations familiales ; **iii-)** et les avancements d'échelons enregistrés durant cette année. Ainsi pour les années 2003 et 2004 les dépenses de personnel ont été exécutées respectivement de 98,5% et 96% contre 102,3% en 2002

On observe au titre de fonctionnement pour l'année 2002 un dépassement de 4,9% du montant prévu (19.894.054.000). Ainsi, il a été payé 20.871.844.584 et tous les chapitres des dépenses ont été exécutés à 100% et plus tandis que pour les années suivantes les montants alloués sont en deçà des prévisions, car sur un titre prévisionnel de 18.191.624.000 FG en 2003 et 18.191.624.000 FG en 2004 il a été engagé pour chacune des années un montant de 16.689.730.958 FG soit 91,7 %. Il faut noter que certains chapitres dans les dépenses de fonctionnement affichent un pourcentage d'exécution relativement faible et sont les mêmes pour les années 2003 à 2004. Ce sont les chapitres : **i-)** fournitures et biens courants 12,2 %, **ii-)** fournitures de biens spécifiques 8,7 %, **iii-)** et prestations diverses qui dégagent le plus fort taux d'exécution : 72,8 %.

S'agissant des subventions de 2002, on note l'exécution de la ligne à hauteur de 74,36%. Ce déséquilibre s'explique par le manque d'exécution de l'achat d'équipements biomédicaux en vue d'améliorer le plateau technique de certains hôpitaux. En effet, les années 2002 et 2003 ont obéi au même montant pour une allocation annuelle de 11.365.200.000 FG, les engagements s'élèvent à 11.364.902.000FG soit 99% tandis que les paiements se chiffrent à 5.542.595.000FG soit 48,7% par rapport aux crédits alloués.

Dans le volet investissement, on note que les fonds de contreparties du Gouvernement dans le cadre de la mise en œuvre des projets et programmes correspondent à ce titre. Ainsi pour l'année 2002, la prévision a été exécutée à 100%, mais tous les montants ont été obtenus au deuxième trimestre sous forme de régie. De ce fait, il est important de mettre à disposition tous les montants alloués à la période établie, car la stratégie de rattrapage budgétaire doit être systématiquement évitée en vue de rendre plus efficace la gestion des dépenses publiques. On observe également pour les années 2003 et 2004 les mêmes prévisions annuelles pour les dépenses d'investissement qui se chiffrent à 4.486.700.000 FG dont un engagement de 4.554.016.466 FG soit 101 % tandis que les montants de décaissement sont dans l'ordre de 2.461.141.566 FG soit 54,8 %.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les investissements financiers et transfert en capital, les prévisions sont les mêmes au cours des dernières années. Elles sont de 8.477.000.000 FG, et les montants des engagements pour les mêmes périodes se chiffrent à 4.036.634.562 FG soit 47,6 %. Tandis que les montants de paiements pour les mêmes périodes sont de 1.804.903.993 FG soit 21,9 %. Mais on constate que la lenteur des procédures en vigueur explique le faible taux d'exécution de cette ligne budgétaire. Il convient de noter que les recettes administratives du Ministère de la Santé Publique portent essentiellement sur les droits d'enregistrement des produits pharmaceutiques. Ce qui illustre sur une prévisionnelle annuelle de 6.500.000 FG le recouvrement d'un montant de 6.000.000 FG, soit un taux d'exécution de 92,31 %.

Tableau n°12 : état de ventilation des délégations de crédit par région administrative

Régions Administratives	Montants ventilés au niveau régional de 2002 à 2005			
	2002	2003	2004	2005
Boké	334.770.000	442.812.500	120.995.000	96.925.000
Kindia	398.130.000	456.155.000	129.550.000	99.555.000
Mamou	264.170.000	293.490.000	79.390.000	71.975.000
Faranah	268.560.000	316.242.500	79.140.000	81.275.000
Kankan	423.240.000	431.765.000	118.940.000	113.005.000
Labé	350.860.000	395.845.000	103.445.000	101.805.000
N'Zérékoré	557.830.000	512.210.000	143.655.000	138.335.000
Zone de Conakry	507.750.000	524.295.000	182.570.000	116.913.000
Total pays	3.105.310.000	3.372.815.000	957.685.000	819.788.000

Source : DAAF/ MSP

Les subventions accordées aux différentes régions ont connu des variations qui se traduisent par une augmentation observée de 2002 à 2003 et une forte diminution de 2003 à 2005. On constate également que les Préfectures obéissent aux mêmes tendances en terme de diminution de subvention. Voir en annexe tableau n° 12 Etat de ventilation des obligations de crédit par préfectures.

Les subventions accordées aux différentes structures déconcentrées des services de soins n'arrivent pas intégralement et à temps opportun. Des ponctions sont faites à différents niveaux de transits des fonds. Le peu de subventions alloué à celles-ci arrive généralement au cours du dernier trimestre de l'année.

Les investigations de terrain nous ont permis de constater le non report exact des crédits de fonctionnement alloués à certaines structures de soins. Par exemple dans la région administrative de Faranah, on observe que la délégation de crédit allouée pour le fonctionnement de la Direction Préfectorale de la santé de Faranah au cours de l'exercice 2002 n'est pas du tout perçue par cette structure déconcentrée. Les fonds transférés du niveau central vers les périphéries ne sont pas gérés. Le mécanisme de gestion n'est pas transparent et ne contribue aucunement à favoriser l'atteinte effective des ressources aux bénéficiaires.

On observe dans le tableau ci – dessous que les montants de vaccins reçus au compte des fonds PPTE ont connu une variation décroissante durant les années 2002, 2003 et 2005 ils sont respectivement de 6.724.843.646, 5.467.517.200 et 3.162.462.444 tandis que pour l'année 2004 on ne note aucune assistance.

Tableau no 13 : Situation des vaccins ventilés au compte des fonds PPTE

Années	Services bénéficiaires		Montant total reçu en FG	Observation
	PEV/SSP/ME	Prévention		
2002	4 625 717 022	2 099 086 500	6 724 843 646	-!!-
2003	3 034 203 200	2 433 314 000	5 467 517 200	-!!-
2005	3 162 462 444	0	3 162 462 444	-!!-

Source : DAAF/MSP

7.2.2 La gestion des Fonds d'indigence

Les fonds d'indigence constituent une forme de soutien accordée par l'Etat en faveur des couches les plus pauvres, communément appelées indigents en vue de favoriser leurs accès aux services de soins de qualité. Cette forme d'assistance est basée sur les subventions destinées directement aux structures de soins en vue de la prise en charge effective des indigents.

L'Etat en mettant en place ses fonds, ne s'est pas préoccupé de la mise en place d'un mécanisme d'identification et de bonne gestion des fonds. On observe que le niveau central semble ne pas être suffisamment éclairé sur l'utilisation effective des fonds destinés aux indigents. On constate qu'au niveau périphérique, le mode d'accès des fonds au niveau laisse à désirer à cause du manque de directives relatives à l'utilisation correcte desdits fonds. Chaque structure décide selon ses vœux le mode d'accès aux fonds soit par l'achat et la distribution des médicaments aux différents usagers des hôpitaux, soit par la prise en charge des soit disant indigents à cause de leur incapacité à payer les frais de services de soins et soit par la collaboration avec les comités consultatifs pour faciliter l'accès effectif aux soins par les vrais indigents. Les cas suivants ont été observés lors des visites de terrains, à savoir : **i-**) l'achat et la distribution des médicaments aux différents usagers des hôpitaux à N'Zérékoré ; **ii-**) la prise en charge des malades affirmant de n'être pas en mesure de payer les frais de soins (Dalaba, Labé, Mamou, Lélouma, etc.) ; et **iii-**) la prise en charge effective des vrais indigents à partir des cas référés par le comité consultatif des usagers (Faranah). Cette dernière méthode présente plus d'avantage en terme de possibilité d'accès effectif des indigents aux soins de santé de qualité. Les hôpitaux étant en général plus fréquentés par les couches relativement plus nanties, d'où la seconde méthode ne répond pas du tout à l'esprit des fonds d'indigence. L'équipe n'a pas obtenu à tous les niveaux les montants respectifs alloués aux fonds d'indigence. Quelque soit l'élaboration des critères d'accès par les indigents aux fonds, il serait souhaitable d'envisager un dispositif de gestion basée sur la transparence.

7.2.3 Promotion des mutuelles de santé

Le système d'assurance maladie (SAM) est basé sur un mécanisme qui vise à offrir la possibilité aux personnes de bénéficier des soins sous diverses formes dont les cotisations auprès de la caisse de sécurité sociale, les services d'assurances maladies offerts par les compagnies d'assurance et les mutuelles de santé. La clientèle de la caisse est composée essentiellement des travailleurs de l'administration et du secteur privé, celle des compagnies d'assurance concerne une certaine catégorie de personnes relativement nanties. Tandis que la clientèle des mutuelles est composée en majorité des personnes disposant des ressources financières très limitées. Notre évaluation portera sur cette dernière qui est la cible principale de notre étude.

Les mutuelles de santé sont des formes d'assurance maladie axées sur la solidarité des membres et font parties du régime du mouvement associatif. Elles sont basées sur des adhésions libres et volontaires. Les mutuelles de santé constituent des initiatives exogènes dont le soutien technique est assuré la plupart des cas par des ONG internationales ou nationales (Save The Children, MSH, CIDR, Nantes et Dynam) ainsi que les organismes internationaux qui assurent l'assistance financière (BM, l'USAID, GTZ et l'Unicef). Le système d'assurance maladie basé sur la solidarité vise diverse clientèle, à savoir : les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans (MURIGA), les personnes vivantes regroupées sur un même territoire (MUCAS) et ceux qui sont regroupés sur la base professionnelle (MUPROF).

On note l'existence de 123 types de mutuelles dont 51 sont constitués par des MURIGA, 67 par des MUCAS et 5 par MUPROF. Sur 50.680 adhérents, 71.830 bénéficient des services de soins offerts par les différentes structures. Les cotisations, les modes de paiements et le niveau de prise en charge des membres varient selon les structures. Cinq régions administratives sont couvertes par les intervenants selon les différents types de mutuelles à savoir : i-) N'Zérékoré (CIDR, MSH et Save the Children) ; ii-) Kankan (MSH et Save the Children), Faranah (GTZ et Dynam), Mamou (GTZ, Dynam et Nantes) et Conakry (Nantes et Dynam).

Tableau n°14 : sur la situation des mutuelles en 2 004

Type de mutuelles	Nombre	Adhérents	Bénéficiaires
MURIGA	51	44 000	40 000
MUCAS	67	5 890	29 700
MUPROF	5	790	2 130
TOTAL	123	50 680	71 830

Source : rapport annuel des mutuelles 2004

Conformément aux orientations stratégiques relatives à la promotion de la santé à travers la mise en place des mutuelles sur l'ensemble du territoire national, on note la couverture de cinq (5) régions administratives sur huit (8). Malgré cette volonté affirmée au haut niveau du département en charge de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire du pays, les mutuelles rencontrent des difficultés liées à leur offre de soins de qualité (collaboration avec les agents des structures de soins et l'approvisionnement correct en ME) ; la mobilisation des communautés, l'absence de subvention de l'Etat et les faibles cotisations des membres.

L'offre de soins de qualité se caractérise par la fourniture des services aux mutualistes par les agents des structures de soins. Cette nouvelle forme de collaboration basée sur des conventions de partenariat qui définissent les rôles et responsabilités de chaque acteur semble être moins acceptée par les agents de l'Etat. Cette mauvaise collaboration présente une double explication, à savoir : i-) le désir réel affiché par les agents des structures de soins à procéder à la surtarification des services aux usagers ; et ii-) le faible niveau d'accompagnement visant à renforcer l'esprit de synergie et complémentarité devant régir les rapports de collaboration entre les mutuelles de santé et les structures de soins. Les visites de terrain ont confirmé cette tendance. La mutuelle de santé de Séré (Mamou) connaît une faible collaboration avec les structures des soins ainsi que celles appuyées en général par Save The Children. Tandis que la mutuelle de Yendé qui a reçu des appuis conséquents en matière de gestion, de mobilisation et de négociation développe une bonne relation partenariale avec les structures de soins de la zone. La rupture des ME enregistrée au niveau de tous centres de santé contribuent également à limiter l'offre de soins aux mutualistes. Le fait que les mutualistes paient à l'avance des cotisations sans en retour obtenir les services attendus à cause de la mauvaise collaboration et les ruptures de ME contribuent largement à la démotivation visant à encourager l'adhésion des communautés dans lesdites mutuelles.

La faible mobilisation des communautés pourrait être intimement liée à la faible appropriation des mutualistes de l'esprit qui sous tend des mutuelles basé sur la solidarité. L'absence de prime de motivation des responsables et le faible niveau de culture communautaire contribuent à réduire la participation active et responsable des mutualistes. Les mesures d'accompagnement en terme de d'information, d'éducation et de communication (IEC) visant à favoriser l'appropriation des communautés de l'esprit des mutuelles font défaut.

L'Etat en affirmant la volonté d'assurer la promotion des mutuelles de santé n'apporte aucune subvention directe a celles-ci pour soutenir les actions de terrain dont l'importance n'est ni à démontrer en terme d'augmentation de l'accès des pauvres aux services de soins. Cependant, il faut noter que certaines structures reçoivent indirectement des subventions de l'Etat à travers les projets et les appuis financiers des partenaires au développement.

La faible cotisation des mutualistes due essentiellement à leur niveau de revenu très faible constitue un handicap majeur à la viabilité financière de ses organisations. A cela s'ajoute également l'absence de réglementation devant définir les principes ainsi que les modes de fonctionnement.

7.2.4 Participation communautaire

Le démarrage du Programme PEV/SSP/ME visait à mettre en place un dispositif de soins de Santé Primaire Intégré géré par les communautés à travers les comités de gestion mis en place à cet effet. Les domaines de participation des communautés concernent la participation : **i-)** à la réalisation des infrastructures sanitaires de base ; **ii-)** au financement de la santé en contribuant au paiement d'une partie des coûts des prestations ; **iii-)** à la gestion des structures sanitaires à travers les comités de gestion ; **iv-)** aux activités promotionnelles de la santé et à l'organisation de certaines activités préventives telles que la vaccination, la distribution à base communautaire de certains produits, l'assainissement du milieu, la promotion des accouchements sous surveillance, de l'allaitement maternel etc.

La décentralisation amorcée a connu des succès notables notamment dans l'amélioration de la couverture vaccinale et la sensibilisation de tous les acteurs locaux au niveau des Soins de Santé Primaires. Les CS disposent des capacités financières relativement suffisantes pour prendre en charge les frais d'approvisionnement des ME. L'utilisation judicieuse et rationnelle des avoirs des CS devrait logiquement contribuer à l'amélioration significative de leur fonctionnement. Au titre de l'année 2005, les CS ont généré 2.182.139.265 GNF et dépensé 1.730.877.729 GNF. Les avoirs en Banque s'élèvent au 31 Décembre 2005 à 1.849.287.492 GNF.

Tableau n°15 : recettes des Centres de Santé par région au 31 décembre 2005

Rubriques Régions	Recettes	Dépenses totales	Fonds en banques
Kindia	195.500.834	182.450.000	122.824.962
Labé	214.081.372	166.241.448	180.130.836
Boké	333.018.200	206.326.218	214.275.594
Conakry	190.881.053	140.197.860	254.053.323
Faranah	229.500.815	178.494.148	79.873.877
Mamou	239.010.340	108.832.938	260.489.604
Kankan	399.860.783	386.265.113	175.862.834
N'Zérékoré	380.285.868	362.069.804	375.107.395
Pays	2.182.139.265	1.730.877.729	1.849.287.492

Source : Rapport de la revue des soins de santé primaire 2005, page 28.

Cependant, on note un certain recul dans l'amélioration de la politique de décentralisation en matière d'appropriation des CS par les comités de gestion. Cette appropriation est due entre autres au faible : **i-)** niveau d'instruction des responsables ; **ii-)** prime de motivation

des responsables ; **iii-**) niveau d'accompagnement en terme de formation, d'information et d'appui conseil relatif à la maîtrise des rôles et responsabilités des membres des comités de gestion ; **iv-**) et au manque d'intérêt du personnel des CS à faciliter l'implication active des responsables des CG des CS. Les visites ont permis de constater le faible niveau d'implication réelle des responsables de Comités de Gestion à l'approvisionnement et la vente des ME. Cette implication se limite exclusivement à la signature des chèques par les Présidents de Comité de Gestion. En général, l'ensemble des membres n'assume pas leur rôle y compris le trésorier censé conserver l'argent issu des ventes des ME. Les cadres des Centres de Santé élaborent leurs besoins en médicaments essentiels sans une concertation avec les responsables des CG. La vente des produits, et la fixation de leurs prix ainsi que la gestion des recettes relèvent également d'eux.

La notion d'autonomie financière des centres de santé à partir du système de recouvrement des coûts est mal perçue par certaines autorités. Pour cette raison, peu de communautés rurales de développement (CRD) apportent des subventions à ces structures. Cette situation semble constituer un facteur limitant pour le développement d'un partenariat local dynamique de la population autour des services de santé.

Le système de recouvrement des coûts comme mécanisme de mobilisation complémentaire des ressources par rapport au financement public fait face à de nombreuses contraintes. Il s'agit notamment : **i-**) du faible pouvoir d'achat des usagers pour payer des tarifs adaptés aux coûts ; **ii-**) de la barrière financière à l'accès aux soins pour les personnes pauvres, notamment au niveau hospitalier ; **iii-**) de la quasi - absence de mécanismes de partage des risques et des coûts ; **iv-**) de la pratique de tarification parallèle par certains agents, augmentant ainsi les coûts des soins pour les malades et leurs familles.

Perspectives

Le MSP envisage le renforcement de la décentralisation du système de santé communautaire en favorisant l'appropriation par les Collectivités Locales (CRD et CU) de la gestion du système de soins de base. Cette appropriation se traduira par l'intégration des centres de santé et des postes de santé dans le patrimoine des Collectivités Locales. Ainsi, tous les actifs des centres et des postes de santé, y compris les fonds de réserve, seront transférés aux CL. La tutelle des organes de gestion leur sera également transférée. Les mécanismes de gestion et de contrôle des fonds seront clairement définis.

Il est attendu que chaque CL tienne compte des aspirations de sa population pour organiser ses services de santé, sans préjudice au système de solidarité locale ou nationale qui sera développé. A ce titre, les collectivités devront pouvoir nouer d'elles-mêmes des relations de partenariat avec les autres différents acteurs (Etat, ONG, etc.) qui appuient le développement local. Il est prévu l'élaboration et l'adoption des textes juridiques régissant le fonctionnement de la participation communautaire conformément à sa nouvelle mission.

Un appui approprié en terme d'information, de formation et de conseil sera apporté par les équipes préfectorales composées des Responsables des microréalisations (DMR), des Directeurs préfectoraux de la santé (DPS) et autres agents de l'Etat afin de permettre aux CL de jouer pleinement leurs rôles. L'Etat jouera le rôle de facilitation en matière de supervision et recherche de fonds de solidarités pour soutenir les communautés à faible revenu. Un partenariat constructif sera scellé avec l'ensemble des acteurs à tous les niveaux en particulier avec le Ministère en Charge des CL en vue de l'atteinte des objectifs. Les services à base communautaire seront développés pour renforcer ces mesures. Un dispositif de protection des pauvres et du contrôle social sera mise en place au niveau des sous

préfectures à travers l'implantation d'une véritable architecture cohérente de structures de dialogue: conseils de santé pour le monitoring, la micro planification et la budgétisation, fonds de solidarité pour la prise en charge de l'indigence, mutuelles de santé pour le partage du risque et le contrôle de la surtarification.

7.2.5 Comité consultatif des usagers

Conformément à la Politique Nationale Sanitaire, l'Etat a prévu dans l'esprit de la politique de Décentralisation la mise en place des organes consultatifs à tous les niveaux des structures de soins. Les conseils d'administrations sont rattachés aux Hôpitaux nationaux, les comités consultatifs des usagers aux hôpitaux régionaux et préfectoraux et les comités de gestion aux centres de santé.

A cet effet, le comité consultatif a pour mandat, l'établissement d'un dialogue permanent avec les usagers afin de mieux prendre en compte leurs attentes et d'améliorer la qualité des services rendus par l'hôpital. Ses attributions visent à : **i-)** recueillir les informations au sein de la communauté concernant l'image de l'établissement ; **ii-)** Participer à l'évaluation de la satisfaction des patients, **iii-)** proposer à la direction générale des actions d'amélioration de la qualité des relations avec les usagers ; **iv-)** participer à l'information de la population sur le fonctionnement de l'hôpital à travers les différents canaux disponibles ; **v-)** informer, assister et orienter toute personne physique ou morale qui s'estime victime d'un préjudice du fait d'une activité quelconque de l'établissement ; et **vi-)** contribuer à la résolution des éventuels problèmes générés chez les usagers par les différentes activités de l'hôpital.

Le comité de relation avec les usagers comprend 15 membres issus des cadres du MSP, des représentants des comités de gestion, des élus des collectivités locales, un représentant des mutuelles, des représentants des confessions religieuses et un retraité du personnel de la santé. Les membres sont désignés au niveau de leur structure de base et ont un mandat de deux ans renouvelables.

On note très souvent une mauvaise collaboration entre les organes consultatifs et les agents des structures de soins et un faible niveau de motivation des membres desdits organes. Les agents demeurent très hostiles à l'implication d'autres acteurs par rapport à la gestion des soins de santé. Cette lecture est due au faible niveau d'accompagnement réalisé visant à favoriser la synergie et la complémentarité entre les deux entités. L'absence ou les faibles primes allouées aux responsables constituent également des handicaps à l'appropriation par les membres de la mission de leurs organes. L'état de pauvreté qui fait que chaque membre est plus porté sur le quotidien limite également cette appropriation.

Cependant, les structures ayant bénéficié des appuis se sont nettement appropriées de leur mission. Comme le montre les résultats enregistrés au niveau de l'hôpital de Faranah de 2002 à 2004 en terme : **i-)** une augmentation des activités médicales et financières ; **ii-)** la confection et la mise en place des caisses à suggestion ; **iii-)** l'augmentation de la fréquentation de l'hôpital ; **iv-)** l'amélioration du comportement des agents vis-à-vis des usagers ; **v-)** la réduction des conflits au portail de l'hôpital ; **vi-)** la meilleure connaissance des tarifs et du règlement intérieur par la population ; **vii-)** la réalisation d'enquêtes ménages ; **viii-)** l'achat de moustiquaires pour tous les lits ; **ix-)** la désinfection générale et désinsectisation de l'hôpital ; et **x-)** la formation continue du personnel. D'où la nécessité d'allier la mise en place des organes et l'appui en terme de gestion, de mobilisation communautaire et de négociation en vue de favoriser la réalisation de l'esprit de la Politique Nationale Sanitaire.

Après avoir traité la deuxième partie, nous présentons le troisième domaine d'investigation relatif aux luttes contre les maladies prioritaires.

8. LES LUTTES CONTRE LES MALADIES PRORITAIRES

Ce troisième domaine d'investigation traite sur les maladies du PEV (diphtérie, tétanos ; coqueluches, fièvre jaune, rougeole, poliomyélite), tuberculose, paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la santé de la reproduction.

Le DSRP décline que « *En raison de leur incidence sur la mortalité ou de l'augmentation rapide de leur prévalence dans le pays, les maladies infectieuses (tétanos, rougeole, tuberculose, hépatite B, infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques etc ...), le paludisme, la santé de la reproduction et les maladies émergentes ou réémergences, telles que le diabète, constituent des préoccupations majeures de la politique nationale en Guinée* ». DSRP – Guinée 2002 : 80

En fait, ce sont des maladies de sous développement et de la pauvreté qui entravent le développement humain durable. Elles demeurent un véritable problème de santé publique en Guinée et ce, malgré la promotion des mesures préventives et curatives prises contre elles dont leur impact négatif sur la population porte sur :

- L'espérance de vie : décès prématurés accentués chez les enfants ;
- L'éducation des enfants : absentéisme à l'école, abandon précoce des études entraînant une augmentation de l'analphabétisme ;
- La productivité : absentéisme au travail, baisse de la force de travail ;
- L'épargne familiale nationale : coût des médicaments essentiels et frais d'hospitalisation ;
- Les avortements spontanés et les anémies sévères chez les enfants et chez les femmes enceintes.

Sur la base des critères d'importance, de vulnérabilité, de faisabilité et de coût efficacité, le PNDS donne les orientations et les conditions nécessaires pour réduire la morbidité, la mortalité et les complications liées à ces maladies prioritaires, à savoir :

- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 177 pour 1000 à 90 pour 1000 de 2003 à l'an 2015,
- Réduire la mortalité de moins de 1 an de 98 pour 1000 à 50 pour 1000 de 2003 à l'an 2015,
- Réduire la mortalité maternelle de 528 pour 100 mille naissances vivantes à 220 pour 100 mille naissances vivantes de 2003 à l'an 2015,
- Maintenir la séroprévalence au VIH/SIDA inférieure à 5%,
- Réduire de 40% la mortalité spécifique du paludisme de 2003 à l'an 2015,
- Réduire de 50% la mortalité spécifique de la tuberculose de 2003 à l'an 2015,
- Réduire la prévalence du retard de croissance de 26% à 13% chez les enfants de moins de 5 ans de 2003 à l'an 2015.

Les mesures envisagées dans le DSRP sont, entre autres: « *l'intégration des vaccins anti-malaria et anti-hépatite B dans le programme élargi de vaccination (PEV) de routine et de la mise en place des mesures régionales spécifiques permettant de couvrir les zones pauvres et enclavées, avec la vaccination au porte-à-porte* » DSRP – Guinée 2002 : 80

Les résultats de la mise en œuvre de ces stratégies en Guinée sont présentés ci-dessous

Tableau no 16 Taux de couverture de vaccination

	Indicateurs	EDS 1992	EDS 1999	EDS 2005	Vision 2015
1	Taux de couverture vaccinale au BCG	60,0%	76,0%	79,4%	95%
2	Taux de couverture vaccinale au DTCop3	36,5%	46,0%	51,1%	95%
3	Taux de couverture vaccinale Polio3	36,5%	43,0%	50,1%	95%
4	Taux de couverture vaccinale au VAR	42,3%	52,0%	50,2%	95%
5	Taux de couverture vaccinale VAT-2 (femmes en grossesse).	39,2%		76,3%	95%
6	Taux de couverture pour toutes vaccinations	29,0%	32,0%	37,2%	90%
7	Proportion d'accouchements assistés	30,0%	35,0%	38,0%	50%
8	Taux de mortalité infantile	136,0%	98,0%	79,0%	50,0%
9	Taux de mortalité des enfants moins de 5 ans	229,0%	177,0%	163,0%	90%
10	Taux de mortalité maternelle (100.000 NV).	666	528		220
11	Taux de prévalence contraceptive	4,8%	4,0%	6,0%	25%

Sources: Résultats préliminaires EDS-III-2005 ADI: 2004, Banque mondiale

8.1 Les maladies du PEV

Les maladies du PEV sont évitables par la vaccination. Elles sont visées depuis 1988 par le PEV/SSP/ME dont l'objectif général est d'assurer une couverture vaccinale effective à 90% :

- des enfants de 0-11 mois contre la poliomyélite, la rougeole, la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche.
- Les femmes enceintes et les femmes à l'âge de procréer contre le tétanos.

Les résultats de ce programme sont évalués par le monitoring que le MSP organise chaque fin de semestre depuis 1988 avec l'appui des représentants de la communauté alors que son impact est évalué par l'EDS chaque 5 ans par le Ministère du Plan. Si le monitoring utilise les outils de gestion des structures de soins (fiche infantile, carnet de santé), l'EDS utilise la vérification de la disponibilité de carnet de vaccination dans les familles au sein de la communauté. Seule la couverture effective dans ces carnets est considérée comme vaccination correcte, c'est-à-dire, les enfants, les femmes en grossesse et les femmes en âge de procréer dont le calendrier de vaccination a été respecté et dans les conditions techniques requises.

L'évolution des résultats des EDS des années 1992, 1999 et 2005 montrent une tendance favorable des indicateurs cités plus haut, à l'exception de la vaccination contre la rougeole (VAR) qui a connu une chute de 2% entre l'EDS des années 1999 et 2005. Mais la couverture vaccinale pour toutes les vaccinations combinées est à 37,2% contre 80% et 90% envisagés respectivement dans le DSRP et dans le PNDS.

Entre les résultats de l'EDS 2005 et la vision 2015 des indicateurs de santé en cause, il reste beaucoup d'effort à fournir dans la couverture de toutes les vaccinations combinées.

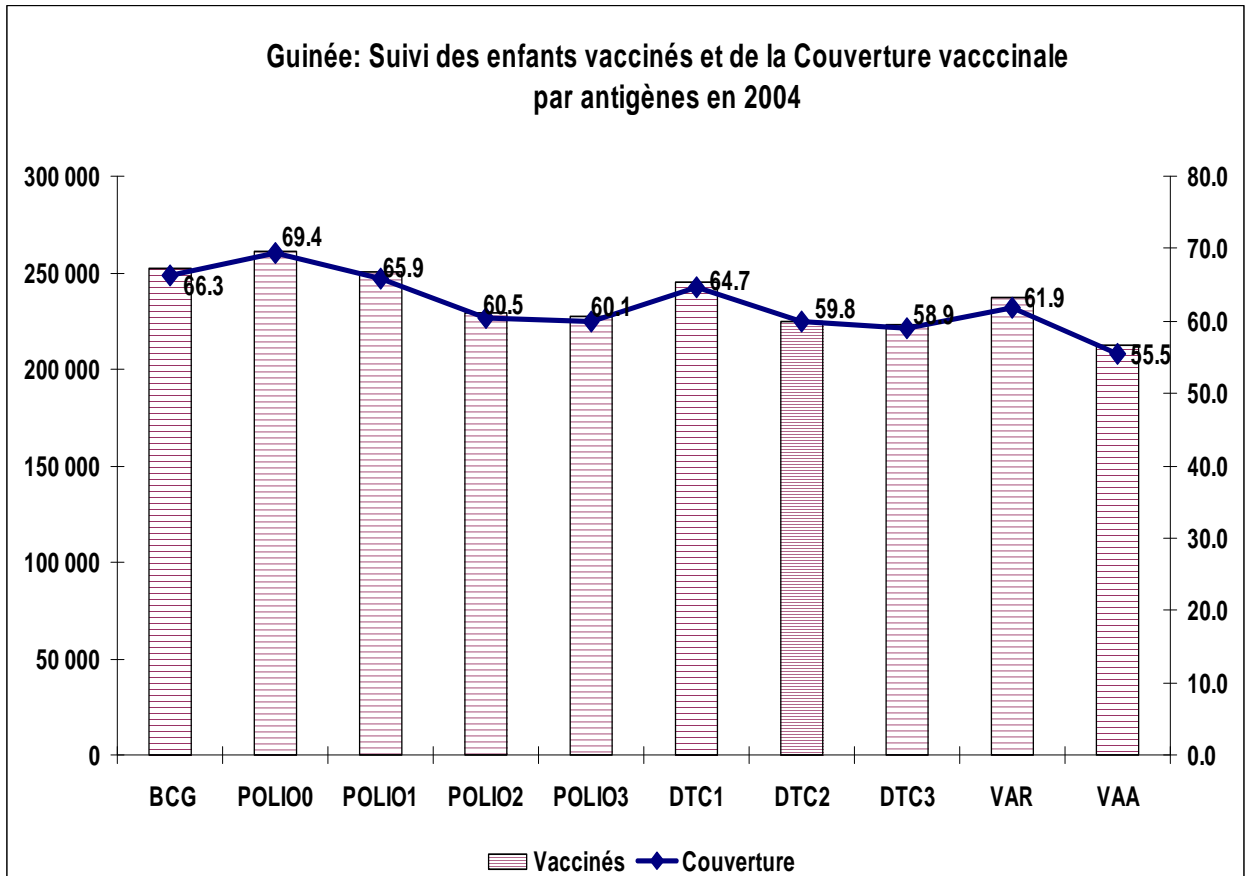
Tableau 17 : taux de couverture vaccinale estimée par antigène et par préfecture en 2004.

Préfecture ou commune	Population 0 à 1 an	BCG	DTC1	DTC2	DTC3	ROUGEOLE
Boffa	7 785	61.7%	66.7%	63.2%	59.1%	68.7%
Boké	14 598	63.9%	58.8%	56.0%	52.4%	59.8%
Fria	4 012	81.0%	78.5%	72.1%	77.2%	80.2%
Gaoual	6 825	64.4%	58.1%	50.0%	51.4%	51.0%
Koundara	4 508	59.5%	59.5%	55.0%	54.5%	64.2%
Région de Boké	37 728	64.8%	62.5%	58.0%	56.5%	62.7%
Dixinn	7 316	60.4%	46.1%	46.8%	44.4%	52.9%
Kaloum	3 686	114.4%	91.5%	92.7%	90.0%	116.9%
Matam	7 796	67.9%	78.6%	73.5%	69.4%	61.5%
Matoto	19 328	71.4%	40.5%	38.6%	34.3%	41.1%
Ratoma	16 139	75.6%	70.9%	66.2%	65.5%	56.4%
Région de Conakry	54 265	73.6%	59.2%	56.6%	53.8%	55.3%
Dabola	5 504	42.9%	68.2%	61.3%	63.9%	62.1%
Dinguiraye	6 801	61.7%	53.2%	49.2%	45.9%	50.3%
Faranah	7 327	104.9%	108.6%	92.4%	86.7%	91.1%
Kissidougou	10 210	65.8%	50.0%	47.1%	44.0%	52.0%
Région de Faranah	29 842	70.2%	68.5%	61.3%	58.6%	63.1%
Kankan	13 022	83.4%	79.8%	69.8%	64.7%	67.3%
Kérouane	7 634	68.8%	70.9%	63.4%	65.9%	62.0%
Kouroussa	7 406	84.1%	89.4%	77.6%	78.5%	78.5%
Mandiana	8 476	83.0%	97.9%	86.0%	80.8%	86.0%
Siguiri	13 471	89.6%	95.7%	88.3%	85.0%	79.6%
Région de Kankan	50 009	82.9%	87.2%	77.7%	75.1%	74.6%
Coyah	4 221	97.3%	82.5%	90.1%	79.4%	81.0%
Dubrêka	6 534	76.0%	73.1%	72.4%	82.6%	106.4%
Forécariah	9 978	73.6%	66.8%	53.8%	54.1%	58.5%
Kindia	14 284	72.6%	80.8%	72.5%	68.1%	82.5%
Télimélé	11 294	62.9%	68.3%	59.1%	65.7%	82.7%
Région de Kindia	46 311	73.2%	73.8%	66.8%	67.6%	80.6%
Koubia	4 556	49.9%	54.2%	55.4%	59.6%	70.1%
Labé	12 473	60.8%	66.3%	59.4%	58.7%	64.2%
Lélouma	6 779	56.0%	58.4%	48.3%	51.9%	50.3%
Mali	10 476	46.6%	49.0%	43.6%	54.6%	42.1%
Tougué	5 673	41.7%	42.6%	38.0%	39.9%	38.0%
Région de Labé	39 957	52.3%	55.7%	49.9%	53.9%	53.0%
Dalaba	6 793	53.4%	57.3%	49.3%	45.8%	43.9%
Mamou	11 711	54.8%	65.3%	62.4%	59.6%	59.2%
Pita	11 843	43.9%	48.8%	46.9%	45.5%	46.1%
Région de Mamou	30 347	50.2%	57.1%	53.4%	51.0%	50.7%
Beyla	8 306	87.6%	91.3%	85.1%	87.3%	90.3%
Guéckédou	17 262	60.0%	48.1%	41.8%	41.2%	66.7%
Lola	6 660	78.9%	74.9%	72.0%	70.4%	67.8%
Macenta	13 941	71.5%	73.8%	73.7%	74.5%	71.5%
N'Zérékoré	14 032	81.8%	75.7%	73.8%	72.0%	77.7%
Yomou	6 707	74.8%	72.3%	69.3%	71.2%	74.1%
Région de N'Zérékoré	66 908	73.8%	69.7%	66.3%	66.2%	73.8%
Ensemble Guinée	355 367	68.5%	66.9%	61.1%	60.2%	64.6%

Source : SNISG : extraits des données épidémiologiques à partir d'une base de données 31/12/04

En fin 2004, la situation de la couverture vaccinale aux antigènes du PEV est présentée dans le tableau 2 ci-dessus et dans le graphique ci-dessous.
 Au plan national, cette couverture se situe dans la fourchette de 60,2% (DTC3) à 68,5% (BCG) en passant par la rougeole (64,6%).

Graphique no : 1 suivi des enfants vaccinés et de la couverture vaccinale par antigène en 2004



Source : Rapport de la revue des soins de santé primaires 2004.

8.1.1 La diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

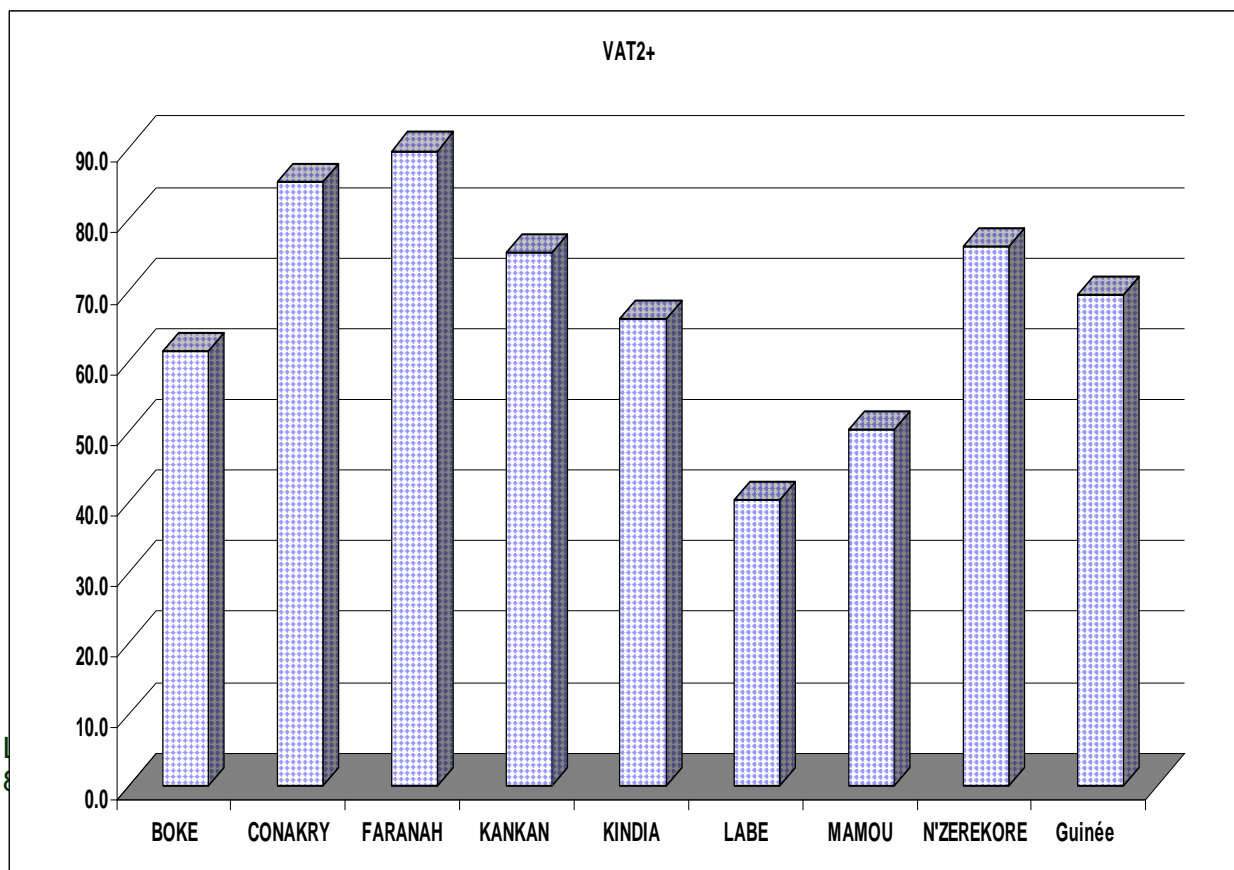
Le DTC est une combinaison de 3 vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. La vaccination complète à cet antigène exige 3 passages à intervalle de 1 mois entre deux vaccinations consécutives chez les enfants de moins de un an. La déperdition entre la première dose de DTC et la troisième est de 8,3% (tableau 2.de l'annexe) Ceci traduit la faiblesse des rattrapages actifs en stratégie avancée.

On constate une différence entre les taux de couverture aux antigènes du tableau 2 et ceux du graphique ci-dessus : DTC3 (60,2%), rougeole (64,6%) contre DTC3 (58,9%) et rougeole (61,9%).

La couverture vaccinale complète (DTC3) est élevée dans les régions de Kankan (75,1%), Kindia (67,6%) et N'Zérékoré (66,2%). Elle est faible dans les régions de Faranah (58,6%), Boké (56,5%), Labé (53,9%), Conakry (53,8%) et Mamou (51,0%).

En 2005, la couverture vaccinale nationale à tous les antigènes est bonne soit (89%); 30 préfectures sur 38 ont un taux de couverture vaccinale en DTC3 égal ou supérieur à 80%. Par contre 8 préfectures ont une couverture inférieure à 80%: Boké (58%), Koundara (68%), Dixinn (68%), Matoto (74%), Lelouma (77%), Dalaba (70%), Mamou(74%) et Pita(60%).

Graphique no 2 : couverture antitétanique chez les femmes enceintes en 2004 par région.



La couverture vaccinale antitétanique chez les femmes enceintes en 2004 est supérieure à 80% à Faranah, Conakry et N'Zérékoré. Elle est inférieure à 60% à Boké, Labé et Mamou

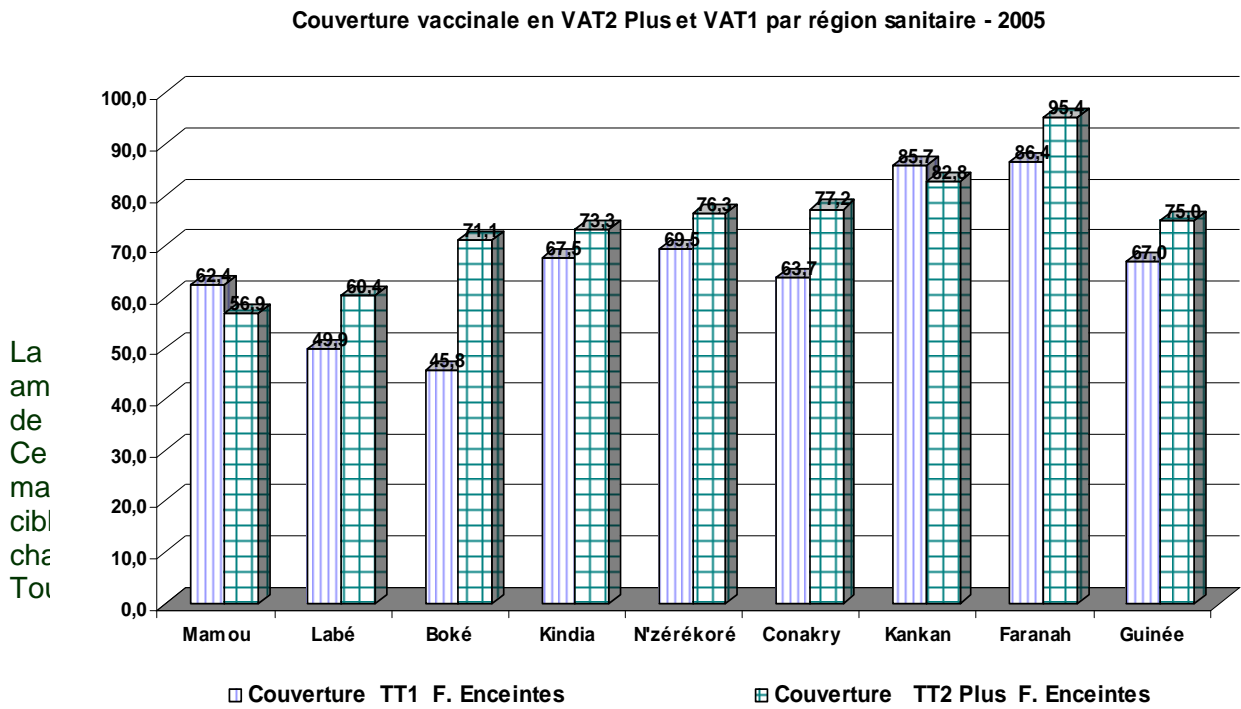
La couverture vaccinale antitétanique chez les femmes en âge de procréer a été plus faible à Faranah (3,0%), Mamou (2,9%), Kankan (2,6%), Kindia (2,3%), Conakry (1,5%). Labé (1,4%), Boké et N'Zérékoré (1,3%), **Voir annuaire statistique 2004 du MSP.**

8.1.2 La couverture vaccinale antitétanique

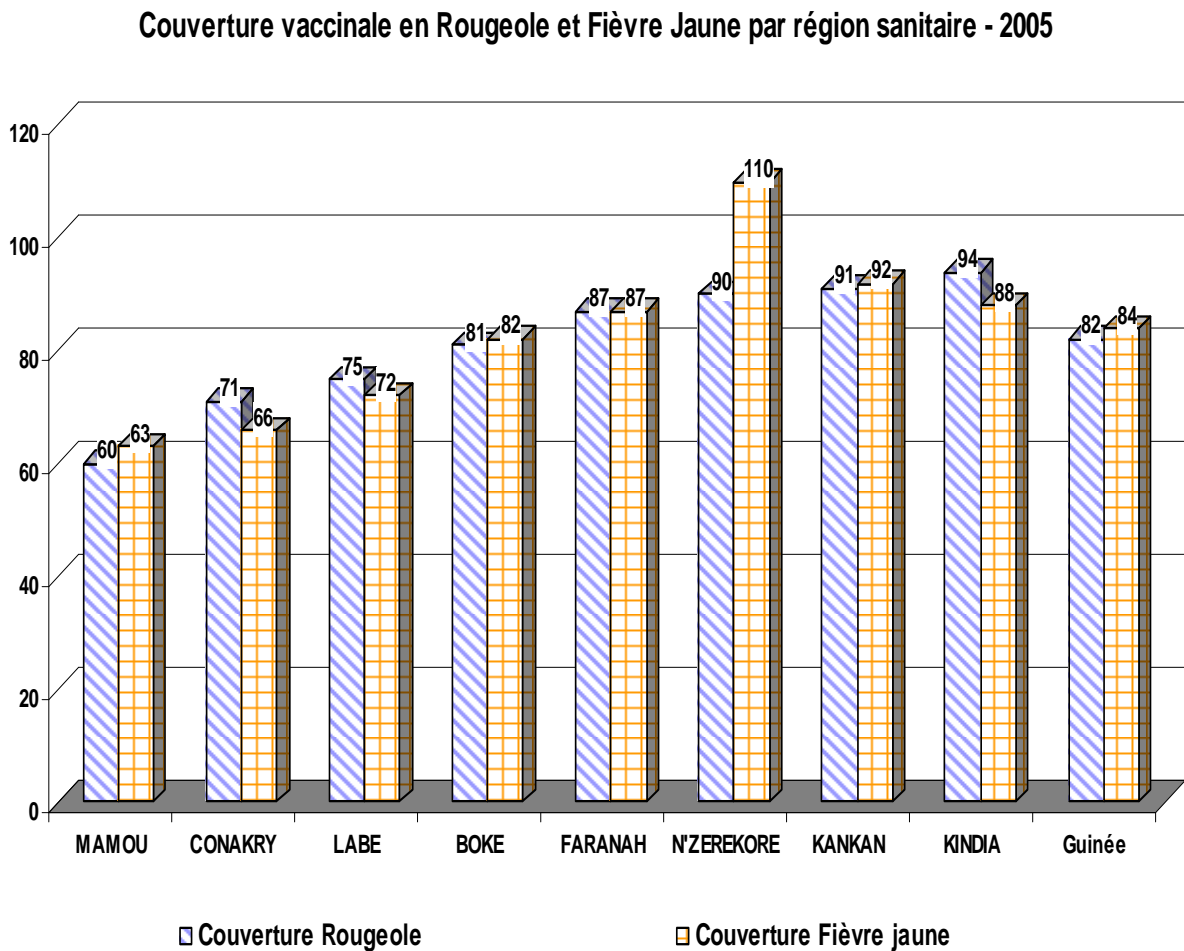
La couverture vaccinale nationale antitétanique chez les femmes enceintes s'est fortement améliorée en 2005, passant de 69% en 2004 à 75%, tout comme celle des femmes en âge de procréer, passant de moins de 3% à plus de 60% en général.

Ce progrès a été réalisé grâce à deux tours de vaccination de masse contre le tétanos maternel et néonatal effectués dans 8 districts sanitaires à haut risque pour une population cible de 482.659 femmes en âge de procréer avec une couverture moyenne de 99% à chaque tour. Il s'agit des districts sanitaires de Macenta, Beyla, Lola, Koundara, Boffa, Tougué, Boké et Téliélé.

Graphique no 3 couverture vaccinale en VAT2 plus VAT1 par région sanitaire



Graphique no 4 : couverture vaccinale en Rougeole et fièvre Jaune

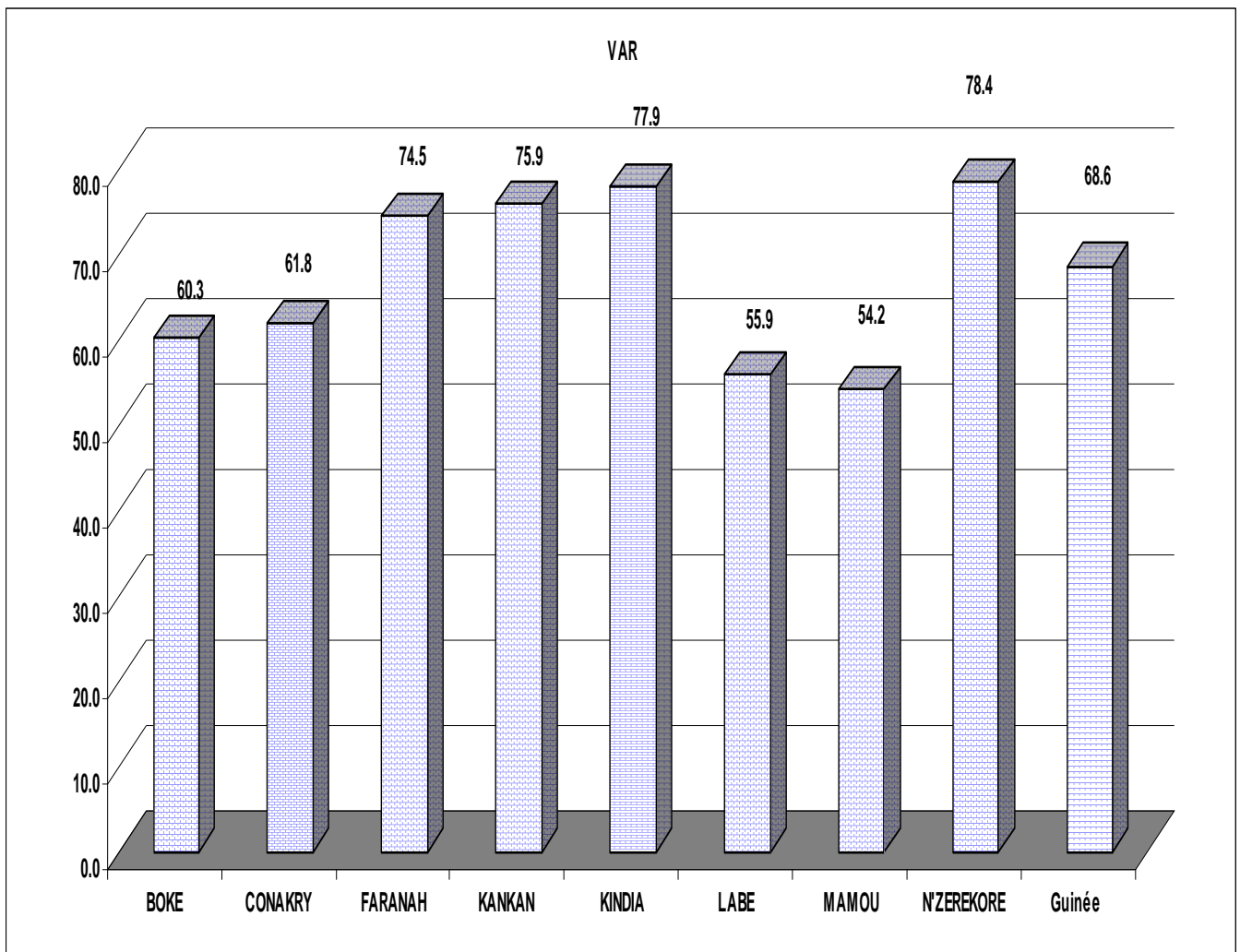


Depuis novembre 2000, des campagnes de vaccination de masse contre la fièvre jaune ont été organisées dans les régions, touchant au total 6.066.687 habitants pour une population cible de 6.889.580, soit 88% de couverture vaccinale.

En outre, des campagnes de masse ciblées ont été menées dans les préfectures suivantes : Fria, Kindia, Téliélé, Forécariah, N'Zérékoré, Beyla et Guéckédou avec une couverture vaccinale moyenne de plus de 90%.

Suite à l'apparition de l'épidémie de fièvre jaune dans la région de Boké, une campagne de vaccination de masse y a été réalisée en décembre 2005. Sur une population cible de 845.242 personnes de 9 mois et plus, 842.454 ont été vaccinées. Les couvertures obtenues varient de 99% à Boffa et Boké et à 100% à Gaoual et à Koundara.

Graphique no 5 : épidémie Fièvre Jaune par région administrative



Source : Rapport de la revue des soins de santé primaires 2004.

8.1.3 La fièvre jaune.

La vaccination antiamarile (contre la fièvre jaune) a été introduite dans la vaccination de routine du PEV en 2002 dans tous les centres de santé du pays.

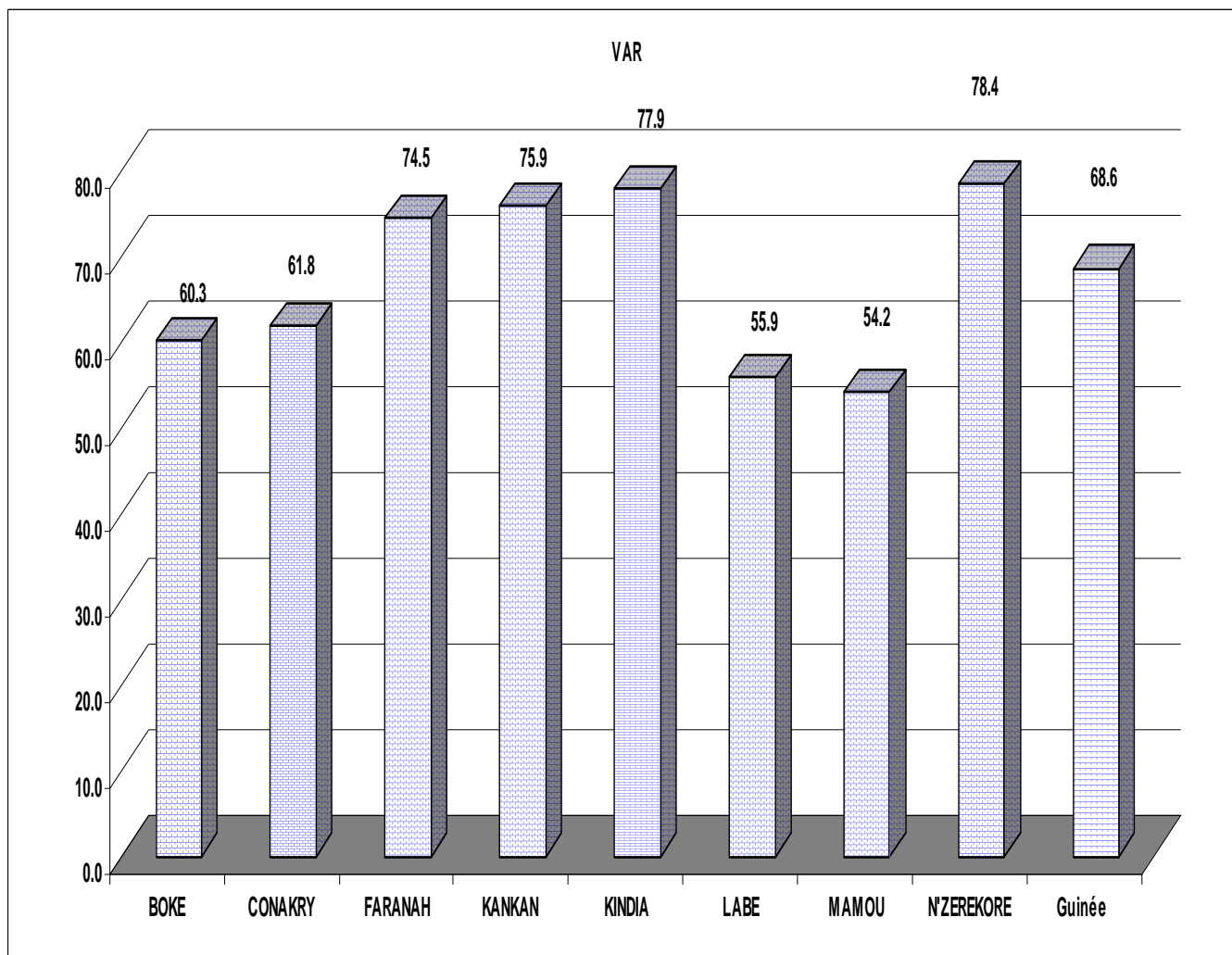
Depuis novembre 2000, des campagnes de vaccination de masse contre la fièvre jaune ont été organisées dans les régions, touchant au total 6.066.687 habitants pour une population cible de 6.889.580, soit 88% de couverture vaccinale.

En outre, des campagnes de masse ciblées ont été menées dans les préfectures suivantes : Fria, Kindia, Téliélé, Forécariah, N'Zérékoré, Beyla et Guékédou avec une couverture vaccinale moyenne de plus de 90%.

Suite à l'apparition de l'épidémie de fièvre jaune dans la région de Boké, une campagne de vaccination de massa y a été réalisée en décembre 2005. Sur une population cible de 845.242 personnes de 9 mois et plus, 842.454 ont été vaccinées. Les couvertures obtenues varient de 99% à Boffa et Boké et à 100% à Gaoual et à Koundara.

8.1.4 La rougeole.

La couverture vaccinale contre la rougeole est à 64,6% dans le pays en fin 2004. Seules 3 régions sont au-dessus de ce taux : Kindia (80,9%, Kankan (74,6%) et N'Zérékoré (73,8%). Les autres régions sont au-dessous de ce taux : Mamou (50,7%), Labé (53,0%), Conakry (55,3%), Boké (62,7%) et Faranah (63,1%), Voir données du SSISG 2004



Source : Rapport de la revue des soins de santé primaires 2004.

En 2005, cette couverture vaccinale nationale est de 82%. Les régions de Faranah, N'Zérékoré, Kankan et Kindia ont atteint un taux de couverture vaccinale supérieure à 82% alors que Mamou, Labé et Conakry sont au-dessous de cette moyenne.

La rougeole, autrefois, redoutable et meurtrière dans la tranche d'âges de moins d'un an est aujourd'hui en voie de disparition dans le tableau épidémiologique guinéen depuis 2003.

Le taux d'incidence de la rougeole est à 39,4 pour mille en 2004 de 0-11 mois, 20,8 pour mille de 1- 4 ans et de 3,6 pour mille de 4-14 ans. La commune de Dixinn enregistre 1.325 pour mille de 0-11 mois et 421 pour mille de 1-4 ans.

En fin 2004, huit préfectures n'ont pas notifié un seul cas de rougeole. Ce sont : Boffa, Fria, Dabola, Faranah, Siguiri, Koubia, Lélouma et Lola. Douze préfectures ont notifié des cas allant de 1 à 5.

Sur les 502 cas notifiés dans le pays, la commune de Dixinn enregistre 209 cas soit 41,53%. Parmi les cas notifiés, le laboratoire a infirmé des cas dont l'échantillon était analysé. Il s'agissait de rubéole plutôt que des cas de rougeole.

8.1.5 La poliomyélite

La couverture vaccinale antipoliomyélite est supérieure à 100%. A ce jour, les rapports statistiques du MSP ne rapportent aucun cas de poliomyélite en 2005, cela, grâce aux JNV organisées chaque année dans le pays depuis plus de 10 ans. En 2004, seuls 4 cas étaient notifiés sur l'étendue du territoire national. En 2005, cinq passages de JNV contre la poliomyélite sont organisés avec l'appui des partenaires à la santé (voir tableau ci-dessous). La stratégie de vaccination porte à porte est fonctionnelle depuis 2003 dans le tout le pays compris les zones pauvres et enclavées par les agents de santé avec l'appui de participation communautaire.

Ces grands succès dans l'amélioration de la couverture vaccinale nationale en 2005 sont dus aux efforts de financement conjugués du gouvernement et des partenaires au développement comme le montre le tableau ci-dessous.

On note dans ce tableau que sur une allocation de **64.564.965.811 GNF**, il y a eu un décaissement effectif de 70,2%.

En dehors de l'UNICEF, tous les partenaires au développement ont donné 100% de leur prévision et le gouvernement n'en a donné que 43,3%.

En 2004, sur une allocation de 5.073.600.618 GNF, seul 63% ont été décaissés en faveur du PEV/SSP/ME. Tous les partenaires ont fourni 100% de leur engagement alors que le gouvernement n'en a honoré qu'à 2%. (cf. annexe répartition du financement des maladies prioritaires).

Tableau no 18 : financement du PEV/SSP/ME en 2005.

Bailleurs	Montant alloué	Montant décaissé	% réalisation
Etat Guinéen	1 250 000 000	22 200 000	2%
Communautés	648 653 791	648 653 791	100%
UNICEF	253 572 608	253 572 608	100%
OMS	1 589 381 680	1 589 381 680	100%
ARIVA	233 781 819	233 781 819	100%
GAVI	643 176 000	643 176 000	100%
PSS/GTZ	2 400 550	2 400 550	100%

SIDA 3	2 155 725	2 155 725	100%
Rotary International	660 320 500	660 320 500	100%
Total	5 283 442 673	4 055 642 673	77%

8.1.6 La tuberculose

La vaccination au BCG assure la prévention contre la tuberculose. Elle se fait en une seule vaccination chez le bébé. La moyenne nationale est de 68,5%. Les régions qui sont au-dessus de ce taux sont : Kankan (82,9%), N'Zérékoré (73,8%), Conakry (73,6%) et Kindia (73,2%) et Faranah (70,2%). Celles qui sont au-dessous de ce taux sont Mamou (50,2%), Labé (52,3%) et Boké (64,8%).

La tuberculose est un problème de santé publique important par sa forte recrudescence pendant la dernière décennie. Si chez les enfants de moins d'un an la vaccination au BCG protège contre cette maladie pendant longtemps, l'émergence du SIDA lui donne un véritable coup de fouet. En diminuant le système de défense de l'organisme du malade atteint de SIDA, celui-ci devient fragile et réceptif à la tuberculose en plus d'autres maladies opportunistes.

Tableau no 19 : cas de TBS 15 ans +

LIEU	PERIODE			Total
	2002	2003	2004	
Région de Boké	52	105	129	286
Région de Conakry	915	913	958	2.786
Région de Faranah	87	33	34	154
Région de Kankan	46	44	34	124
Région de Kindia	70	79	183	332
Région de Labé	84	74	51	209
Région de Mamou	47	29	30	106
Région de N'Zérékoré	479	638	427	1.544
Total	1.780	1.915	1.846	5.541

A ce jour, les 50% de malades hospitalisés dans le service de pneumo-physiologie à l'hôpital national Ignace Deen à Conakry développent le SIDA alors qu'en médecine générale du même centre hospitalier, seul 18% développe cette maladie.

Le nombre élevé de cas de tuberculose à Conakry s'explique par le fait que l'hôpital Ignace Deen est la structure nationale de référence de tous les cas graves de tuberculose. La variation annuelle des cas est faible pour la période couverte.

8.1.7 La disponibilité des ressources pour les activités du PEV.

Pour mener à bien les activités du programme élargi de vaccination dans un centre de santé, il faut :

- Un personnel permanent et qualifié ;
- Une disponibilité en vaccins ;
- Un frigidaire fonctionnel ;
- Une moto en bon état pour les stratégies avancées ;

- Une ressource financière suffisante pour le fonctionnement du centre.

L'inventaire de ces ressources en fin 2004 dans 377 centres de santé donne les résultats suivants :

- 46% des centres de santé disposent d'un personnel au complet ;
- 91% des centres de santé disposent d'un frigidaire fonctionnel ;
- 65% des centres de santé disposent d'une moto en bon état ;
- 32% des centres de santé assurent toutes les dépenses de fonctionnement.

Les besoins actuels de tous les centres de santé sont :

- 204 agents de santé capables de rester à leur poste d'affectation ;
- 33 frigidaires ; et
- 132 motos tout terrain.

8.2 Le paludisme

Les mesures envisagées dans le DSRP notent que: «qu'en matière de lutte contre le paludisme, le pays appliquera fondamentalement les principales stratégies proposées par la Conférence internationale d'Amsterdam en 1992, à savoir : le traitement des cas, la prophylaxie chez la femme enceinte et la prévention du contact homme - vecteur grâce à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'assainissement de l'environnement et la promotion des mesures d'hygiène» DSRP – Guinée 2002 : 81

L'un des objectifs spécifiques du PNDS vise à réduire de 40% la mortalité spécifique du paludisme de 2003 à l'an 2015, Les stratégies qu'il envisage en la matière sont les mêmes que celles du DSRP. Cela signifie que toute femme enceinte qui rentre dans le système de santé pour la première CPN et pour toutes les autres qui suivront doit bénéficier de la chimioprophylaxie antipalustre. Elle doit aussi disposer de sa moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Cette prise en charge protège la femme enceinte contre le paludisme, responsable chez elle, entre autre, d'anémie grave, d'avortement spontané, d'accouchement prématuré. Le futur bébé sera protégé aussi contre, entre autre, le faible poids à la naissance, la naissance prématurée, le paludisme grave dans les premières de la vie et la mort intra utérine.

Les tableaux 6, 7, 8, 9, 10 et 11 de l'annexe montrent l'ampleur, la létalité du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes en Guinée de 2002 à 2005 dans les régions administratives. Ils différencient les formes simples des formes graves de paludisme dans les tranches d'âges.

Tableau no 20 : paludisme toutes formes jusqu'à 15 ans

LIEUX	PERIODE			Total
	2002	2003	2004	
Région de Boké	57.286	59.207	52.267	168.760
Région de Conakry	68.862	201.436	100.305	370.603
Région de Faranah	25.879	25.554	35.548	86.981
Région de Kankan	28.284	36.530	38.013	102.827
Région de Kindia	59.526	48.225	57.677	165.428
Région de Labé	40.587	41.718	39.388	121.693
Région de Mamou	41.394	45.610	42.690	129.694
Région de N'Zérékoré	50.247	68.676	56.908	175.831
Total	372.065	526.956	422.796	1.321.817

Le tableau 20 montre l'ampleur du paludisme dans les causes de consultations externes chez les enfants âgés de moins de 14 ans dans les centres de santé et les hôpitaux du pays.

Sur un total de 1.321.817 cas enregistrés de 2002 à 2004, 237.981 cas sont notifiés chez les enfants de moins d'un an ; 567.042 cas chez les enfants de 1 à 4 ans et 516.794 cas dans la tranche d'âges de 4 à 14 ans.

Ces tranches d'âges sont prises en compte dans ce travail à cause de leur prédisposition et de leur fragilité au paludisme, liées à leur faible résistance aux plasmodiums à ces âges.

Dans ces tranches d'âges, les enfants sont tributaires d'anémie sévère, de décès prématurés, de létalité élevée, d'absentéisme à l'école, d'abandon de la scolarité, de dépenses élevées en médicaments et en hospitalisation ...

Les variations annuelles de cas dans les mêmes tranches d'âges sont faibles, ce qui traduit la constance de son ampleur dans la population guinéenne même s'il y a quelques variations saisonnières.

La répartition par région administrative montre que les régions de la savane (Haute Guinée) et des montagnes (Labé) sont les moins touchées avec des incidences annuelles respectives de 53 pour mille et 86 pour mille. En revanche, la Guinée Forestière (forêt dense) et la Basse Guinée (zone marécageuse) sont plus affectées avec des incidences annuelles allant jusqu'à 244 pour mille, la moyenne nationale étant de 98 pour mille.

L'incidence du paludisme chez les enfants de 0 – 11 mois est de 242 pour mille. Les plus fortes incidences se trouvent à Matoto (594 pour mille), Matam (540 pour mille), Ratoma (380 pour mille), Yomou (366 pour mille) et Dubréka (). Les plus faibles incidences se rencontrent à Téliélé (61 pour mille), Kankan (107 pour mille) et Gaoual (118 pour mille). Les incidences du paludisme dans cette tranche d'âges des autres préfectures se trouvent entre les fourchettes ci-dessus.

L'incidence du paludisme chez les enfants de 1 – 4 ans est de 152 pour mille. Les plus fortes incidences se trouvent à Matam (307 pour mille), Dubréka (306 pour mille), Koundara (283 pour mille), Matoto (269 pour mille) et Boffa (261 pour mille). Les plus faibles incidences se rencontrent à Téliélé (74 pour mille), Lola (75 pour mille), Kankan (81 pour mille), Mali (85 pour mille) et Beyla (85 pour mille). Les incidences du paludisme dans cette tranche d'âges des autres préfectures se trouvent entre les fourchettes ci-dessus.

Les relevés et la notification des cas ne sont, certes, pas fiables dans toutes les préfectures pour justifier les faibles incidences du paludisme en Guinée Forestière, à cause de la végétation et du climat, elles devraient être élevées.

Tableau no 21 : paludisme simple en tranche d'âge inférieure à 14 ans

LIEUX	PERIODE			Total
	2002	2003	2004	
Région de Boké	51.869	53.224	47.633	152.726
Région de Conakry	61.624	94.234	84.501	240.359
Région de Faranah	21.900	21.998	30.764	74.662
Région de Kankan	23.308	29.551	32.023	84.882
Région de Kindia	52.026	42.101	51.028	145.155
Région de Labé	34.527	35.769	35.289	105.585

Région de Mamou	37.954	41.649	39.040	118.643
Région de N'Zérékoré	43.848	60.764	49.646	154.258
Total	327.056	379.290	369.924	1.076.270

Le paludisme simple représente 81,42% du paludisme des deux formes dans la tranche d'âges inférieure ou égale à 14 ans. C'est la forme frustrée, caractérisée par des maux de tête, des courbatures, des douleurs aux articulations et un état de fièvre légère. Elle est dominante chez les adultes à cause de leur immunisation directement proportionnelle à l'âge. Cette forme se traite à domicile avec succès. Sa létalité est faible en dehors de toute autre maladie associée.

Tableau 22 : paludisme grave

Lieux	Périodes			Total
	2002	2003	2004	
Région de Boké	5.417	5.983	4.634	16.034
Région de Conakry	7.238	107.202	15.804	130.244
Région de Faranah	3.979	3.556	4.784	12.319
Région de Kankan	4.976	6.979	5.990	17.945
Région de Kindia	7.500	6.124	6.649	20.273
Région de Labé	6.060	5.949	4.099	16.108
Région de Mamou	3.440	3.961	3.650	11.051
Région de N'Zérékoré	6.399	7.912	7.262	21.573
Total	45.009	147.666	52.872	245.547

Le paludisme grave ou le paludisme cérébral représente 18,57% des deux formes dans la tranche d'âge inférieure ou égale à 14 ans. Au total, 245.547 cas ont été enregistrés de 2002 à 2004. Le nombre de cas augmente progressivement dans les trois tranches d'âges considérées : 21.074 cas de 0 – 11 mois, 76.290 cas de 1 – 4 ans et 148.183 cas de 5 – 14 ans avec des taux d'incidence respectifs de 24,6 pour mille, 21,1 pour mille et 7,8 pour mille.

La répartition du nombre de cas par préfecture montre des cas très élevés à Matam (11.360), Matoto (8.896), Ratoma (7.089) et Kindia (4.804). Les cas sont faibles à Kouroussa (589), à Mali (598), à Lola (765), à Téliélé (873) et à Gaoual (979).

Cette forme se manifeste par une fièvre élevée, des convulsions et un coma traduisant une complication cérébrale qui inaugure souvent le tableau clinique. Le traitement en hospitalisation est obligatoire et le pronostic vital est souvent sombre si la prise en charge n'est pas précoce et adaptée sous surveillance médicale.

Les tableaux qui suivent donnent les résultats de cas de paludisme dans 5 districts sanitaires parmi les 10 sites sentinelles qui sont sous surveillance épidémiologique dans la zone d'intervention du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Ces sites sont: Ratoma, Matoto, Kindia, Boké, Dalaba, Labé, Dabola, Siguiri, Kissidougou et N'Zérékoré.

Les populations à risque considérées dans ces zones sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes en grossesse. Les enregistrements sont mensuels pour toute l'année 2005. Ils intéressent les consultations externes, les hospitalisations et les décès pour la forme simple et la forme grave du paludisme. Ils mettent en relation entre le nombre de cas consultés, les cas de paludisme clinique diagnostiqué et les cas confirmés par le laboratoire dans les cas cliniques.

Tableau no 23 : cas de malades consultés pour toutes causes confondues.

Paludisme	Enfants < 5 ans	Plus de 5 ans	Femmes Enceintes	Total des Cas
Nombre de cas consultés	24.736	43.888	7.510	75.878
Nombre de paludisme clinique	9.698	17.500	1.897	29.031
Nombre de cas de paludisme confirmés	4.613	6.552	698	11.789
Taux de paludisme des cas consultés	39,21%	39,87%	25,26%	38,26%
Taux de confirmation de paludisme	47,57%	37,44%	36,79%	40,61%

Dans les 5 districts sanitaires, il y a 75.878 malades consultés en 2005 dont 29.031 cas de paludisme clinique parmi lesquels 11.789 cas de paludisme confirmé par le laboratoire soit respectivement 38,26% de paludisme et 40,61% de confirmation. Ces taux sont de 39,21% et 47,57% chez les moins de 5 ans, 25,26% et 36,79% chez les femmes enceintes.

Les taux de confirmation en consultation externe et en hospitalisation dues au paludisme montrent le niveau de connaissance du paludisme par les médecins à partir des signes cliniques.

Tableau no 24 : les hospitalisations pour toutes causes confondues.

Paludisme	Enfants < 5 ans	Plus de 5 ans	Femmes enceintes	Total des Cas
Nombre de cas hospitalisés	2.871	5.279	1.996	7.048
Nombre de paludisme clinique	1.911	1.659	512	3.016
Nombre de cas de paludisme confirmés	624	691	232	2.248
Taux de paludisme des cas hospitalisés	66,58%	31,42%	25,65%	42,79%
Taux de confirmation de paludisme.	32,65%	41,65%	45,31%	74,53%

Tableau no 25 : les décès

Paludisme	Enfants < 5 ans	Plus de 5 ans	Femmes enceintes	Total Cas
Nombre de cas de décès	236	286	78	600
Nombre décès dus au paludisme	131	53	5	189
Nombre décès dus au paludisme grave			71	71
Pourcentage de décès dû au paludisme grave				31,5%
Taux de confirmation				37,56%

Les pourcentages de paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et de décès sont respectivement de 38,26%, 42,79% et 31,50%. Ceci explique le bien-fondé de la première place que le paludisme occupe dans ces causes dans les services de soins.

Dans les décès dus au paludisme, le paludisme grave ou le paludisme cérébral occupe 31,56%. C'est la forme de paludisme qui domine chez les enfants de moins de 5 ans.

8.2.1 Prophylaxie contre le paludisme chez la femme enceinte

Cette prévention se fait par la mise en œuvre du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte. Depuis 1978, la prophylaxie contre le paludisme chez la femme enceinte était assurée par la chloroquine 100 mg dans les centres de santé. Par la suite, une résistance à ce médicament essentiel est constatée dans quelques districts sanitaires du pays dont, entre autres, N'Zérékoré : 28% et Boké : 21%.

A ce jour, la chloroquine 100 mg est remplacée par la sulfadoxine piriméthamine (SP) à titre provisoire en attendant le médicament recommandé par l'OMS. Une dotation suffisant pour l'année 2006 de la SP est rendue disponible dans tous les centres de santé du pays au 3^{ème} trimestre de 2005. Aucune évaluation de son efficacité et de sa tolérance n'est effectuée encore.

8.2.2 Lutte antivectorielle ou lutte contre les moustiques

La lutte contre les agents vecteurs du paludisme (les moustiques) se fait par la protection de l'enfant et de la femme en grossesse contre la piqûre des moustiques par les moustiquaires imprégnées d'insecticides.

De 1998 à fin 2005, les donateurs (OMS, UNICEF, JICA, ROTARY CLUB, PSI, FOND MONDIAL) ont doté le PNLP de 254.500 moustiquaires dont 216.600 de 2003 à 2005. Aussi, d'importantes quantités d'insecticides ont été fournies pour l'imprégnation et la ré imprégnation cyclique de ces moustiquaires par des groupements associatifs locaux formés à cet effet. Ces moustiquaires sont revendues à ces populations cibles dans les centres de santé à 5.000 GNF dont 1.000 GNF pour la DPS, 500 GNF pour le centre de santé et 3.500 GNF sont virés au compte bancaire du PNLP, ce qui crée beaucoup d'exclus (les pauvres) à l'acquisition de ces moustiquaires et réduit la lutte contre le paludisme. A ce jour :

- seuls les centres de santé de 6 préfectures ont eu ces moustiquaires. Sur une prévision de 40% de couverture des populations cibles, on est à moins de 3% de réalisation. En plus de 349.500 moustiquaires qui pourraient être disponibles en mars 2006, il en faudrait au moins 2.000.000 pour couvrir 60% des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes avant fin 2006.
- 3.600 agents communautaires sont formés à la prise en charge communautaire du paludisme. Du fait de la non disponibilité du médicament qu'ils doivent utiliser, leurs activités réelles ne sont encore pas effectives sur le terrain.

8.3 Les infections respiratoires aiguës.

Les mesures envisagées dans le DSRP qui s'y rapportent notent que: *«pour faire face aux infections respiratoires aiguës et aux maladies diarrhéiques, les efforts de prise en charge seront poursuivis dans le cadre du développement des soins de santé primaires. Il s'agira d'assurer, notamment au niveau des services de santé de base, la disponibilité régulière des produits et de garantir des services de qualité et à des coûts accessibles »* DSRP – Guinée 2002 : 81

Tableau 26 : Infections Respiratoires Aigues (IRA)

LIEUX	PERIODE			Total
	2002	2003	2004	
Région de Boké	31.007	33.217	40.934	105.158
Région de Conakry	61.918	77.568	82.973	222.459
Région de Faranah	30.280	31.704	42.855	104.839
Région de Kankan	32.841	41.443	45.826	120.110
Région de Kindia	54.598	42.464	49.873	146.935
Région de Labé	26.137	28.151	27.247	81.535
Région de Mamou	24.938	27.323	26.499	78.760
Région de N'Zérékoré	41.666	60.595	54.433	156.694
Total	303.385	342.465	370.640	1.016.490

De 2002 à 2004, on a enregistré un total de 1.016.490 de cas d'infections respiratoires aigues dans les structures de soins du pays. Ces cas se répartissent comme suit par tranches d'âges : 301.971 chez les enfants de moins d'un an, 500.648 chez les enfants de 1– 4 ans et 213.871 chez ceux de 4 – 14 ans. On note ainsi une augmentation annuelle de cas pendant la période considérée. Les taux d'incidence sont respectivement de 305,7 pour mille, 147,2 pour mille et 32,5 pour mille dans les tranches d'âges considérées ci-dessus par rapport à un taux d'incidence nationale de 59,9 pour mille. On note que les enfants de moins de 1 an sont les plus touchés.

Les IRA restent parmi les 5 premières causes de consultations dans les centres de santé et de décès dans les hôpitaux du pays. Tout comme le paludisme, les décès dus aux IRA dominant dans la tranche d'âges de 1 à 14 ans.

La prévalence nationale des IRA chez les enfants de 0 – 11 mois est de 307 pour mille. Elle est plus élevée à Matam (760 pour mille), Faranah (720 pour mille), Dubréka (562 pour mille), Kissidougou (495 pour mille), Kaloum (492 pour mille) et Gueckédou (422 pour mille). Cette prévalence est plus basse à Téliélé (73 pour mille), Gaoual (74 pour mille), Koubia (124 pour mille), Lola (117 pour mille) et Tougué (147 pour mille).

La prévalence nationale des IRA chez les enfants de 1 – 4 ans est de 147 pour mille. Elle est plus élevée à Matam (619 pour mille), Dubréka (272 pour mille), Coyah (256 pour mille), Boké (246 pour mille), Faranah (241 pour mille) et Kaloum (214 pour mille).

Cette prévalence est faible à Téliélé (63 pour mille), Lola (67 pour mille), Mali (73 pour mille), Dalaba (83 pour mille) et Kouroussa (83 pour mille).

La prise en charge des IRA dans les structures de soins se fait exclusivement par le traitement par le traitement médical.

8.4 Les maladies diarrhéiques

Au cours de l'année 2005, 3.821 cas de choléra ont été notifiés en Guinée avec 107 cas de décès, soit une létalité de 2,8%, par les districts sanitaires de Dubréka, Kindia, Coyah, Kouroussa, Gaoual, Lola, Forécariah, Pita, Boffa, Boké et Conakry par ordre croissant.

8.5 La santé de la reproduction

Les mesures envisagées dans le DSRP qui s'y rapportent notent que: *«Pour faire face au défi que constituent la morbidité et la mortalité maternelles, la politique de santé sera axée sur: la prise en charge des grossesses à risque et des urgences obstétricales, l'accouchement sous surveillance, la lutte contre les mutilations sexuelles chez les filles, la promotion de la planification familiale et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, cause importante de stérilité »* DSRP – Guinée 2002 : 81

Le PNDS envisage dans une de ses stratégies de réduire la mortalité maternelle de 528 pour 100 mille naissances vivantes à 220 pour 100 mille naissances vivantes de 2003 à l'an 2015. Pour assurer la prise en charge des grossesses à risque et des urgences obstétricales, il faudrait :

- un réseau d'accoucheuses villageoises dans les communautés pour le dépistage précoce des grossesses à risque,
- des équipements SOUB et SOUC adéquats,
- une logistique appropriée : ambulance, radio communication dans les centres de santé et les hôpitaux de référence,
- un plateau technique performant dans les maternités,
- une unité de transfusion sanguine fonctionnelle,
- un approvisionnement régulier en médicaments essentiels,
- un personnel technique compétent et motivé.

A ce jour, seules 15 préfectures sur 33 offrent des soins obstétricaux d'urgence grâce à l'appui de UNFPA. Ces interventions se limitent d'ailleurs à un faible nombre de centres de santé par préfecture.

Les activités de lutte contre la mortalité maternelle qui se mène dans 6 préfectures pilotes donnent les résultats suivants :

- 80% de consultation prénatale effective ;
- 23% d'accouchements assistés ;
- 1,5% de césariennes réalisées contre 5% recommandées par l'OMS ;
- 4,4% de mortalité maternelle ;
- 14 pour mille de mortalité néonatale intra hospitalière.

Ces données sont difficiles à extrapoler sur les autres préfectures à ce jour.

8.5.1 Les accouchements

L'évolution des accouchements sous surveillance dans les hôpitaux du pays connaît un accroissement annuel de 2002 à 2004. Une diminution sensible est constatée dans les régions de Boké et Kindia. Voir les tableaux de l'annexe.

Ce tableau montre des nombres d'accouchements importants pendant les 3 ans considérés.

Tableau 27 : le total d'accouchements par région

LIEUX	PERIODE			Total
	2002	2003	2004	
Région de Boké	2.358	2.836	2.918	8.112
Région de Conakry	8.032	8.357	8.298	24.687
Région de Faranah	1.718	1.580	1.616	4.914
Région de Kankan	2.583	2.852	3.023	8.458
Région de Kindia	2.449	2.410	2.217	7.076
Région de Labé	830	952	764	2.546
Région de Mamou	985	1.353	1.295	3.633
Région de N'Zérékoré	2.331	2.303	7.660	12.294
Total	21.286	22.643	27.791	71.720

Sources : données des hôpitaux du 01/01/2002 au 31/12/2004

L'évolution des accouchements sous surveillance dans les hôpitaux du pays connaît un accroissement annuel de 2002 à 2004. Une diminution sensible est constatée dans les régions de Boké et Kindia.

Tableau 28 : accouchements dans les CS, par AV, et dans les hôpitaux de 2002 à 2004

LIEUX	Acc. en CS	Acc. par AV	Acc. Hôpitaux	Total
Région de Boké	15.403	8.858	8.112	32.373
Région de Conakry	22.975	7.451	24.687	55.113
Région de Faranah	10.739	24.085	4.914	39.738
Région de Kankan	25.729	20.713	8.458	54.900
Région de Kindia	16.148	13.390	7.076	36.614
Région de Labé	6.365	5.224	2.546	14.135
Région de Mamou	5.396	8.235	3.633	17.264
Région de N'Zérékoré	34.123	46.951	12.294	93.368
Total	136.878	134.907	71.720	343.505

Ce tableau montre des nombres d'accouchements importants pendant les 3 ans considérés.

Après avoir traité les maladies prioritaires, nous présenterons les luttes contre le VIH/SIDA et les Mutilations Génitales Féminines (MGF).

9. LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA ET LES MGF EN GUINEE

9.1 Lutte contre les IST/VIH/SIDA

Rappel du DSRP

- 1- Réduire l'incidence du VIH Sida à moins de 5%
- 2- La maîtrise de l'incidence socio-économique de la maladie.
- 3- La prise en charge adéquate des malades de Sida.
- 4- Mise en place d'un programme d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur toute l'étendue du territoire.

Buts et Indicateurs

- 1- Réduire le taux de prévalence du VIH Sida inférieur à 5% au niveau National
- 2- Relever le taux d'utilisation du condom lors des relations sexuelles hors conjugal de 40%.
- 3- 100% disponibilité des médicaments ARV.

La Guinée s'est dotée d'une Politique Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA dont la stratégie est axée sur l'approche sectorielle et l'approche locale. L'approche sectorielle s'appuie sur le pilotage des initiatives par les points focaux des différents Départements Ministériels. L'approche locale s'appuie sur l'élaboration et la mise en œuvre des Plans d'Action Opérationnels par des ONG. La mise en œuvre de cette politique est assurée essentiellement le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

La lutte contre le VIH/SIDA s'articule autour des domaines liés à la Prévention, à la Prise en Charge et les Campagnes d'Informations d'Education et de Communication (IEC).

9.1.1 Préventions réalisées de 2003 à 2005

La Stratégie utilisée en matière de prévention porte sur : **i-**) la sensibilisation ; **ii-**) le dépistage du VIH/SIDA et **iii-**) la prévention de la transmission mère enfant (PTME).

9.1.1.1 Prévention par le mode de sensibilisation

En matière de sensibilisation des populations les différentes approches combinées ont permis de toucher un nombre important dans le cadre de la prévention et de lutte contre le VIH/SIDA. Au total 2.060.230 personnes ont été touchées dont 1.486.133 par l'approche locale et 574.097 par l'approche sectorielle. Sur un total de 683 Plan d'Action Opérationnel (PAO) exécutés entre 2003 à 2005, 367 concernent l'approche locale dont 321 au niveau Communautés Rurales de Développement (CRD), 38 au niveau Communes Urbaines (CU) et 8 au niveau des Régions Administratives. Tandis que 316 PAO ont été exécutés par l'approche sectorielle à travers 29 Département Ministériels. Le paquet d'activités mené dans le cadre des Plans d'Action Opérationnel (PAO) porte sur : **i-**) la sensibilisation ; **ii-**) la prise en charge ; et **iii-**) la réalisation des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC).

Les sensibilisations ont porté essentiellement sur les modes de transmission du VIH/SIDA par voie de rapports sexuels, de transfusion sanguine et de transmission mère enfant et les modes de prévention à travers l'utilisation des préservatifs, l'abstinence et la fidélité. A cela s'ajoutent les nombreuses campagnes de sensibilisations réalisées en faveur des militaires, des routiers, des commerçants, des prostitués et les mineurs. Il faut noter l'existence des Centres d'Ecoutes et d'Orientation des Jeunes (CECOJ) au niveau de certaines collectivités locales (CU et CRD).

Tableau no 29 : de réalisation de PAO

Approches		Nombre de PAO	Observations
Locales	CRD	321	18 CRD ont exécuté un second PAO
	CU	38	
	Régions	8	
Sectorielles		316	29 Département ont exécuté des PAO
Total		683	

La prévention du VIH/SIDA a connu des progrès en terme de niveau d'information et connaissance des populations sur les modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA grâce aux différents supports utilisés. L'utilisation des médias (radio nationale, radios rurales et communautaires) et la télévision a contribué significativement à l'élévation du niveau de connaissance des différents modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA. L'organisation des séances de sensibilisation/plaidoyer/caravane sur l'étendue du territoire national a également contribué à mieux éclairer les citoyens sur le VIH/SIDA. L'utilisation des supports (falixes, banderoles, T-shirt, panneaux de message, les boites à images les dépliants et les condoms) ainsi que les pièces théâtrales a contribué à l'ancrage des messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA.

Les leaders d'opinions (chefs religieux, chefs coutumiers, jeunes et femmes) ont été également mis à profit dans le cadre de la conscientisation des populations sur les modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA. L'implication active des leaders d'opinion a contribué à la démystification du VIH/SIDA qui était considéré comme tabou au niveau de certaines communautés. Cette démystification a eu pour effet l'élargissement des débats sur le VIH/SIDA à différents lieux /niveaux (mosquées, églises, bars cafés, maquis, familles, écoles, lieux de travail, etc.).

On observe une amélioration significative du niveau de connaissance relative à l'importance de l'utilisation des préservatifs comme le montre l'enquête réalisée auprès des routiers et mineurs par le PSI. 96% des miniers ont déclaré que l'utilisation du Préservatif permet de prévenir les IST/VIH/SIDA contre 86% en 2001. Le pourcentage de connaissance de l'utilisation des préservatifs est plus élevé à CBG et à l'ACG (99%) que par rapport aux trois sociétés. A l'ACG, il est resté stationnaire entre 2001-2004 (93%). En outre, la prévention de la grossesse a été citée par 59% des miniers. Cependant, 43% des miniers ont déclaré que le préservatif permet d'éviter le SIDA et les grossesses non désirées.

Le nombre de point de vente des préservatifs a atteint actuellement 11.602 sur l'étendue du territoire national. 90% des points de vente n'ont pas connu de ruptures de stock de préservatifs

depuis 2004. La disponibilité du préservatif dans les points de vente ruraux est estimée à 97% sur le plan national.

L'utilisation du condom s'est nettement améliorée suite aux différentes campagnes de sensibilisation sur les méfaits et conséquences du VIH/SIDA au niveau des miniers et des routiers. Selon l'enquête CAP (Connaissance Aptitude et Pratique) sur les routiers), 76,0%) des routiers utilisent les condoms et le taux d'utilisation du Préservatif chez les miniers est passé de 65% en 2001 à 77% en 2004. Cette augmentation est beaucoup plus remarquable à la SAG (61% en 2001 contre 78% en 2004) et à la CBG (35% en 2001 contre 45% en 2004). L'enquête sur les mineurs a été réalisée auprès de cinq (5) Sociétés minières (CBG, CBK, SAG et SEMAFO) en 2005 par le PSI.

Malgré les résultats positifs enregistrés en matière de sensibilisation sur le VIH/SIDA, on note quelques résistances dues aux pesanteurs socioculturelles.

9.1.1.2 Prévention par la mode de dépistage du VIH/SIDA

L'amélioration des moyens de dépistage du VIH/SIDA a été atteinte conformément aux objectifs assignés dans le DSRP. A ce jour, les huit (8) régions administratives sont dotées de Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire (CCDV). A cela s'ajoutent les possibilités existantes au niveau des Préfectures en matière de dépistage. Les efforts visant le rapprochement des personnes aux structures spécialisées de dépistages sont entrain d'être consolidés à plusieurs niveaux.

La situation de la prévalence du VIH/SIDA en Guinée au 31 Mars 2005 se présente comme suit : 25957 personnes sont infectées par le virus du VIH/SIDA dont 9994 Hommes, 14995 Femmes et 968 Enfants. Voir tableau no :

Tableau no 30 : cas cumulés de SIDA notifiés au 31 Mars 2005

ANNEE	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	TOTAL CUMULE
2002	7105	8743	468	16316
2003	8490	11540	620	20650
2004	9679	13337	783	23799
Total	25274	33620	1871	60765

Source : rapport de suivi évaluation du CNLS de 2005

On observe une augmentation du nombre de personnes infectées par le virus du VIH/SIDA d'année en année. Cette évolution est plus accentuée au niveau des femmes, ensuite vient les hommes et les enfants. (Pourcentage à mettre). Les deux couches les plus vulnérables (Femmes et Enfants) occupent une proportion très importante des personnes touchées par le VIH/SIDA. Le taux de prévalence en Guinée au 31 Mars 2005 par région administrative, par zone (rurale et urbaine) par sexe et par moyenne nationale se présente comme suit par :

Région Administrative

Les taux les plus élevés sont observés respectivement à Conakry (2,1%), Labé (1,8 %), N'Zérékoré (1,7%), Kankan (1,2%) et Boké (1,2%), Mamou (0,7%) et Faranah (0,6%)

Tableau no 31 : taux de prévalence par région administrative

Régions Administratives	Taux de Prévalence
Conakry	2,1%
Boké	1,2%
Kindia	0,9%
Labé	1,8%
Mamou	0,7%
Faranah	0,6%
Kankan	1,2%
N'Zérékoré	1,7%

Source : Rapport CNLS de 2005

La forte concentration humaine à Conakry environ 2.000.000 d'habitants et l'ouverture au reste du monde constituent des éléments catalyseurs de l'augmentation du taux de prévalence. La ville de Conakry regorge le plus grand nombre de femmes prostituées ainsi que les bars et maquis qui constituent des sources potentielles de transmission et de propagation des MST/VIH/SIDA.

La diminution du taux de prévalence enregistrée dans la région de N'Zérékoré qui était la seconde zone la plus touchée pourrait s'expliquer par le retour massif des réfugiés et les fortes interventions en matière prévention contre le VIH/SIDA. Tandis que l'augmentation constatée au niveau de Labé pourrait trouver sa justification par la forte concentration humaine et l'ouverture de la zone vers le Sénégal, la Gambie et la Guinée Bissao.

L'existence des zones minières et l'ouverture vers l'extérieur au niveau de Boké et Kankan peuvent expliquer le taux de prévalence élevé dans ces localités. Tandis que le faible taux enregistré à Mamou et Faranah pourrait trouver sa justification à cause de l'intervention du programme de la GTZ et les autres interventions en matière de prévention et de prise en charge des MST/VIH/SIDA.

Zones

Le pourcentage de taux de prévalence est plus élevé en zone urbaine (2,4%) qu'en zone rurale (1,0%). Source : rapport CNLS de 2005

La forte concentration humaine, la présence élevée du nombre de femmes prostituées, l'existence des nombreux lieux de réjouissances et les ouvertures vers l'extérieur constituent des facteurs déterminant pour l'augmentation et la propagation du taux de prévalence. Malgré l'éloignement des zones rurales et la persistance des mœurs et us, on constate une progression considérable du taux de transmission et de propagation.

Sexe

Le pourcentage de taux de prévalence est plus élevé au niveau des femmes 1,9% contre 0,9% au niveau des Hommes. Source : rapport CNLS de 2005.

La vulnérabilité des femmes qui sont soumises à diverses pressions constitue un facteur d'élévation du nombre de femme atteinte du VIH/SIDA. L'état de pauvreté pousse certaines femmes à se livrer à la prostitution déguisée ou officielle. La polygamie ou l'infidélité de certains époux contribue également à cette augmentation. Les cas de violences sexuelles subis sans consentement des femmes contribuent aussi à l'augmentation du nombre de personnes touchées par le VIH/SIDA. Les cas de violences sexuelles sont plus développés en situation de crise (guerre).

MOYENNE NATIONALE : 1,5 %

La moyenne nationale observée actuellement semble être plus acceptable que par rapport aux premières statistiques dont l'objectif était de réduire le taux de prévalence au dessous de 5%. L'amélioration des bases de données et la systématisation des enquêtes ont favorisé l'existence des statistiques fiables à plusieurs niveaux. Les multiples efforts conjugués en matière de maîtrise du VIH/SIDA ont largement contribué à la diminution du taux de prévalence.

9.1.1.3 Prévention par le mode de transmission Mère-Enfant (PTME).

La vulnérabilité des femmes en général et celles en grosses en particulier a encouragé la création et la rénovation de cinq (5) centres de Prévention, de la Transmission de la Mère-Enfant. Les centres visent à surveiller l'évolution de la transmission de la mère-enfant du VIH/SIDA.

9.1.2 Prise en charge des personnes malades du VIH/SIDA

La prise en charge s'effectue à différents niveaux : i-) La prise en charge psychosociale, ii-) la Prise en charge médicale, iii-) et la Prise en charge des orphelins du SIDA

9.1.2.1 La prise en charge psychosociale

Les initiatives en matière de prise en charge psychosociale s'articulent autour de la formation ; de l'élaboration des guides sur le counselling et l'appui conseil des centres en matière de sensibilisation des Personnes Vivantes avec le VIH/SIDA (PVVIH).

Le rapport du CNLS de 2005 indique l'appui psychosocial apporté à 35 personnes vivantes avec le VIH/SIDA, la formation de 108 Pères Educateurs (PE) en communication sociale ainsi que la formation des formateurs en matière de prise en charge psychosociale.

Le sentiment d'être condamnés à la mort et rejeté par la société constitue des sérieux problèmes psychosociaux au niveau des personnes atteintes du VIH/SIDA. Les appuis conseils apportés contribuent à redonner l'espoir aux personnes atteintes du VIH/SIDA et à restaurer leur image. Malgré les appuis apportés, les personnes vivantes avec le VIH/SIDA ont en général perdu tout espoir de retrouver une vie normale et une place sociale au sein de leurs communautés.

9.1.2.2 La Prise en charge médicale

Les prises en charges sont réalisées dans les deux (2) Hôpitaux nationaux, les huit (8) régions administratives et le CMC de Matam. Elles portent essentiellement sur l'achat des équipements/réactifs/médicaments, la formation des agents, la fourniture de sang dans les structures de prise en charge et la construction de centre de traitement ambulatoire.

Le rapport du CNLS de 2005 indique que 1295 PVVIH/SIDA) sont sous traitement ARV (gratuit) des malades de toutes sources confondues dans les 9 districts sanitaires et la formation de 140 agents de santé en prise en charge des PVVIH/SIDA. La prise en charge contribue à atténuer les souffrances des PVVIH/SIDA et à diminuer leurs charges financières. Le respect des mesures exigées et le traitement par les personnes touchées par le VIH/SIDA favorisent le prolongement de leur durée de vie.

9.1.2.3 La Prise en charge des orphelins du SIDA

La prise en charge des orphelins se fait à travers l'achat des tenues scolaires, des tables bancs et du matériel didactique. Au total, 7800 orphelins du SIDA sont pris en charge dont 6.722 garçons et 1.078 filles. Voir tableau ci-dessous.

Tableau no 32 : prise en charge des orphelins du SIDA

Niveaux	Nombre de garçon	Nombre de Filles	Total
Local	2.024	763	2.787
Sectoriel	4.698	315	5.013
TOTAUX	6722	1078	7800

Source : Rapport CNLS 2005

Les coûts très élevés des frais de scolarisation limitent très souvent l'augmentation du taux brute de scolarisation (TBS) au niveau des familles dont les revenus sont assez faibles. Cette prise en charge contribue à rehausser le TBS et donner la chance à cette clientèle d'espérer des lendemains meilleurs.

Globalement on note une faible prise en charge des personnes touchées par le VIH/SIDA au regard du nombre total de cas dépistés.

9.1.3 Programme d'Information d'Education et de Communication

Les cibles visées pour les formations concernent les agents de développement communautaires (ADC), les paires éducateurs, les tradi-praticiens, les cadres (ONG, Secteur Privé, Syndicats, Départements Ministériels, Institutions Républiques). Au total, 12 formations ont été réalisées en faveur de 4928 personnes dont 414 agents formateurs et 4514 animateurs. Les domaines de formations portent entre autres sur la gestion des programmes de Communication pour le Changement de Comportement et Education Sexuelle Informelle

(CCC/ESI), la mobilisation sociale, l'appui conseil et la gestion des projets. A cela s'ajoute les plaidoyers organisés auprès de l'Assemblée Nationale et du Ministère de l'Information.

Tableau no 33 : formations réalisées en matière d'IEC

Années	Nombre de formations réalisées	Nombre de personnes formées	Type d'acteur		Domaine de formation	Bénéficiaires
			Formateurs	Animateurs		
2003	3	4300	210	4090	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des programmes • CCC/ESI • Communication sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • CRD • CU • ONG • Secteur privé
2004	5	431	38	393	<ul style="list-style-type: none"> • P.E.C/IST • PEC PVVIH • Mobilisation sociale • Appui social • Counselling 	<ul style="list-style-type: none"> • Tradipraticien • Syndicat • Ministère • Institutions républicaines
2005	4	197	166	31	<ul style="list-style-type: none"> • PTME • Gestion des projets • DPC • Suivi-évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Agents des services de santé • Formateurs • ONG

Source : Rapport du CNLS de 2005

La capacitation des agents des différents acteurs impliqués dans lutte contre le VIH/SIDA élève le niveau de compétence et renforce l'expertise des bénéficiaires. Les stratégies de sensibilisations deviennent de plus en plus affinées, les plaidoyers réalisés contribuent à renforcer l'engagement politique des différents décideurs et la mobilisation sociale.

9.2 Les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

La stratégie de mise en œuvre des initiatives en faveur des Mutilations Génitales Fémines est basée sur les approches suivantes, à savoir : i-) l'écoute et le dialogue ; ii-) la reconversion des exiseuses et iii-) le programme d'information, éducation et de comminution.

9.2.1 Approche écoute et dialogue

Les activités ont porté sur l'identification et la formation des filles non exisées, l'organisation des journées de réflexion sur les MGF, la constitution des groupes de parole par sexe, l'organisation de dialogue de génération et la mise en place des camps d'initiation sans exision.

Au total 9.477 de personnes ont été touchées dont 1.206 hommes contre 7.133 femmes, 196 jeunes garçons contre 942 filles. 345 familles dont 187 d'hommes et 158 de femmes veulent abandonner cette pratique. 2.710 groupes de parole ont été constitués. 469 de filles ne sont pas exisées.

Tableau no 34 : personnes touchées

Nombre de personnes touchées				Total	Nombre de famille		Total	Groupe parole	Nbres de FNE
Hommes	Femmes	Garçon	Fille		Hommes	Femmes			
1.206	7.133	196	942	9.477	187	158	345	2.710	469

Source : Rapport Bilan MGF/GTZ.

L'approche écoute et de dialogue a contribué à élever le niveau de connaissance des femmes sur les méfaits néfastes des MGF et à réduire les tabous observés sur cette pratique. L'interprétation du coran et de la bible par les religieux a permis de lever la voile sur le fondement réel de cette pratique qui n'est exigée par aucune des deux religions. Les us et coutumes ont été les leitmotifs de la poursuite de cette activité ainsi que les retombées économiques observées en faveur des femmes exiseuses. Malgré les efforts réalisés, on observe une très forte reticence relative à l'interdiction de cette pratique dans certaines zones et auprès de certains groupes religieux.

9.2.2 Approche reconversion des exiseuses

La stratégie de reconversion menée porte sur la sensibilisation et l'appui à la mise en œuvre des activités génératrices de revenu (AGR). A cela s'ajoute l'équipement des clubs d'écoutes.

L'initiation des AGR en faveur des femmes exiseuses visait à aider celles-ci à trouver d'autres sources de revenus en vue de combler les manques à gagner enregistrés par l'abandon de leurs couteaux. Elle devrait être suffisamment accompagnée d'une conscientisation de celles-ci en s'appuyant sur les méfaits néfastes de cette pratique et le fait qu'aucune des deux religions n'exigent les MGF. Sous l'éphorie, les couteaux ont été déposés à certains endroits notamment à Kouroussa, Kérouné, Pita, Mamou, Dalaba, Fria, kissidougou et Conakry en retour d'un soutien pour financer les AGR des ex femmes exiseuses. Le soutien aux AGR a enregistré des résultats positifs dans certaines localités, tandis que dans d'autres, ils sont mitigés. On note également une reprise des couteaux par certaines exiseuses à certains endroits. Trois raisons essentielles pourraient expliquer cette reprise. Il s'agit du non respect des engagements du CPTAF relatif au soutien financier des AGR de celles-ci notamment à Mamou, les échecs enregistrés dans la mise en œuvre des initiatives des ex exiseuses et à leur manque d'adhésion. On observe généralement que les équipements (Télévision, magnéto, groupes, etc) sont très souvent utilisés par les premiers responsables à leur fin personnel.

9.2.3 Programme d'information éducation et de comminucation

Les activités réalisées ont porté essentiellement sur les formations des animateurs des mères accompagnatrices et des "semas". Plusieurs cibles étaient visées par les formations ; Il s'agit entre autres : **i-**) de l'Association des femmes ; **ii-**) des filles des ateliers de couture et de

coiffure ; **iii-**) des leaders religieux (Homme/ femme) ; **iv-**) des autorités politiques, administratives et élus locaux ; **v-**) des exiseuses modernes (matrones) et traditionnelles ; et **vi**) des accoucheuses villageoises (AV).

A ce jour, on a enregistré la formation de 240 filles non exisées relative à la communication sociale, au rôle et fonctionnement des pairs éducatuers, de 18 mères accompagnatrices, et de 98 animateurs. A cela s'ajoute le renforcement de la capacité institutionnelle de 5 ONG évoluant sur le terrain.

Les principales activités réalisées de 2002 à 2005.

Tableau no 35 : activités réalisées

Années	Activités	Lieux	Source de financement
2002	Campagnes de sensibilisation et séminaires de formation Création des boutiques villageoises ; Don de matériels audio-visuels	National Préfectoral Sous-Préfectoral Village	A.C.D.I Banque mondiale C4C et FNUAP
2003	Campagnes de sensibilisation Dépôt de couteaux par les exciseuses	Conakry, Mamou, Dalaba, Pita, Kissidougou, Fria	A.C.D.I
2004	Production des matériels I.E.C, Elaboration des textes d'application de la loi contre les MGF	Conakry	U.S.A.I.D
2005	Formation des comités des leaders religieux, des jeunes, des parajuristes au niveau national	Conakry et les 4 régions naturelles	U.S.A.I.D

On note que l'exision est pratiquée dans toutes les régions de la Guinée sans distinction d'éthnie ou de religion suivant ces classes d'âge : i-) Basse Guinée 12 ans ; ii-) Moyenne Guinée 8 ans ; iii-) Haute Guinée 13 ans et iv-) Guinée Forestière 15 ans. Malgré les multiples activités menées sur le terrain, on note que ce fléau est loin d'être éradiqué sur le territoire national. Certains leaders religieux et chefs traditionnels constituent un goulot d'étranglement à travers leur double langage. D'où la nécessité de renforcer les trois approches et mobiliser l'Etat et les partenaires au développement pour soutenir les AGR des exciseuses. Les lois L 2000 / 010 du 10 Juillet portant sur la santé de la reproduction et L 2005 portant sur l'interdiction de la pratique des MGF devraient faire l'objet d'une application effective.

Après avoir traité la lutte contre le VIH/SIDA, nous présenterons les luttes contre les carences nutritionnelles.

10. Lutte contre les carences nutritionnelles

10.1 Problématique

Les dernières enquêtes (EDS 1999, QUIBB 2003, EDS 2005) révèlent des indicateurs nutritionnels de la Guinée qui sont préoccupants :

Pour la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence oscille entre 9 et 11,2%, avec une tendance à la hausse au cours de ces dernières années ; pour la malnutrition chronique : les prévalences se situent entre 26% et 35%, avec une recrudescence dans les zones rurales et pendant ces dernières années ;

Environ 11% des naissances sont de faibles poids (inférieur à 2500g). De ce fait, ces enfants sont susceptibles de mourir au cours de leur premier mois de vie (avec une probabilité 2 fois supérieures à celle des enfants de poids normal) ;

par rapport à l'allaitement maternel, à peine les indicateurs de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, sont passés de 9 à 11% entre 1992 et 2005.

De même, les informations sur les carences en micronutriments (Fer, Iode et VitA) sont loin d'être élogieuses :

L'anémie (ENAGUI 2000), éprouve 63% des femmes enceintes, 50% des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie et 79% des enfants d'âge préscolaire. Cette situation n'a pas connue d'amélioration sensible, vu les investigations de EDS 2005;

Les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI), demeurent encore un problème de santé publique quoique, d'une prévalence nationale de 63,6% en 1992, ils soient passés à 28% en 2003.

A propos des maladies nutritionnelles émergentes (malnutrition et VIH/SIDA, maladies de surcharge ou métaboliques) quoiqu'il n'y ait encore que des présomptions et/ou des études parcellaires, ces dernières commencent de focaliser plus d'une attentions. Elles ne sont encore pris en charge qu'au cas par cas et font l'objet de peu de dispositions préventives.

10.2 BILAN DES REALISATIONS

10.2.1 Appui à la Sécurité alimentaire au niveau des ménages

Plusieurs actions et programmes ont été entrepris pour assurer la sécurité alimentaire des ménages : élaboration et mise en œuvre de : la lettre de politique de développement Agricole (LPDA), du document de Politique de Nutrition, mise en place de dispositions pour le suivi des engagements pris lors de sommets mondiaux. Toutefois, les résultats obtenus dans ce domaine sont encore en deçà de ceux escomptés. On retiendra : une agriculture fortement traditionnelle et orientée vers l'autosubsistance ; le manque de coordination et/ou de complémentarité et de cohérence des interventions.

10.2.2 Dans le cadre des Interventions nutritionnelles à base communautaire

Toutes les interventions menées avec la participation active de la communauté, poursuivent une stratégie plus ou moins commune avec la mise en place ou la dynamisation des structures communautaires que sont : le Système d'Information à Assise Communautaire (SIAC), les Services à base Communautaire (SBC), les Comités Villageois de Développement (CVD), les Comité Villageois de Santé (CVDS).

Il apparaît entre autres avantages que cette approche a induit dans les communautés qui l'ont connue, des pratiques favorables à la préservation du bon état nutritionnel et de santé chez les enfants de moins de 3 ans, les femmes enceintes et celles qui allaitent.

10.2.3 Dans le cadre de la Promotion de l'allaitement maternel et de l'éducation nutritionnelle

La promotion de l'allaitement maternel fait aussi partie intégrante de toutes les activités au niveau communautaire y compris le Projet de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). A l'instar des autres pays, la Guinée célèbre chaque année, la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM). Une dizaine « d'Hôpitaux Amis des Bébé », plus de 70 clubs de soutien à l'allaitement maternel et plus de 20 « Communautés Amis des Bébé » ont été mis en place avec l'appui des partenaires.

4.4. Du Suivi de la croissance des enfants de 0 à 59 mois

Dans les formations sanitaires de base (Centres et postes de Santé), le suivi de la croissance des enfants de 0 à 59 mois se fait à travers des pesées mensuelles. Cette pratique n'est malheureusement pas monitorée dans le cadre des activités des structures sanitaires.

10.2.4 De la récupération nutritionnelle des enfants malnutris

Par rapport à la récupération nutritionnelle, des centres de nutrition thérapeutique (CNT) ont mis en place, au niveau de 10 hôpitaux régionaux et préfectoraux pour la récupération des enfants malnutris sévères. Ces centres sont cependant en nombre insuffisant et la plupart d'entre eux sont confrontés à un problème de personnel et de matériel de récupération.

L'initiative de la récupération nutritionnelle au niveau communautaire à travers le Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle pour les enfants (sites FARN) et ceux pour les femmes en grossesse (FARN-G) sont en voie d'améliorer l'état nutritionnel des populations cibles dans les communautés qui les abritent.

10.2.5 Dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments

Le résultat le plus marquant est la réduction considérable du taux de prévalence des TDCI et l'augmentation de la disponibilité du sel iodé au niveau des ménages.

La supplémentation préventive en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, est assurée deux fois par an, en campagne de masse au niveau national. Aussi, une distribution de routine à travers les formations sanitaires et la supplémentation en post-partum immédiat sont en voie de se mettre en route. Le taux de couverture de la distribution préventive à travers les campagnes de masse est entre 80% et 100%. Les projets communautaires participent aussi dans la distribution de la vitamine A avec 80% de couverture dans certaines zones d'interventions des partenaires.

La supplémentation en FAF couvre environ 60% des femmes enceintes (ENCCOFAC).

Un programme de fortification de la farine de blé en fer, Vitamine B1, B2 et PP a été lancé aux Grands Moulins de Guinées.

10.2.6 La nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les ONGs et institutions qui s'occupent de cette prise en charge des personnes vivant avec le VIH, collaborent avec le PNLS et le PAM et apportent une assistance alimentaire.

10.2.7 Les Urgences nutritionnelles

En vue de faire face aux différents risques et catastrophes naturels (inondations, sécheresses, invasion acridienne, agression...) auxquels le pays est ou peut être confronté,

Le service national d'assistance humanitaire (SENAH) du Ministère de l'Intérieur, a élaboré une Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC).

10.2.8 Le Système de Coordination de gestion

Une structure de coordination multisectorielle de la Nutrition est mise en place depuis la tenue de la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) en 1992. Cette structure formelle (le Comité National de Nutrition), est domiciliée au Ministère de la Santé Publique et regroupe des représentants des départements ministériels concernés par la résolution des problèmes nutritionnels. Elle est décentralisée à l'image de l'administration centrale. Malheureusement, cette structure, surtout à ses niveaux de base, est très peu fonctionnelle. Au sein du Ministère de la Santé Publique, la Section Alimentation – Nutrition (SAN) et l'Institut de Nutrition et de Santé de l'enfant (INSE), sont les structures opérationnelles.

Après examen des différents domaines d'investigation, nous traiterons les opportunités, les défis, les forces, les faiblesses, les constats et recommandations, les leçons tirées et conclusions.

11. Opportunités

Il existe une forte volonté politique du Gouvernement pour améliorer la santé de la population. Elle se traduit par l'inscription de la santé parmi les secteurs prioritaires de la politique nationale de développement.

La superposition de l'organisation du système de soins avec le découpage administratif est favorable à la décentralisation et à une meilleure intégration de la santé dans le processus de développement local.

La décentralisation de l'administration territoriale contribue à accélérer celle du secteur de la santé et à créer un contexte favorable aux actions intersectorielles au niveau périphérique.

Le pays dispose d'un nombre important de cadres formés en santé publique ou en administration des services de santé capables de piloter les réformes dans le secteur.

Le programme de remise de la dette permet de mobiliser des ressources financières additionnelles pour le secteur de la santé.

Le marché de l'emploi dispose d'une main d'œuvre importante pour satisfaire les besoins en personnel dans les établissements de soins en général et dans les centres et postes de santé en particulier.

12. Défis

Le système public d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments est encore fragile. Les ruptures de stock dans les structures de soins publiques et d'approvisionnement sont fréquentes et prolongées.

Dans le secteur privé, les prix des produits pharmaceutiques de spécialités restent encore trop élevés par rapport à la bourse du guinéen moyen et à l'absence de mécanismes de solidarité.

Le secteur informel de vente de médicaments se développe de façon incontrôlée dans des conditions déplorable.

Il est pratiqué un système de recouvrement des coûts uniforme pour l'ensemble des régions sans prendre en compte les disparités économiques spécifiques de chaque zone.

La «sur tarification» illicite est fréquente et contribue à réduire le niveau d'utilisation des services et rendre le pauvre plus pauvre encore.

Les indicateurs se rapportant aux problèmes de santé restent encore préoccupants après plus d'une décennie de la réforme du système de santé en Guinée. Ce qui justifie leur prise en compte dans la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) ;

Des catégories importantes de professionnels de santé sont en voie de disparition dans les effectifs du MSP : sages femmes, techniciens de santé publique, préparateurs en pharmacie, techniciens de radio, aides de santé.

13. Forces et Faiblesses

13.1 Forces

- Existence au niveau politique d'une Politique Nationale du secteur de la Santé et d'instruments de mise en œuvre de ladite politique (PNDS et PQNDS)
- Existence des Politiques au niveau des Directions Nationales
- Existence d'infrastructures aux différents niveaux de structures de soins
- Mise en place d'organes consultatifs de gestion des structures de soins

- Disponibilité du personnel dans la majeure partie des structures de soins
- Disponibilité relative des médicaments essentiels dans les structures de soins
- Elaboration et mise en place d'une stratégie de promotion de santé à travers les Mutuelles
- Mise en place des Fonds d'indigences pour prendre en charges les plus pauvres.
- Elaboration des réformes institutionnelles qui touchent l'ensemble du secteur
- Eradication de certaines maladies prioritaires
- Taux de couverture vaccinale très élevé
- Mise en place d'un dispositif de suivi évaluation adapté aux besoins du système
- Couverture géographique et sectorielle de l'essentiel des populations en matière de sensibilisation sur le VIH/SIDA
- Forte médiatisation de la lutte contre VIH/SIDA
- Installation des CCDV dans toutes régions administratives pour le dépistage
- Forte diminution du prix des AVR et prise en charge gratuit à Mamou
- Implication des décideurs et leaders à la lutte contre le VIH/SIDA
- Elaboration et adoption de document de politique nutritionnelle
- Distribution Nationale de 2 tours de la Vitamine A par an aux enfants de 6 à 59 mois.

13.2 Faiblesses

- Diminution des subventions accordées au MSP
- Retard de décaissement des fonds alloués
- Déperdition des fonds alloués aux structures déconcentrées
- Projets et programmes mal intégrés
- Faible couverture des Districts en Poste de Santé
- Paquet minimum ne couvre pas l'ensemble des maladies rencontrées
- Sous équipements de certaines structures
- Ruptures récurrentes de Médicaments Essentiels, de Vaccins et Consommables
- Faible couverture des zones enclavées en ME
- Prix très élevés des ME
- Surtarification des services de santé
- Mauvaise distribution du personnel existant
- Faible motivation des agents de rejoindre les zones de poche de pauvreté
- Absence de plan de carrière
- Manque de mécanisme approprié de gestion des Fonds d'indigences
- Faible appropriation des agents de santé de l'esprit des mutuelles et des organes consultatifs de gestion des structures de soins
- Dysfonctionnement du système de gestion du secteur

- Faible volonté politique liée à la mise en œuvre des réformes initiées notamment en décentralisation et déconcentration
- Manque de médicaments et vaccins pour lutter contre certaines maladies prioritaires
- Faible prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA
- Fiable sensibilisation et éducation sur les aliments nutritionnels
- Insuffisance de l'enseignement de la Nutrition dans les écoles et institution d'enseignement supérieur et professionnel.
- Fiable soutien politique apporté à la lutte contre les carences nutritionnelles
- Absence de structure au niveau déconcentré
- Non application des textes législatifs
- Faible implication des autres acteurs

14. Constats et Recommandations

Constat 1 lié au processus d'élaboration du DSRP

Le processus d'élaboration du DSRP Guinéen a été qualifié de très participatif eu égard à la diversité des acteurs impliqués à son élaboration ainsi que sa validation. Ce pendant, les investigations de terrain menées auprès de nos différents informants clés laissent apparaître une connaissance assez mitigée non seulement du processus d'élaboration et de validation du DSRP 1, mais aussi et surtout de son contenu. Les cadres des départements sectoriels et les représentants des autres acteurs (OSC, SP et Elus locaux) n'ont pas développé une stratégie de restitution adaptée visant à favoriser l'appropriation du DSRP 1 au niveau de leurs structures de bases.

Constat 2 lié au contenu du DSRP

Il existe une réelle cohérence entre le DSRP et les documents de Politique du MSP ainsi que les documents de mise en œuvre. Ce pendant le volet nutrition, lutte contre les MGF, l'hygiène et la toxicomanie ne sont pas prises en compte dans le DSRP 1.

Constat 3 lié à l'amélioration des services de soins de qualité

La mise en œuvre des interventions des différents intervenant a permis d'enregistrer des progrès notable dans le cadre de l'amélioration des services de soins de qualité. Ce pendant, des multiples efforts restent à faire en matière l'accessibilité géographique, de couverture des structures de soins en personnel suffisant, compétent et motivé ainsi que la disponibilité des médicaments essentiels à des prix raisonnables.

Constat 4 lié à l'accessibilité financière

Les différents paquets d'appuis accordés au MSP considéré secteur prioritaire en terme de financement (subventions, fonds d'indigences et fonds PPTTE), de promotion de la santé, de l'implication des communautés à la gestion des structures de soins ont contribué significativement à réduire le faible niveau d'accessibilité des populations au soins. Cependant, on note la persistance récurrente des écarts entre les coûts de prestations et les tarifs officiels, la diminution des subventions, la mauvaise gestion des fonds d'indigences, la contre performance des mutuelles de santé ainsi que les organes de gestion des structures de soins.

Constat 5 lié au renforcement institutionnel et de gestion

Le dysfonctionnement du MSP a suscité l'engagement du département à initier des réformes en vue de lui permettre de répondre à la vision de sa nouvelle mission orientée vers la satisfaction de ses clients. Cependant le département ne fonctionne pas comme un système dont les éléments dudit système sont inter liés.

Constat 6 lié à la mise en œuvre des PAO relative à la lutte contre le VIH/SIDA

L'utilisation des approches (locale et sectorielle) en matière de prévention du VIH/SIDA permettent de couvrir de toucher une plus grande masse de population dans le cadre de la sensibilisation. Cependant, les services techniques de la Santé ne sont pas associés à la réalisation des PAO élaborés. Les visites de terrain ont permis de constater que la plupart des usagers des structures de soins sont informés sur le VIH/SIDA à travers la Radios et n'ont pas à travers les sensibilisations réalisées par les PAO. D'où la nécessité de questionner la pertinence de l'approche et les gardes fous pris dans le cadre de l'atteinte des résultats.

Constat 7 lié à l'amélioration de la performance du PEV SSP et de la PCG

Le PEV/SSP considéré au début comme le modèle dans la sous région ouest africaine est de nos jours entrain de prendre du recul d'année en année. La mission assignée à la PCG en terme de fourniture de ME est loin d'atteindre ses objectifs.

Constat 8 lié à la coordination et la mise en place d'un mécanisme de suivi des interventions

Les interventions au niveau du MSP ne sont pas coordonnées et il n'existe pas de mécanisme de suivi de toutes interventions de façon à suivre l'évolution relative à l'atteinte des buts et indicateurs au niveau de chaque objectif.

Recommandation 1 liées au processus d'élaboration de dissémination du DSRP 2

Le Secrétariat Permanent de la SRP aurait à gagner en renforçant le mécanisme d'implication des différents acteurs pendant la phase d'élaboration et mettre en place un dispositif de dissémination adapté. Au niveau sectoriel, il serait souhaitable d'organiser des comités de travail dans le cadre de la formulation du DSRP 2 sur la base des TDR bien élaborés qui regrouperaient les principaux cadres des structures du département à tous les niveaux. Ce mécanisme devrait favoriser l'internalisation du DSRP 2. Le dispositif de dissémination devrait également intégrer la distribution à grande échelle du DSRP 2 à tous les niveaux. Les médias devraient être suffisamment mis à profit pour accompagner tout le processus en accordant des temps d'antenne à la Radio et Télévision Nationale ainsi que les Radios Rurales et Communautaires. Des fascicules devraient être élaborés dans les principales langues nationales en faveur des communautés à la base. Le Secteur Privé et les Organisations de la Société Civile devraient bénéficier de la même démarche que les sectoriels.

Recommandation 2 liée au contenu du DSRP 2

Compte tenu de l'importance de la nutrition et de la lutte contre les MGF dans le cadre de l'amélioration de la Santé des populations, le DSRP 2 devrait envisager des actions spécifiques en leur faveur avec des indicateurs et buts très précis. L'élaboration de ses actions devrait prendre en compte les besoins spécifiques des zones d'intervention au cas par cas en privilégiant la valorisation des atouts et opportunités pour lever les contraintes existantes. Le DSRP 2 devrait également intégrer les dimensions relative à l'hygiène et à la

toxicomanie dans la formulation eu égard aux problèmes de santé qu'elles posent aux populations.

Recommandation 3 liée à l'amélioration des services de soins de qualité

Le DSRP 2 devrait s'atteler à quantifier les infrastructures et équipements nécessaires la couverture effective des communautés sur la base des critères et normes d'implantation retenus, à améliorer les stratégies liées à la fourniture et l'utilisation rationnelle des ME et la couverture des structures de soins conformément aux normes relatives au paquet minimum d'activités. La priorité devrait être axée en terme de construction et d'équipement au niveau communautaire (PS et CSR ou CSA) en vue de rapprocher davantage les services aux usagers. Le mode de gestion des structures du PEV et de la PCG devrait être amélioré en terme d'autonomie technique et financière sous forme d'agence dotée des ressources importantes afin de les permettre de réaliser leur mandat. Le système de gestion du MSP devrait être suffisamment amélioré pour tenir compte des exigences liées à l'amélioration de la qualité des soins de qualité.

Recommandation 4 liée à l'accessibilité financière

L'inscription du Département de la Santé comme secteur prioritaire devrait logiquement contribuer à accroître la part de subvention de l'Etat audit département. Le DSRP 2 devrait renforcer ses capacités de négociation auprès de l'Etat et les partenaires dans le cadre de l'accroissement de la mobilisation du financement du secteur de la Santé à travers les subventions et les fonds PPTTE. Le DSRP 2 devrait envisager le financement direct des fonds d'indigences à travers la mise en place des organes consultatifs dotés de compétences techniques et managériales ainsi de Négociation en vue de la facilitation de l'accès des pauvres aux soins de qualité et la l'amélioration des services rendus par les agents des structures de soins. Le MSP aurait à gagner en améliorant la qualité de collaboration entre ses agents et les mutuelles de santé. Le MSP et partenaires devraient également encourager le soutien aux mutuelles de santé en matière d'acquisition d'infrastructures et du personnel de santé afin de réduire le maximum possible le mauvais traitement des cas de malades référés par les mutuelles. Le DSRP 2 devrait prévoir un mécanisme de soutien direct aux structures qui interviennent dans le domaine des Mutuelles de Santé en veillant la couverture progressive de toutes les collectivités locales (CRD et CU) en ayant pour objectif final la mise en place d'un Réseau des Mutualistes fonctionnel structuré de la base au sommet.

Recommandation 5 liée au renforcement institutionnel et de gestion

Le MSP devrait prendre des mesures effectives d'application liées au renforcement institutionnel et de gestion dans tous les domaines. La Décentralisation et la déconcentration de la gestion des fonds devraient contribuer à mieux répondre aux besoins des usagers. Le MSP devrait également renforcer son dispositif de planification en favorisant effectivement la mise à disposition de l'ensemble des ressources aux structures déconcentrées (DRS et DPS) qui devraient prendre en compte les hôpitaux, les CMC, les CSU, les CSA, les CSR et les PS.

Recommandation 6 liée la mise en œuvre des PAO relative à la lutte contre le VIH/SIDA

Le CNLS devrait envisager une meilleure collaboration entre les ONG et les points focaux sectoriels en charge de la mise en œuvre des PAO et les agents des structures de soins pour s'assurer de la pertinence des thèmes débattus, de la capacité des animateurs/formateurs à porter lesdits thèmes et s'assurer que les activités ont effectivement réalisées sur la base des normes et procédures. Le CNLS devrait questionner les stratégies et évaluer l'impact lié à la mise en œuvre des PAO.

Recommandation 7 liée à l'amélioration de la performance du PEV SSP et de la PCG

Dans le cadre de l'atteinte des OMD, l'Etat devrait envisager des réformes administratives visant l'amélioration des performances ses structures. Le MSP devrait proposer la transformation du PEV/SSP et la PCG comme agence autonome dotée de mandats et de moyens nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs. Les Agences devrait rendre compte directement de leurs résultats à la fois à l'Assemblée Nationale, à la Primature et au Département de la Santé. L'accès aux postes devrait être basé la compétition ouverte au secteur privé avec des contrats de performances renouvelable en fonction des résultats. Un système participatif d'évaluation annuelle des performances devrait être testé et mise en place.

Recommandation 8 liée à la coordination et la mise en place d'un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des buts et indicateurs

Le MSP aurait à gagner en mettant en place un dispositif de coordination et de suivi des interventions visant à favoriser la synergie et la collecte des données fiables et actualisées sur l'état d'avancement en terme d'atteinte des buts et indicateurs poursuivis au niveau de chaque objectif.

16. Les leçons tirées de l'évaluation

- L'Etat à travers le DSRP s'est doté d'un cadre référentiel d'intervention qui décline les objectifs, les stratégies et les indicateurs et buts devant être atteints qui sont en cohérence avec la Politique Sanitaire du MSP.
- La mise en œuvre des Politiques sectorielles n'a pas permis d'atténuer l'Etat de pauvreté des guinéen dont le niveau de précarité augmente de jour le jour. Les populations qui vivent dans les poches semblent être résignées à leur triste sort.
- Les coûts relatifs aux soins sont inaccessibles aux Guinéens en général et aux plus pauvres en particulier.
- Les services de santé rendus aux citoyens ne sont pas de qualité.
- Les Postes de Santé considérés prioritaires en matière de construction d'infrastructures sanitaires ont très peu bénéficié de réalisation.
- Les Maladies prioritaires ont manqué de Médicaments essentiels et de vaccins tout au long de la mise en œuvre de la première phase du DSRP.
- La déontologie et l'éthique du corps médical ne sont pas respectées par l'essentiel du personnel. L'intérêt personnel prime souvent sur l'éthique et la déontologie.
- La promotion préconisée par le Département du MSP en matière des mutuelles de santé et la mise en place des organes consultatifs fonctionnels auprès des différents niveaux de structures de soins ne cadre pas aux préoccupations du personnel dudit département.

Conclusions

L'Etat à travers le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) s'est doté d'un cadre d'intervention référentielle en accord avec l'ensemble des acteurs (SP, OSC, CL et Partenaires Technique et Financiers) sur les principaux axes d'intervention qui sous tendent la mise en œuvre de sa Politique en matière de Développement Socio-économique.

L'approche d'élaboration du DSRP s'est appuyée sur une démarche inclusive et itérative qui a bénéficié de l'appui technique et financier des partenaires au développement de la Guinée.

La mise en œuvre de la première phase du DSRP a enregistré quelques résultats et des difficultés liées à l'atteinte des objectifs. L'Etat s'est très peu doté des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs qu'il s'est assigné pendant la mise en œuvre de la première phase du DSRP. Les subventions ont diminué, l'accessibilité géographique et financière n'est assurée pas à tous les citoyens conformément aux normes, aux critères et au paquet minimum d'activité par niveau de structure. Le personnel n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble des structures de soins, est très peu compétents motivés à certains égards. Le Département ne s'est doté partiellement d'un système incitatif à la performance sans pour autant se soucier de son application. Les normes, les critères, le paquet minimum d'activité par niveau de structure, les procédures de gestion administrative et financière, la décentralisation et déconcentration sont élaborés mais non appliqués selon les règles de l'art. Il s'est pas doté d'un plan de carrière et ni favoriser l'adoption du statut particulier des agents de santé. Les médicaments essentiels ; vaccins et consommables liés à la lutte contre les maladies prioritaires ont connu des ruptures prolongées durant plusieurs années. Ils ne couvrent pas tout le pays et les prix sont très élevés. Le système de gestion souffre d'un dysfonctionnement dû au manque d'application des mesures préconisées dans le cadre de l'axe renforcement institutionnel et de gestion. On note évolution très positive dans l'éradication certaines maladies prioritaires et des efforts restent à fournir relatif à la disponibilité des médicaments et vaccins liés à la lutte contre lesdites maladies. Les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA contribuent largement la conscientisation des populations sur ce fléau et des progrès significatifs sont obtenus tant sur le plan de dépistage et de la prise en charge. La volonté politique affirmée pour soutenir la nutrition ne s'est pas traduite par des actions concrètes et des efforts restent à fournir pour promouvoir la nutrition.

Les différents appuis attendus de l'Etat auprès de ses partenaires n'ont pas été honorés à cause des déficits enregistrés dans le cadre de la gouvernance économique et politique. Cependant, le pays vient d'amorcer un tournant décisif dans l'amélioration des relations avec ses partenaires et laisse présager une reprise des financements attendus. L'alignement de l'élaboration du DSRP aux OMD et l'organisation du plaidoyer prévu en fin de l'année devrait permettre à l'Etat de bénéficier des concours financiers très importants devant servir la mise en œuvre du DSRP 2 couplé à l'atteinte des OMD. L'Etat devrait renforcer sa volonté politique à mise en œuvre de l'axe gouvernance et renforcement des capacités humaines et institutionnelles afin de favoriser l'accélération de la croissance et la réalisation des services sociaux de base en faveur des communautés.

Liste des références bibliographiques

- Annuaire des statistiques sanitaires 2004 – Ministère de la santé publique – section statistiques et informations sanitaires (SSEI).
- Document d'évaluation de projet en vue de l'octroi d'un crédit de 25 millions de dollars à la République de Guinée dans le cadre de l'appui au secteur santé – Document de la Banque mondiale – Rapport n°28046 – GUI – 31 mars 2005.
- Diagnostic de la Pauvreté (Guinée). 29 Juin 2005 de la Banque Mondiale
- Document de Politique Pharmaceutique Nationale du MSP
- Premier rapport de mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Avril 2004 du SR-SRP/MEF
- Deuxième rapport de mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté Novembre 2005 du SP-SRP/MEF.
- Enquête démographique santé - iii – résultats préliminaires – Ministère du plan – République de Guinée 2005
- Enquête démographique santé – Ministère du plan – République de Guinée 1992.
- Enquête démographique santé – Ministère du plan – République de Guinée 1999.
- Extraits d'informations statistiques de base données EPI INFO du SSEI.
- Extraits d'informations statistiques de base données EPI INFO du PEV/SSP/ME.
- Plan national de développement sanitaire 2003 – 2012 – Ministère de la Santé Publique – République de Guinée – Version août 2003.
- Politique nationale de santé – Secrétariat permanent PNDS – Ministère de la santé publique – République de Guinée – Août 2001.
- Rapport à la revue des soins de santé primaires 2004 – République de Guinée – Coordination nationale PEV/SSP/ME – Mai 2005.
- Rapport à la revue des soins de santé primaires 2005 – République de Guinée – Coordination nationale PEV/SSP/ME – Mars 2006.
- Rapport annuel d'activités des DRS pour les années 2004 et 2005.
- Rapport annuel de la DNEHS : annuaire 2003 et 2004 Hôpitaux Publics de Juin 2004 et Juin 2005
- Stratégie de réduction de la pauvreté – République de Guinée – 2002.

Annexes

Définition des différents niveaux de Structures de soins

Poste de santé, de la réalisation des activités de: i-) consultation primaire curative y compris les visites à domicile, ii-) consultation prénatale et les accouchements ; iii-) vaccination contre les maladies cibles du PEV ; iv-) planification familiale, v-) supervision des agents communautaires et ; v-) L'information l'éducation et la communication.

Centres de santé, de la réalisation des activités de : i-) consultation primaire curative y compris les visites à domicile ; ii-) consultation prénatale et les accouchements ; iii-) vaccination des maladies cibles du PEV ; iv-) planification familiale ; v-) supervision des postes de santé et des services à base communautaire ; vi-) L'information Education et la communication sur la prévention des différentes maladies prioritaires (infectieuses, paludisme, carence nutritionnelle...) ; vii-) prise en charge des maladies épidémiques et endémiques ; viii-) activités de laboratoire ; et ix-) services de santé scolaire.

Centre de santé amélioré, de la réalisation des activités de : i-) activités du niveau primaire d'un Centre de santé ; ii-) prise en charge des urgences chirurgicales et médicales ; et iii-) examens de laboratoire.

Hôpital préfectoral, de la réalisation des activités de consultation et d'hospitalisation de référence et des cas directs ne pouvant être pris en charge dans les centres de santé et centres de santé améliorés. Pour ce faire, il sera doté d'unités de médecine, de pédiatrie, de chirurgie, de gynécologie, d'obstétrique, d'odontostomatologie, d'urgences, de pharmacie, d'administration, de maintenance, de laboratoire, d'imagerie et de transfusion sanguine.

Hôpital régional, de la réalisation d'un paquet d'activités supérieur à celui de l'hôpital préfectoral comprenant en outre les unités de transfusion sanguine, de réanimation, d'O.R.L., de pneumologie, de traumatologie, d'ophtalmologie et de santé mentale. L'hôpital régional jouera le rôle de référence pour l'ensemble de la région administrative. Il assurera la formation continue des cadres y compris les médecins et sages femmes des maternités préfectorales et régionales sur les différentes composantes de la structure régionale

Hôpitaux nationaux, de la réalisation d'activités conformément à leurs spécificités

Hôpital Ignace Deen : pour les spécialités de cardiologie, de pédiatrie, d'urologie, de gynécologie, d'obstétrique, d'acupuncture, de rhumatologie, d'hématologie, de gastro-entérologie, de pneumologie, de chirurgie viscérale, de réanimation, de néonatalogie, d'imagerie conventionnelle.

Hôpital Donka : pour les spécialisés de dermatologie, d'O.R.L., d'ophtalmologie, de laboratoire, de néphrologie, d'endocrinologie, de scanographie, de pédiatrie, de récupération nutritionnelle, de santé mentale, de maladies infectieuses, de chirurgie plastique, de chirurgie pédiatrique, de néonatalogie, de pathologie et chirurgie dentaire et de neurochirurgie.

Tableau des dépenses d'investissements en construction/réhabilitation par niveau à l'horizon 2007

Types de structures/ niveaux	Coût unitaire	Montant en USD					
		Année I	Année II	Année III	Année IV	Année V	Total
1. Construction							
1.1 niveau central		560 000	9 910 000	7 000 000	-	-	17 470 000
Cellule de coordination	100 000	100 000					100 000

Hôpital national	7 000 000	-	7 000 000	7 000 000	-	-	14 000 000
INSP (labo national)	350 000	-	350 000	-	-	-	350 000
DPLM	500 000	-	500 000	-	-	-	500 000
CNTS	300 000	300 000	-	-	-	-	300 000
Centres de formations	260 000	260 000	260 000	-	-	-	520 000
Laboratoire national		-	500 000	-	-	-	500 000
CESFAR		-	500 000	-	-	-	500 000
Centre dépistage cancers		-	800 000	-	-	-	800 000
1.2 niveau régional		300 000	1 910 000	300 000	-	-	2 510 000
Hôpital régional	1 200 000	-	1 200 000	-	-	-	1 200 000
Direction régionale	110 000	-	110 000	-	-	-	110 000
Antenne régionale de transfusion sanguine	300 000	300 000	600 000	300 000	-	-	1 200 000
1.3 niveau préfectoral		7 775 000	7 300 000	6 525 000	6 525 000	8 280 000	36 405 000
Direction préfectorale santé	90 000	-	450 000	-	-	-	450 000
Hôpital préfectoral	800 000	3 200 000	2 400 000	2 400 000	2 400 000	3 200 000	13 600 000
Centre de santé amélioré	325 000	1 300 000	975 000	650 000	650 000	975 000	4 550 000
Centre de santé urbain	85 000	425 000	425 000	425 000	425 000	425 000	2 125 000
Centre de santé rural	70 000	350 000	350 000	350 000	350 000	630 000	2 030 000
Centre de santé à réhabiliter	40 000	1 000 000	1 080 000	1 080 000	1 080 000	1 280 000	5 520 000
Logement CCS	10 000	300 000	300 000	300 000	300 000	330 000	1 530 000
Poste de santé à construire	20 000	1 200 000	1 320 000	1 320 000	1 320 000	1 440 000	6 600 000
Sous total 1		8 635 000	19 120 000	13 825 000	6 525 000	8 280 000	56 385 000

Situation globale des effectifs du personnel au 31 Décembre 2004

Lieu	Hiérarchie A			Hiérarchie B						Hierar. C	Contractuels		Total
	Méd	Bioch	Pharm	S.F.	A.S	T.S. P	T.L	P. P	T.R	A.T.S	F/G salle	Matro ne	
Boffa	9	2	1	3	10	2	3	1	0	51	21	7	110
Boké	19	3	1	5	16	3	2	2	0	41	8	11	111
Fria	11	2	4	1	11	5	3	1	0	35	18	5	96
Gaoual	7	0	2	0	18	2	5	0	0	45	8	11	98
Koundara	6	1	1	1	15	1	3	1	0	22	12	6	69
Région Boké	52	8	9	10	70	13	16	5	0	194	67	40	484
Dabola	7	0	2	1	4	2	1		0	48	17	8	90
Dinguiraye	9	0	1	2	9	0	3	1	0	41	5	3	74
Faranah	15	2	1	5	14	2	1	0	0	68	27	20	155
Kissidougou	11	1	2	8	40	7	6	3	0	85	18	19	200
Région Faranah	42	3	6	16	67	11	11	4	0	242	67	50	519
Kankan	32	4	3	11	26	19	3	0	0	185	4	3	290
kérouané	8	1	1	2	9	2	0	1	0	45	3	0	72
Kouroussa	9	0	2	1	7	2	2	0	0	45	8	2	78
Mandiana	6	0	2	1	5	1	3	0	0	48	0	0	66
Siguiri	10	1	2	6	18	4	2	0	0	90	0	0	133
Région Kankan	65	6	10	21	65	28	10	1	0	413	15	5	639
Coyah	20	6	3	10	18		7	2	0	91	3	4	164
Dubrèka	20	3	3	6	21	2	3	0	0	95	1	0	154
Forécariah	17	2	2	4	18	3	6	1	0	80	11	5	149
Kindia	27	2	5	18	43	17	10	2	0	119	18	12	273
Télimélé	8	2	1	6	17	0	2	0	0	50	14	3	103
Région Kindia	92	15	14	44	117	22	28	5	0	435	47	24	843
Koubia	5	0	1	1	7	1	2	0	0	23	6	0	46
Labé	24	0	5	6	18	3	7	1	0	140	8	0	212
Lélouma	6	1		2	10	0	2	0	0	31	5	1	58
Mali	8	1	1	3	16	0	0	0	0	32	5	6	72
Tougué	6	2	1	2	13	0	1	0	0	44	5	0	74
Région Labé	49	4	8	14	64	4	12	1	0	270	29	7	462
Dalaba	8	4	3	2	12	3	5	0	0	49	3	5	94
Mamou	16	1	2	2	17	4	7	1	0	76	12	3	141
Pita	9	1	1	6	16	0	11	0	0	60	6	11	121
Région Mamou	33	6	6	10	45	7	23	1	0	185	21	19	356
Beyla	8	2	1	1	18	4	3	1	0	55	1	1	95
Gueckédou	15	2	2	19	44	14	4	2	0	71	2	0	175
Lola	6	1	2	1	31	1	4	0	0	52	6	1	105
Macenta	14	0	3	4	33	5	2	0	0	72	10	1	144
N'zérékoré	20	2	4	14	64	5	13	1	0	123	20	1	267
Yomou	6	1	2	1	16	0	2	0	0	46	3	1	78
Rég. N'zéré.	69	8	14	40	206	29	28	4	0	419	42	5	864
Hôpitaux Nationaux	214	26	27	44	185	4	42	15	0	121	91	1	770
Dixinn	19	1	4	12	37	7	5	3	0	20	2	1	111
Kaloum	18	7	4	18	43	12	11	4	0	36	5	4	162
Matam	23	0	6	17	33	7	8	1	0	44	7	7	153
Matoto	12	1	4	24	25	6	9	4	0	61	2	2	150
Ratoma	34	3	6	27	40	6	3	4	0	65	0	5	193
Ville de Conakry	320	38	51	142	363	42	78	31	0	347	107	20	1539
Pays	722	88	118	297	997	156	206	52	0	2505	395	170	5706

Source : Donnée issues de la gestion du personnel du Ministère de la Santé Publique

Source : Rapport Division des Ressources Humaines

Effectifs requis et besoins de recrutement du personnel par catégorie.

Catégorie professionnelle	En poste 2003	Départ retraite	Effectif 2007	Effectif requis	A recruter
Médecin	717	63	654	1 023	369
Sage-femme	467	167	300	558	258
Infirmier	1 077	163	914	1 800	886
Agent technique de santé	2 934	382	2 552	3 251	699
Médecin odonto-stomatologue	18	0	18	56	38
Technicien Odontologiste	63	4	59	102	43
Technicien de radiologie	13	1	12	48	36
Biologiste	82	10	72	82	10
Technicien de laboratoire	357	37	320	530	210
Technicien de santé publique	408	65	343	408	65
Pharmacien	152	6	146	172	26
Préparateur en pharmacie	124	23	101	124	23
Technicien de maintenance	15	2	13	84	71
Total	6427	923	5504	8238	2734

Source : Division Ressources Humaines

Tableau des besoins prioritaires par corps et régions administrative 2005 – 2006

Catégories socioprofessionnelles	Boké	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Zérék	Total
Médecins	18	18	27	11	25	9	24	132
Dentistes	1	-	-	-	-	2	-	3
Pharmaciens	-	2	6	1	-	1	3	13
Biologistes	-	-	4	-	-	10	2	16
Aides de Santé	41	31	57	23	48	31	40	271
Sages femmes	14	14	17	4	14	1	8	72
Agén Tech Santé	101	57	111	67	94	99	148	677
P/ Pharmacie	-	-	-	-	-	-	1	1
T. Labo	3	3	14	2	6	7	7	42
TSP	-	-	7	-	-	-	-	7
T Radio	-	-	-	1	-	-	-	1
T. Odontologie	1	-	1	1	2	1	2	8
Agents de maint	2	1	2	2	3	3	3	16
Total	181	126	246	112	192	164	238	1259

Source : Rapport Division Ressources Humaines 2005

Tableau relatif à l'Etat de ventilation des obligations de crédit pour préfectures de 2002 à 2005.

Préfectures	Montants ventilés au niveau Préfectoral de 2002 à 2005			
	2002	2003	2004	2005
Boké	72.200.000	69.395.000	33.140.000	25.395.000
Boffa	42.290.000	39.345.000	20.165.000	15.730.000
Fria	25.720.000	12.905.000	8.735.000	11.530.000
Gaoual	38.070.000	63.735.000	30.700.000	20.095.000
Koundara	27.910.000	22.175.000	12.755.000	12.955.000

Services régionaux	128.580.000	235.257.5000	15.500.000	11.220.000
Total région	334.770.000	442.812.500	120.995.000	96.925.000
Coyah	26.660.000	24.615.000	13.800.000	10.940.000
Dubrèka	36.870.000	34.175.000	17.935.000	14.280.000
Forécariah	51.930.000	48.435.000	24.085.000	18.530.000
Kindia	70.820.000	66.235.000	31.795.000	23.140.000
Téléélé	57.710.000	53.855.000	26.435.000	21.445.000
Services régionaux	154.140.000	228.840.000	15.500.000	11.220.000
Total région	398.130.000	456.155.000	129.550.000	99.555.000
Dalaba	37.930.000	31.015.000	16.560.000	16.310.000
Mamou	59.540.000	42.675.000	21.595.000	22.955.000
Pita	60.110.000	52.255.000	25.735.000	21.490.000
Services régionaux	106.590.000	167.545.000	15.500.000	11.220.000
Total région	264.170.000	293.490.000	79.390.000	71.975.000
Dabola	32.270.000	25.305.000	14.085.000	14.990.000
Diguiraye	37.970.000	28.875.000	15.635.000	15.225.000
Faranah	40.280.000	28.665.000	15.550.000	17.990.000
Kissidougou	52.940.000	35.205.000	18.370.000	21.850.000
Services régionaux	105.100.000	198.192.500	15.500.000	11.220.000
Total région	268.560.000	316.242.500	79.140.000	81.275.000
Mandiana	43.320.000	40.255.000	20.550.000	18.680.000
Kankan	65.290.000	40.455.000	20.630.000	25.090.000
Kouroussa	40.620.000	34.835.000	18.200.000	17.990.000
Kérouané	41.630.000	33.775.000	17.755.000	15.790.000
Siguiri	67.250.000	53.605.000	26.305.000	24.235.000
Services régionaux	165.130.000	228.840.000	15.500.000	11.220.000

Total région	423.240.000	431.765.000	118.940.000	113.005.000
Koubia	28.120.000	22.165.000	12.740.000	12.405.000
Labé	62.870.000	42.535.000	21.530.000	25.100.000
Lélouma	37.680.000	32.485.000	17.195.000	16.855.000
Mali	54.100.000	44.405.000	22.350.000	20.630.000
Tougué	33.020.000	25.415.000	14.130.000	15.595.000
Services régionaux	135.070.000	228.840.000	15.500.000	11.220.000
Total région	350.860.000	395.845.000	103.445.000	101.805.000
Beyla	44.580.000	37.695.000	19.450.000	20.625.000
Guéckédou	83.900.000	60.575.000	29.325.000	25.940.000
Lola	37.350.000	26.295.000	14.525.000	15.695.000
Macenta	69.310.000	53.675.000	26.345.000	26.305.000
N'Zérékoré	69.720.000	43.005.000	21.735.000	24.145.000
Yomou	37.560.000	31.485.000	16.775.000	14.405.000
Services régionaux	215.410.000	259.480.000	15.500.000	11.220.000
Total région	557.830.000	512.210.000	143.655.000	138.335.000
Gouvernorat Conakry	215.890.000	279.165.000	47.725.000	13.637.500
Dixinn	33.860.000	36.153.000	17.535.000	14.915.000
Kaloum	25.370.000	45.367.000	14.255.000	16.590.500
Matam	35.270.000	21.222.000	18.070.000	13.650.000
Matoto	107.850.000	64.722.000	46.025.000	27.500.000
Ratoma	89.510.000	77.666.000	38.960.000	30.620.000
Total Conakry	507.750.000	524.295.000	182.570.000	116.913.000
Pays	3.105.310.000	3.372.815.000	957.685.000	819.788.000

Source : DAAF/ MSP

Tableau n°14 les Journées Nationales de Vaccination contre la poliomyélite en 2005.

Régions	1 ^{er} passage		2 ^{ème} passage		3 ^{ème} passage		4 ^{ème} passage		5 ^{ème} passage	
	Enfts vaccinés	%	Enfts vaccinés	%	Enfts vaccinés	%	Enfts vaccinés	%	Enfts vaccinés	%
Conakry	226.740	130%	203.130	117%	236.212	135%	425.652	102,50%	398.917	93,70%
Boké	206.738	105%	198.220	101%	209.017	107%	207.942	99,80%	207.408	99,70%
Faranah	33.963	100%	32.156	95%	34.843	103%	178.844	103,00%	180.923	101,20%
Kankan	326.717	111%	360.475	123%	366.758	125%	375.321	102,30%	386.764	103,00%
Kindia	70.845	126%	76.939	137%	67.661	121%	297.442	104,90%	305.060	102,60%
Labé	213.090	104%	209.713	102%	223.817	109%	231.290	103,30%	239.722	103,60%
Mamou	92.746	96%	103.419	107%	100.272	104%	159.160	108,80%	161.474	101,50%
N'Zérékoré	78.864	102%	76.079	99%	82.300	107%	448.732	103,50%	462.393	103,00%
Total pays	1.249.703	110%	1.260.131	111%	1.320.880	117%	2.324.383	103%	2.342.661	100,80%

Graphique 5 : Maladies diarrhéiques

Situation de l'épidémie de choléra en 2005

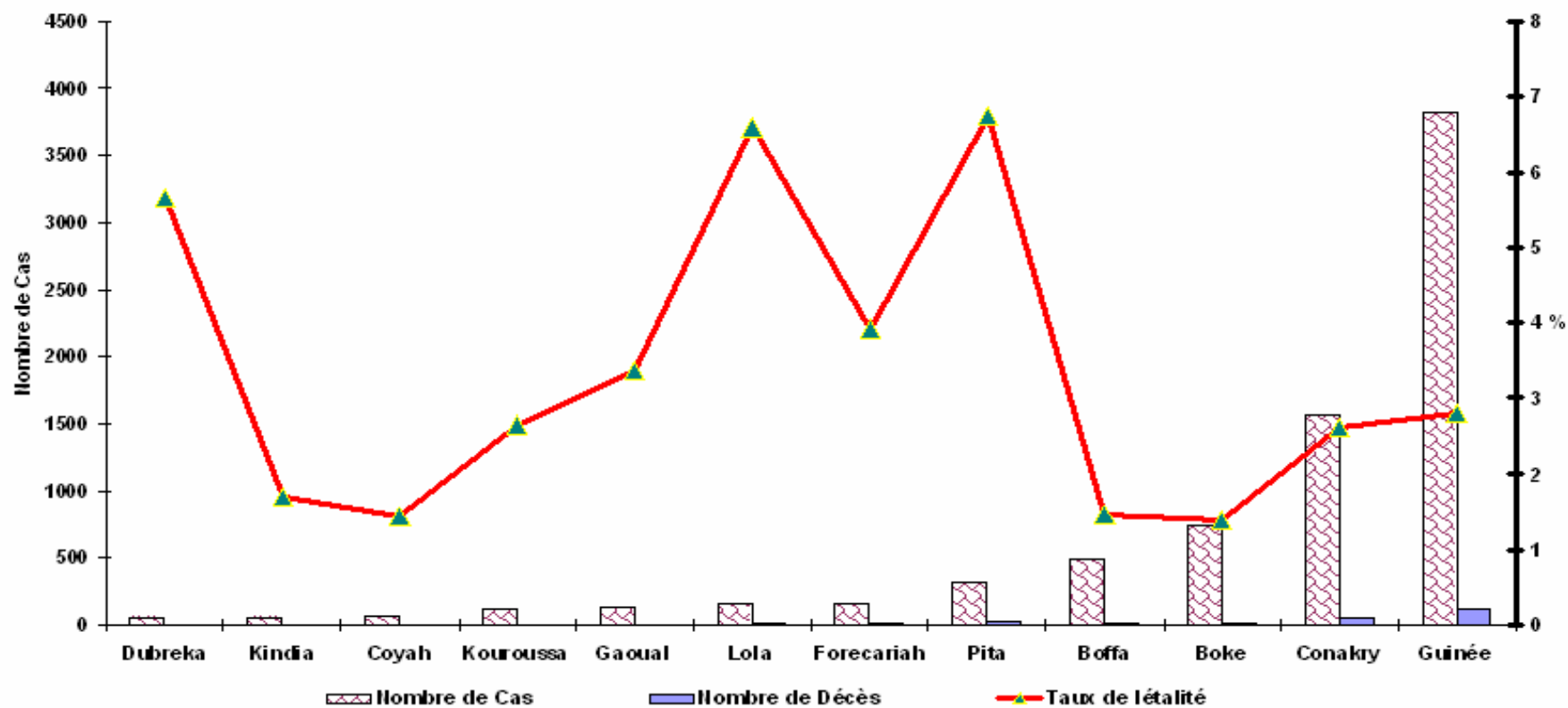


Tableau n°22 Situation et ressources des Centres de Santé

DRS et Préfectures	SITUATION ET RESSOURCES DES CENTRES DE SANTE AU 31 DECEMBRE 2005							Observations
	Nbre centres de santé	Frigo en bon état	Moto en Bon état	Radio comm.	Personnel au complet	CS couvrant ttes dépenses	Nbre villages enclavés	
	DRS Kankan							
Kankan	18	16	2	18	8	6	66	
Kérouané	8	8	3	7	3	1	52	
Mandiana	12	12		8	2	5	25	
Siguiri	15	14	10	12	15		69	
Kouroussa	12	12	9	8	1	5		
Sous total 1	65	62	24	53	29	17	212	
DRS N'Zérékoré								
N'Zérékoré	16	15	18		13		28	
Yomou	7	7			2		17	
Macenta	17	15	17		11	4	47	
Beyla	15	8	17		3	2	27	
Lola	9	9	11		4		20	
Gueckédou	13	11	12		7	1	31	
Sous total 2	77	65	75		40	7	170	
DRS Faranah								
Faranah	12	12	15	10	3	4	18	
Dabola	9	9	12	11	1	3	36	
Dinguiraye	8	8	9	8	1	2	39	
Kissidougou	16	15	19	13	5	6	72	
Sous total 3	45	44	55	42	10	15	165	
DRS Kindia								
Kindia	14	13	7		8	4	75	

Forécariah	10	10	6		4	4	80	
Télimélé	14	14	4		4	6	65	
Coyah	5	5	2		3	6	2	
Dubrêka	7	6	4		3	2	60	
Sous total 4	50	48	23		22	22	282	
DRS Labé								
Labé	18	13	5	2	6	4	45	
Koubia	6	4	1	4	3	3	24	
Lélouma	11	11	3	8	4	7	36	
Mali	13	13	7	9	2	4	28	
Tougué	10	10	2	3	2	3	25	
Sous total 5	58	51	18	26	17	21	158	
DPS Mamou								
Mamou	18	18	17		5	15	41	
Dalaba	10	8	7	2	4	7	56	
Pita	13	10		9	5	4	12	
Sous total 6	41	36	24	11	14	26	109	
DRS Boké								
Boké	13	11	4	8	13	7	38	
Boffa	8	8	6	10	8	2	6	
Fria	5	4		1	5	1	22	
Gaoual	8	8	11	3	8	1	30	
Koundara	7	7	5	3	7	3	26	
Sous total 7	41	38	26	25	41	14	122	
Total général	377	344	245	157	173	122	1218	
		91%	65%	42%	46%	32%		
		33	132	220	204	255		

Source : Rapports circonstanciés des DRS sur invitation de la coordination nationale du PEV/SSP/ME – décembre 2005.

Tableau relatif aux différents appuis des partenaires

Bailleurs	Montant alloué	Montant décaissé	% de réalisation
1. Etat Guinéen (BND)	11 196 559 000	4 846 955 831	43,3
- Construction PS	430 000 000	163 815 550	38,1
- Vaccins	8 583 502 000	4 288 719 781	50,0
- Médicaments	2 183 057 000	394 420 500	18,1
2. Communautés	45 000 000	45 000 000	100,0
3. UNICEF	17 969 133 167	16 131 074 813	89,8
4. OMS	14 851 128 050	14 851 128 050	100,0
5. Japon (JICA)	7 091 280 000	7 091 280 000	100,0
6. GAVI	550 771 174	550 771 174	100,0
7. PSS/GTZ	4 471 570	4 471 570	100,0
8. SIDA 3	3 470 000	3 470 000	100,0
9. Rotary International	488 220 000	488 220 000	100,0
10. Hammer Forum	275 669 612	275 669 612	100,0
11. Plan Guinée	892 704 238	892 704 238	100,0
Total	62 378 438 811	49 629 810 619	79,5

Source : Rapport à la revue des soins de santé primaires 2005

Tableau 24 : Fiche de L'APNDS

Ministère de la Santé Publique.	FICHE DE L'APNDS.
Objectif général de l'APNDS:	Contribuer:(i) à l'amélioration de la qualité des services de santé en vue de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, (ii) au développement des ressources humaines et (iii) à la décentralisation de la gestion dans le secteur.
Objectifs spécifiques:	a) Réduire le taux de mortalité maternelle et infantile dans les zones pauvres du pays.
	b) Renforcer la participation communautaire en vue de l'appropriation des centres de santé par la communauté.
	c) Renforcer les capacités de gestion des structures en vue d'offrir à tous moments des services de qualité.
Composantes:	
I. Renforcement des services de santé.	
	I - 1: Améliorer la couverture et la qualité des soins.
	I - 2: Mobiliser la participation communautaire.
	I - 3: Assurer la qualité des soins.
II. Renforcement des capacités institutionnelles.	
	II - 1: Assurer le suivi et l'évaluation
	II - 2: Assurer le bureau de gestion de l'APNDS.
	II - 3: Renforcer les capacités en gestion programmatique.
	II - 4: Renforcer les capacités en gestion financière.
	II - 5: Renforcer les capacités en contractualisation.
	II - 6: Assurer le suivi des dépenses en santé.
	II - 7: Renforcer le système national d'assurance qualité.

Coût et financement de l'APNDS.	
Coût total.	27,79 millions de dollars US (TTC).
- Financement IDA	25,00 millions de dollars US
- Financement Gouvernement.	2,79 millions de dollars US dont:
Caractéristiques de l'APNDS.	
- Durée de l'APNDS	6 ans (octobre 2005 au 30 septembre 2011).
- Date de négociation	25 au 28 avril 2005.
- Date d'approbation par le C.A	2 juin 2005.
- Date de signature de l'Accord de crédit.	29 septembre 2005
- Numéro du crédit	Crédit n°4072- 0 – GUI
- Date de démarrage de l'APNDS.	Mars 2006
- Date de revue à mi-parcours	Septembre 2008
- Date de clôture	31 mars 2011
Zone couverte.	
Région administrative de Kindia	Préfecture de Télimélé
Région administrative de Boké	Préfectures de Gaoual, Koundara
Région administrative de Mamou	Préfectures de Dalaba, Pita.
Région administrative de Labé	Préfectures de Mali, Koubia, Tougué, Lélouma.
Région administrative de Kankan	Préfectures de Kouroussa, Siguiri, Mandiana, Kérouané.
Région administrative de Faranah	Préfectures de Dinguiraye, Dabola, Kissidougou
Région administrative de N'Zérékoré	Préfectures de Gueckédou, Beyla.
Populations de la zone de l'APNDS.	
- Population totale:	4.808.000 habitants.
- Femmes en grossesse attendues:	1.013.000 femmes.
- Enfants de moins d'un an attendus	933.000 enfants.

Source : Cellule d'appui au plan national de développement sanitaire – Secrétariat généra du MSP – 2005.

Autres Recommandations et Perspectives sur les luttes contre les maladies prioritaires

Mettre en œuvre une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels, en vaccins, en outils de gestion et autres consommables qui évite leur rupture intempestive et prolongée dans les structures de soins et qui prendra en compte à la fois la fluctuation des prix sur le marché, le mode de paiement des prestataires et la capacité de payer des populations bénéficiaires des soins.

Mettre en œuvre un plan d'équipements matériels et logistiques des structures de santé en rapport avec leurs missions et leurs paquets minimum d'activités actualisés.

Instituer une politique de recrutement et de redéploiement du personnel de la santé qui favorise les zones pauvres par contractualisation décentralisée.

Réhabiliter le PEV/SSP/ME et la réforme hospitalière par une mise à disposition à temps des ressources (humaine, matérielle et financière) nécessaires et une supervision rapprochée de leur utilisation à tous les niveaux de la pyramide de santé.

Restituer aux membres des comités de gestion leurs attributions consensuelles dans le fonctionnement des centres de santé.

Mettre en œuvre une politique de financement des structures de santé en fonction de leurs missions et de leurs plans de développement (plan régional de développement, plan préfectoral de développement, projet d'établissement hospitalier, plan directeur de formation).

Assurer un suivi, un contrôle et une évaluation institutionnels des structures de santé par des services compétents mandatés à cet effet et dont les recommandations seront appliquées au bénéfice des populations guinéennes en général et des couches pauvres en particulier.

Evaluer l'approche de l'augmentation unilatérale des tarifs de prestations de soins dans les structures et réactualiser les tarifs des prestations de soins dans les structures par arrêté conjoint.

Standardiser les supports de collecte, de traitement et de transmission des informations pour des prises de décision appropriées.

Assurer une équité entre les structures de même niveau dans l'intervention des partenaires au développement.

Perspectives :

☞ Pour L'APNDS.

Le Gouvernement guinéen et la Banque mondiale viennent de signer un Accord de crédit dont les caractéristiques sont mentionnées dans le tableau ci-après :

L'appui au plan national de développement sanitaire s'inscrit dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) dont il représente l'application dans le secteur santé.

Il s'agit d'un projet de transition vers un appui budgétaire au MSP à travers les dispositions du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Il est axé essentiellement sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les 18 préfectures les plus pauvres du pays.

Le projet contribuera à la réalisation des attentes des Objectifs Du Millénaire (ODM) et de ceux du DSRP relatifs à la réduction du taux de mortalité maternelle et du taux de mortalité infantile. Sur le plan social, ce projet réduira les inégalités sociales en Guinée compte tenu du fait qu'il vise les 18 préfectures les plus défavorisées du pays.

La composante renforcement des services de santé du projet contribuera à l'amélioration de la demande, de l'accès et de la qualité des services de santé dans au moins 250 postes de santé, 200 centres de santé, 18 hôpitaux préfectoraux dans l'ensemble des 18 préfectures les plus défavorisées, afin d'y offrir des services de qualité à au moins 1.000.000 de femmes enceintes et à 933.000 enfants de moins d'un an. Le paquet des services de santé qui seront renforcés concerne les consultations prénatales, l'accouchement assisté, l'accouchement d'urgence et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME).

Les résultats attendus sont :

- Toutes les femmes enceintes qui rentrent dans le système de la santé de la reproduction lors de la première consultation prénatale (CPN) auront accès à tout le paquet prénatal et aux soins obstétricaux d'urgence (SOU).
- Toutes les causes directes (rupture utérine, éclampsie,...) de mortalité maternelle (60% des causes totales de cette mortalité en Guinée) seront éliminées.
- 30% des causes de mortalité infantile seront éliminées pour tous les enfants suivis à partir de leur première vaccination au DTC et ce, dans le cadre du programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Le projet permettra en particulier d'atteindre les impacts de résultats suivants:

- (i) Le taux de mortalité maternelle est ramené de 528 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1999 à moins de 200 décès pour 100.000 naissances vivantes dans les 18 préfectures cibles, et
- (ii) Le taux de mortalité infantile est ramené de 98 décès des enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes en 1999 à environ 50 décès pour 1000 naissances vivantes à la fin du projet dans les 18 préfectures visées.
- (iii) Les décès d'au moins 12.000 femmes enceintes et 27.500 enfants de moins d'un an sont évités.
 - (i) Les services d'accouchements assistés sont passés de 42% à 65% au moins;
 - (ii) Le taux de couverture vaccinale de DTC3 est accru de 70% à 90% ;
 - (iii) Le taux de césarienne est passé de 1,8% de naissances à 5% dans les hôpitaux préfectoraux.
- (iv) 130 nouvelles mutuelles de santé sont créées dans les CRD,
- (v) Au moins 2 centres de santé sont gérés par les communautés urbaines ou rurales dans le processus de leur appropriation.

a. Pour L'UNICEF.

Dans le plan d'action 2006 du programme « **survie de l'enfant** » de l'UNICEF, il est retenu :

- les couvertures vaccinales du PEV de routine aux différents antigènes sont : BCG 90%, DTC3 80%, VAR 80%, VAA 80% chez les enfants de 0 – 11 mois et le VAT2 et plus chez les femmes enceintes de 80% au niveau national.
- Un plan national d'introduction de la vaccination contre l'hépatite B est mis en œuvre.
- Une couverture vaccinale VAT3 de plus de 80% est obtenue chez les femmes en âge de procréer dans les 22 districts à haut risque cibles pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal.
- Une couverture vaccinale de plus de 95% est obtenue lors de chacun des passages 2006 des JNV polio chez les enfants de 0 – 50 mois au niveau national.
- Une couverture vaccinale de plus de 95% est obtenue chez les enfants de 9 mois à 5 ans lors de la vaccination de masse contre la rougeole au niveau national.
- Le nombre de cas de rougeole est réduit par rapport à 2005 (91 cas) au niveau national.
- Au moins 60% des enfants de moins de 5 ans dormiront sous moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones de convergence ;
- La consultation prénatale effective sera de 80%.

- Le pourcentage de femmes enceintes recevant le traitement par intermittence sera de 80%.
- Le taux d'accouchements assistés par les agents de santé sera de 30%.
- Le taux de césariennes par rapport aux accouchements attendus sera de 1,75%.
- Les taux de mortalité maternelle et néonatale intra hospitalières seront respectivement de 3% et de 10 pour mille.
- 20% des femmes présentant des complications obstétricales seront prises en charge par les MURIGA.

Annexe : Fiches d'évaluation : Amélioration de l'accessibilité géographique et de la qualité des soins de santé : infrastructures, équipements, médicaments et personnels.

Fiche 1 Identification de l'intervention SRP

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Intitulé de l'intervention SRP	- Deuxième axe du DSRP : Développement et Accès équitable aux services sociaux de base (Santé)
Objectifs globaux de l'intervention SRP	- Améliorer l'accès des pauvres aux services essentiels de Santé. (Ne sera pris en compte ici que l'accessibilité géographique) - Améliorer la qualité des services
Objectif spécifique de l'intervention SRP	- Améliorer l'Etat de Santé de la population
Principaux résultats attendus de l'intervention SRP	- Taux d'exclus géographique de 40 à 20 % - Taux de rupture de Médicaments à 20 %
Période d'intervention prévue (mm/aa)	Début : janvier 2002 Fin : 2005
Période d'intervention probable (mm/aa)	Début: 2002 Fin: 2005
Référence DSRP (chapitre, page)	DRSP annexe page 117 et 118
Référence OMD (objectif, cible)	Accès aux Médicaments essentiels (OMD 8 Cible 17)
Groupe(s) cible de l'intervention SRP	Toute la population
Secteur d'intervention (voir code)	Santé
Région d'intervention (voir code)	Toutes les régions
Responsables de l'administration publique (structure concernée)	- Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins ; - Direction Nationale des Pharmacies Publics ; - Pharmacie Centrale de Guinée ; et - Division des Ressources Humaines
Organisations de la société civile guinéenne impliquées	Club des amis du monde, ADEG ADECOMA, ADIK, etc. ONG nationales impliquées dans la construction des infrastructures sanitaires
Partenaires internationaux impliqués	Plan Guinée, Banque Mondiale, GTZ, UNICEF, OMS, UE, ACDI, FNUAP, USAID, JICA, etc.
Coûts totaux de l'intervention en FG	Non Disponible
Dont % décaissés à ce jour (environ)	Non Disponible
Sources de financement (parts en %)	Non Disponible

Fiche 2 Appréciation de la pertinence de l'intervention

Définition de la pertinence: « Le caractère approprié de la logique d'intervention par rapport aux problèmes réels, aux besoins et priorités des groupes cible et bénéficiaires envisagés auxquels l'intervention est supposée répondre, ainsi que par rapport aux contextes internationaux et nationaux, physiques et institutionnels. »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Qui a participé à la définition originale de la logique d'intervention?	Au niveau du Département l'essentiel des cadres ont été impliqués à la définition de la logique d'intervention à travers leur participation à l'élaboration des documents de politique du département. Au niveau du SP-SRP, deux cadres ont porté les travaux du Département
Quel a été le degré de participation en termes quantitatifs et qualitatifs?	Chaque Direction a contribué à fixer les objectifs, à identifier les stratégies/activités et à définir les indicateurs et buts. Une participation qualitative et quantitative a été observée tant au niveau de la cohérence des objectifs qui correspondent aux préoccupations des populations en matière de soins de santé de qualité
Les besoins et objectifs spécifiques et globaux de l'intervention ont-ils été correctement définis?	Oui en général. Cependant, au niveau de l'amélioration de la qualité les indicateurs et buts ne sont pas fixés. Cela pourrait ce comprendre à cause du fait que la qualité est intimement liée aux infrastructures, au personnel, à la disponibilité des médicaments, etc.
Les moyens et activités prévus ont-ils été appropriés pour atteindre les résultats et les objectifs spécifiques et globaux?	Les moyens et les activités sont précisés dans l'annexe du Document. Cependant, les moyens indiqués ne sont pas suffisants pour réaliser toutes les activités visant à couvrir l'ensemble des besoins du secteur.
Les risques et les hypothèses ont-ils été correctement définis?	Le DSRP s'est moins préoccupé des hypothèses et risques. L'optimisme était plus prise en compte.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux besoins différents ou changeants?	Il n'a pas été constaté des mesures d'adaptation et on s'est contenté de subir au lieu de réagir positivement en recherchant des solutions alternatives.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux changements externes?	Le degré d'adaptation était très faible, en ce sens que les prévisions dans les documents de politiques sont très loin d'être atteintes.
Actuellement, quel est le degré de pertinence de la logique d'intervention (à tous les niveaux)?	La logique d'intervention semble être pertinente. Cependant la forte dépendance du secteur de l'aide extérieur présente des risques élevés en terme d'atteinte des résultats, si les promesses ne sont pas tenues.
Les conditionnalités ont-elles été appropriées?	Toutes les aides sont soumises en général à des conditionnalités souvent bien appropriées.

Les conditionnalités ont-elles été respectées?	On constate qu'elles sont très souvent violées.
Conclusions	Le secteur est fortement dépendant de l'aide extérieure. Or, les moyens attendus n'ont pas été tous obtenus. L'absence de prise en compte des hypothèses et risques ainsi les mesures de mitigation ont limité les efforts des décideurs à éviter les blocages survenus.
Appréciation sommaire	satisfaisant X
Recommandations (quoi et par qui?)	L'amélioration de l'accessibilité géographique au niveau des zones rurale devrait être soutenue davantage par les partenaires qui mettent plus de moyens dans les structures de soins au niveau des centres urbains. Un soutien accru devrait apporté au PEV/SSP pour couvrir les besoins des CS et PS en matière de ME. L'Etat devrait mettre en application le système de contractualisation au niveau du personnel de structures de soins de base accompagné des mesures motivations (primes intéressantes, carrière, logements, etc.)

Fiche 3 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité: "La mesure dans laquelle les moyens et activités ont été convertis en résultats, et la qualité des résultats atteints."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Les <u>moyens</u> pour la mise en œuvre de l'intervention sont-ils dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérés au quotidien?	Les moyens attendus ne sont pas arrivés intégralement et les délais n'ont pas été respectés. L'inflation a contribué négativement à élever le dérapage au niveau des coûts.
Les <u>activités</u> pour la réalisation des résultats attendus sont-elles dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérées au quotidien?	Les retards ont été enregistrés et voir l'annulation même de certaines réalisations qui étaient prévues.
Les <u>résultats</u> prévus à ce jour ont-ils été réalisés au niveau quantitatif?	A certains endroits, les résultats ont été atteints. Dans l'ensemble les indicateurs et buts n'ont pas été atteints.
Quelle est la qualité des <u>résultats</u> à ce jour?	Les résultats obtenus répondent très souvent aux normes et qualités exigées en matière de construction. Cependant, les équipements ne sont pas souvent au complet et les conditions de conservation des ME ne sont pas suffisamment appropriées.
Quel est le degré de <u>participation</u> des groupes cible dans la réalisation des résultats, en termes quantitatifs et qualitatifs?	Les groupes cibles au niveau de la base participent tant sur le plan qualitatif que quantitatif à la réalisation des infrastructures et la prise en charge du personnel au niveau communautaire à certains endroits.
Si les <u>hypothèses</u> ne sont pas vérifiées, comment l'intervention s'est-elle adaptée?	L'absence de mesures de mitigation n'a pas favorisé une adaptation positive
Existe-t-il un système de gestion, de suivi et d'évaluation interne de la mise en œuvre de l'intervention? Si oui, quels sont les éléments et leur degré d'utilité?	Il existe un système de suivi évaluation. Le suivi est axé sur les visites de terrain et l'utilisation des fiches de suivi des réalisations. Tandis que l'évaluation est basée sur l'atteinte l'efficacité, l'efficacité et l'impact.
Conclusions	La participation n'est exigée qu'au niveau communautaire qui est plus touché par le phénomène de pauvreté. Tandis que les villes bénéficient des infrastructures à des coûts très élevés sans aucune participation des citoyens. L'essentiel des soins de qualité y sont apportés au niveau de ses structures.
Appréciation sommaire	satisfaisant X
Recommandations (quoi et par qui?)	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître les moyens nécessaires pour la réalisation des activités - Rétablir l'injustice entre les communautés rurales et celles urbaines en terme de participation et d'accès aux soins de qualité.

Fiche 4 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité: "Mesure dans laquelle les résultats (bien et services produits dans le cadre de l'intervention) ont contribué à la réalisation de l'objectif spécifique de l'intervention. L'efficacité prend en compte, entre autres, la mesure dans laquelle les hypothèses (facteurs externes) ont affecté la réalisation de l'objectif spécifique."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Tous les bénéficiaires ont-ils <u>accès</u> aux résultats de l'intervention?	Théoriquement oui, non dans les faits à cause de l'état de pauvreté qui limite les indigents à accéder aux services de soins.
Tous les bénéficiaires prévus <u>utilisent-ils</u> (tirent-ils profit) les résultats de l'intervention?	Les bénéficiaires ayant accès tirent généralement profit des résultats.
Comment les bénéficiaires perçoivent-ils les bénéfices?	Les appréciations sont très mitigées et laissent présager des insatisfactions sur la qualité des services rendus. Le fait que la déontologie et l'éthique ne sont pas respectées cela augmente le niveau d'insatisfaction.
La <u>communication</u> des responsables de l'intervention avec les bénéficiaires prévus est-elle bonne? Sinon, pourquoi?	Les responsables ne rendent pas compte aux bénéficiaires de la gestion intégrale. Cependant, s'il s'agit de la participation des bénéficiaires à la réalisation, ils trouvent le moyen de les informer. Les bénéficiaires n'exigent pas des comptes aux responsables qu'ils considèrent très des bienfaiteurs. Ils sont ni habitués et ni préparés à exiger des comptes.
Dans quelle mesure les <u>indicateurs</u> au niveau de l'objectif spécifique sont-ils réalisés?	L'absence de base de données fiables ne permet pas d'indiquer le niveau d'atteinte des indicateurs et buts.
Les <u>effets secondaires</u> (prévus ou non, positifs ou non) sont-ils cohérents avec l'objectif spécifique de l'intervention?	Le DSRP 1 ne mentionne pas d'effets secondaires
Si les <u>hypothèses</u> au niveau des résultats se révèlent incorrectes, dans quelle mesure l'intervention s'adapte-t-elle pour garantir les bénéfices aux bénéficiaires?	Le manque de précision des hypothèses et risques ainsi que les mesures de mitigations constitue un handicap pour l'adaptation des interventions.
L'intervention s'adapte-t-elle aux facteurs externes inattendus pour que les bénéfices atteignent les bénéficiaires?	Le dispositif de suivi évaluation a permis de déceler les écarts et envisager les mesures correctives nécessaires visant à l'atteinte des objectifs.

Conclusions	L'absence de précision des hypothèses et des risques ainsi que les mesures de mitigations affecte très souvent les résultats qualitatifs et quantitatifs
Appréciation sommaire	Peu satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Le DSRP 2 devrait intégrer la prise en compte des hypothèses, des risques et formuler des mesures de mitigations.

Fiche 5 Appréciation de l'impact de l'intervention

Définition de l'impact: "L'effet de l'intervention sur son environnement plus large, y compris sa contribution aux objectifs globaux de l'intervention, aux objectifs de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'intervention contribue-t-elle déjà à la réalisation de ses objectifs globaux?	La construction et l'équipement des infrastructures, l'affectation du personnel et la dotation des structures en ME contribuent relativement à l'atteinte des objectifs globaux.
Comment l'intervention contribuera-t-elle dans l'avenir à la réalisation de ses objectifs globaux?	L'atteinte des résultats passera par la mobilisation et la gestion judicieuse des fonds attendus pour la réalisation des activités retenues.
Dans quelle mesure les indicateurs sont-ils déjà atteints au niveau des objectifs globaux de l'intervention?	Les indicateurs ne sont atteints à cause du faible niveau de réalisation et d'équipement des infrastructures, la rupture des médicaments et le manque de personnel en zone rurale surtout dans les zones de pauvreté et d'extrême pauvreté.
Dans quelle mesure ces indicateurs seront-ils atteints dans les délais prévus?	Les indicateurs seront atteints seulement si les hypothèses et risques sont maîtrisés. Les ressources attendues sont mobilisées à temps et gérées correctement. Si les mesures sociales accompagnent les appuis en terme d'accessibilité financière.
S'il y a des effets imprévus, sont-ils positifs ou négatifs, en terme général ou par rapport aux objectifs globaux de l'intervention?	Les effets imprévus constatés les concours apportés par le Plan Guinée et l'UNICEF pour atténuer la pénurie en ME
Quel est le degré d'adaptation de l'intervention face aux facteurs externes imprévus?	Les mesures correctives réalisées suites aux missions de suivi techniques ont permis d'adapter les interventions face aux facteurs externes
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réduction de la pauvreté (en terme monétaire) ?	L'amélioration de l'accessibilité géographique permet de réduire le temps pratiqué et les coûts par les patients pour obtenir les soins. L'amélioration de la santé permet également d'augmenter le niveau de productivité des gens.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réalisation des OMD?	La construction et l'équipement des structures de soins ainsi que leurs fourniture en médicaments et en personnels contribuent à l'atteinte des OMD
Quel est le degré de coordination de l'intervention avec d'autres interventions dans le même secteur / région?	La coordination de l'ensemble des interventions est très faible. Il y a pas de concertation entre les différents intervenants, il existe des duplications par endroits et les interventions ne sont pas ou très peu harmonisées
Conclusions	Les réalisations de certains intervenants ne sont pas ou très peu pris en compte au niveau national notamment dans le domaine des infrastructures. Celles qui sont réalisées au niveau communautaire dans le cadre des projets ne sont pas dotées du personnel. Cet état de fait décourage les partenaires à répondre aux besoins exprimés par les communautés.

Appréciation sommaire	Satisfaisant X
Recommandations (quoi et par qui?)	Promouvoir la concertation entre les différents intervenants (cadres de l'Etat, partenaires, ONGs et Communautés) et l'harmonisation des interventions. Doter les structures soins réalisées en personnel suffisant et compétent et en médicaments

Fiche 6 Appréciation de la viabilité de l'intervention

Définition de la viabilité: "Probabilité que les bénéfices produits par l'intervention continuent à être perçus une fois l'appui externe terminé."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Quel soutien a été fourni de la part des institutions compétentes au niveau national, régional, sectoriel?	Les contributions financières apportées par l'Etat pour la construction et l'équipement des infrastructures ainsi que leur approvisionnement en médicaments et affectation en personnel. Le soutien apporté par les partenaires d'aide au développement et communautés dans les mêmes domaines
Dans quelle mesure l'intervention peut-elle s'adapter aux changements des priorités politiques?	La Santé étant inscrite dans la loi fondamentale comme un droit ne devrait en aucun cas s'adapter par rapport à un changement de priorité. Au contraire, une attention plus soutenue devrait être accordée au secteur de la Santé. Car un peuple malade est condamné à disparaître.
Les institutions compétentes (nouvelles ou déjà existantes) sont-elles capables de pérenniser les impacts de l'intervention?	L'absence de mesures d'accompagnement suffisantes ne permet pas aux nouvelles institutions de jouer pleinement leurs rôles et responsabilités. La pérennisation passe par une appropriation par les bénéficiaires du processus et des résultats
Dans quelle mesure les technologies appliquées s'harmonisent-elles à la culture et aux savoirs locaux?	Les technologies utilisées en matière d'infrastructure s'adaptent aux savoirs locaux. Cependant l'usage correct des médicaments par les indigents pose de sérieux problèmes et entraîne très souvent des pertes en vies humaines
Dans quelle mesure l'intervention optimisent-elle l'utilisation faite des ressources locales?	Certains intervenants privilégient l'utilisation des entrepreneurs et des matériaux locaux dans la construction des infrastructures
Les résultats sont-ils abordables aux bénéficiaires à la fin de l'intervention?	Le coûts élevés des produits et la surtarification limitent l'accès des indigents aux services de soins de qualité.
Si l'intervention engendre des charges récurrentes, est-il probable que les fonds nécessaires seront disponibles?	Les charges récurrentes observées au niveau des différentes structures de soins rendent très probables la disponibilité des fonds. Le 1 % du coût total des investissement prévus dans le cadre de la réalisation des infrastructures pour assurer leur maintenance n'a jamais été mobilisé.
Les bénéfices peuvent-ils être maintenus en cas d'évolution économique (taux de change, prix des marchandises etc.)?	L'évolution économique a des fortes incidences sur toutes les interventions, donc peu positivement ou négativement affectées les bénéfices
Conclusions	Les coûts très élevés de certaines interventions, l'expertise requise pour assurer la maintenance et la faible culture d'entretien

	constituent des handicaps sérieux pour assurer la pérennisation des actions après la fin des appuis
Appréciation sommaire	satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	<p>L'Etat et les partenaires devraient renforcer les stratégies de l'auto gestion des résultats des interventions tout au long du processus de mise en œuvre des appuis</p> <p>Aux bénéficiaires de mieux s'impliquer à la gestion des structures de soins afin qu'elles s'approprient des approches et des outils ainsi que les résultats.</p>

Fiche 7 **Appréciation du respect des thèmes transversaux de la SRP**

Les thèmes transversaux de la SRP de la Guinée sont la promotion de l'égalité entre femmes et hommes, la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA et la protection de l'environnement et des ressources naturelles.

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans la logique de l'intervention et dans sa mise en œuvre?	Les structures de soins n'offre aucune chance de discrimination de sexe en matière d'accès aux services offerts dans les structures de soins ainsi que l'achat des médicaments
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans les indicateurs et hypothèses liés à l'intervention?	Les indicateurs et buts sont muets en terme de genre. Quant aux hypothèses, elles n'existent pas.
L'intervention prend-elle en compte et accepte-t-elle les attentes et besoins des groupes cible liés aux spécificités de chaque sexe?	Les interventions visent dans l'ensemble tous les groupes cibles sans exclusion de sexe. Les nouvelles initiatives intègrent davantage les préoccupations des femmes.
L'intervention contribue-t-elle à la prévention du VIH/SIDA? Si oui, comment?	La réalisation des infrastructures des soins, la fourniture des médicaments y compris les ARV et l'affectation du personnel dans les structures de soins contribue à la prévention sur le VIH/SIDA. A cela s'ajoute les campagnes de sensibilisation, sur le SIDA, les affiches faites à l'intérieur des structures de soins et la distribution de condoms.
Est-ce que les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont pris en compte?	La prise en charge tente de résoudre partiellement les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA
Quels sont les impacts environnementaux positifs ou négatifs, attendus ou non attendus de l'intervention?	La non prise en compte des mesures environnementales (incinération des produits biomédicaux ou leur enfouissement dans des puits) peut présenter des impacts négatifs. Tandis que leur intégration permet de produire des effets et impacts positifs.
Les parties concernées y compris les bénéficiaires ont-ils conscience de leurs responsabilités environnementales?	Le faible niveau d'instruction limite très sérieusement les analphabètes à mesurer les effets négatifs de la non prise en compte de la dimension environnementale dans le secteur de la santé.
Dans quelle mesure l'intervention assure-t-elle les pratiques environnementales appropriées?	Les mesures d'incinération et de fouilles des produits médicaux assurent la prise en compte de la dimension environnementale.

Conclusions	<p>Le secteur de la Santé dispose de mécanisme approprié qui intègre la prise en compte des questions de genres et de l'environnement.</p> <p>Le niveau de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA est très faible eu égard à l'augmentation sans cesse du nombre de cas de SIDA détecté</p>
Appréciation sommaire	Très satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Renforcer le plaidoyer au niveau de la Communauté Internationale pour accroître la prise en charge des personnes touchées par le VIH/SIDA

Fiche 8 Concepts, méthodes et instruments adaptés aux besoins de l'évaluation

Le choix et l'application de concepts, de méthodes et d'instruments adaptés aux besoins de l'évaluation de la SRP sont assurés, durant toute la période de l'évaluation, par les évaluateurs compétents sous la supervision des chefs d'équipes et en étroite collaboration avec la Cellule d'Appui Technique (CAT).

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment le Secrétariat Permanent de la SRP (y compris ses groupes et cellules) a-t-il contribué à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la coordination de l'intervention?	Chacun a contribué selon sa mission et les contributions ont porté sur la coordination, l'animation de la structure, la participation aux travaux de groupes thématiques, le suivi de la mise en œuvre de la SRP à travers le suivi évaluation qui est sanctionné par la publication du rapport annuel de mise en œuvre et la dissémination du DSRP à travers les différents outils (Site Web, journal, ateliers nationaux et régionaux).
Quelles sont les principales sources d'informations <u>secondaires</u> consultées par l'évaluateur? Est-ce qu'elles ont été disponibles dans les meilleurs délais?	Les documents ont été obtenus auprès des principaux informants clés. Ils 'agit du DSRP, des rapports d'évaluation de la mise en œuvre de la SRP, des Documents de Politiques et d'instruments de mise en œuvre : Politique Nationale Sanitaire (PNS), Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), Plan Quinquennal de Développement Sanitaire (PQDS), Rapports et documents des autres intervenants (ONG, cadres des structures de soins, partenaires, etc.)
Quelles sont les principales sources d'informations <u>primaires</u> établies par l'évaluateur?	Les sources principales étaient entre autres : les cadres des structures de soins à tous les niveau de la pyramide sanitaire, les usagers des structures de soins, les responsables organes consultatifs (comité de gestion et comité consultatif des usagers), les élus des collectivités locales, les responsables des mutuelles de santé, le personnel/cadre des ONGs, Projets et Organismes internationaux
Quels ont été les instruments et méthodes de collecte et d'analyse d'informations appliqués par l'évaluateur? ¹	Revue documentaire, interview individuelle et focus groupe, l'observation, etc.
Les informations disponibles sont-elles suffisamment représentatives de l'ensemble des parties concernées?	Les informations disponibles au niveau des structures de soins de base (CS et PS) ne sont pas suffisantes à cause du fait qu'elles n'intègrent pas les réalisations des parties prenantes impliquées dans la construction desdites structures.
Quels ont été les principaux problèmes rencontrés lors de l'exécution de l'évaluation?	L'accès de certaines données au niveau de la DAAF du Département, le retard accusé pour obtenir les réalisations en terme d'infrastructures d'ordre communautaire au niveau du PEV/SSP, le manque d'ouverture de la responsable du volet qualité du projet de la GTZ et le non respect des promesses faites par les ONG rencontrées sur le terrain pour fournir les données par email (Plan Guinée, MSH à travers le PRISM et Save The Children)
Conclusions relatives à la qualité des résultats de l'évaluation obtenus	Compte des informations obtenues au niveau de chaque domaine d'investigation et leur traitement objectif, nous estimons que l'évaluation est bonne qualité.

Appréciation sommaire	Très satisfaisant.
Recommandations relatives au futur système de coordination et suivi-évaluation de la SRP (quoi et par qui?)	Créer au niveau de chaque département une structure de suivi évaluation à différents niveaux (National, Régional et Local) en vue d'assurer la collecte et l'analyse des données devant servir à tous les usagers.

Nom, prénoms WANN Oumar

Lieu, date : Conakry, le 27 / 03 / 2006

Fiches d'évaluation : Lutte contre les maladies prioritaires

Fiche 1 : Identification de l'intervention SRP

Informations requise	Réponse de l'évaluateur
Intitulé de l'intervention SRP	Lutte contre les maladies prioritaires
Objectifs globaux de l'intervention SRP	Améliorer l'Etat de Santé de la population
Objectifs spécifiques de l'intervention SRP	Renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies prioritaires
Principaux résultats attendus de l'intervention SRP	<ul style="list-style-type: none"> - taux de vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer ; - taux brut de 12 ‰ en 2005 et 9 ‰ en 2010 contre 14,2‰ en 199 ; - taux de mortalité infantile de 98 ‰ en 1999 à 70‰ en 2005 et 50 ‰ en 2010 ; - taux de mortalité maternelle de 52 ‰ en 1999 à 300 ‰ en 2005 ; - utilisation des services d'accouchement de 35 % à 50% ; - taux de prévalence contraceptive de 7 à 25 %
Période d'intervention prévue (mm/aa)	Début : janvier 2002 Fin : 2005
Période d'intervention probable (mm/aa)	Début : janvier 2002 Fin : 2005
Référence DSRP (chapitre, page)	Annexe DSRP et page 117
Référence OMD (chapitre, page)	Mortalité infantile (OMD 4, 5, 6 cible 5, 6, 8)
Groupe(s) cible de l'intervention SRP	Toute la population
Secteur d'intervention (voir code)	Santé
Région d'intervention (voir code)	Toutes les régions
Responsable de l'administration publique (structure concernée)	<ul style="list-style-type: none"> - Direction Nationale de Santé Publique - PEV/SSP
Organisation de la société civile guinéenne impliquée	
Partenaires internationaux impliqués	UNICEF, BM, OMS, UE, USAID, etc.
Coûts totaux de l'intervention en FG	ND
Dont % décaissés à ce jour (environ)	ND
Sources de financement (parts en %)	ND

Fiche 2 : Appréciation de la pertinence de l'intervention

Définition de la pertinence : « le caractère approprié de la logique d'intervention par rapport aux problèmes réels, aux besoins et priorités des groupes cibles et bénéficiaires envisagés auxquels l'intervention est supposée répondre, ainsi que par rapport aux contextes internationaux et nationaux, physiques et institutionnels ».

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Qui a participé à la définition originale de la logique d'intervention ?	Le Conseiller chargé de la politique sanitaire et le Chef de la Division des Services Statistiques, Etudes et Informations du Ministère de la Santé Publique.
Quel a été le degré de participation en termes quantitatifs et qualitatifs ?	Il a été incomplet en ce sens que le plan de financement de l'intervention et celui du redéploiement du personnel utile aux structures déconcentrées n'ont pas été définis dans le DSRP.
Les besoins et objectifs spécifiques et globaux de l'intervention ont-ils été correctement définis ?	Les besoins en financement de l'intervention sont définis de façon globale. Le mécanisme de leur acquisition et le mode d'utilisation par les bénéficiaires ne le sont pas.
Les moyens et activités prévus ont-ils été appropriés pour atteindre les résultats et les objectifs spécifiques et globaux	Difficile à dire car les moyens et les activités n'ont pas été reliés aux objectifs spécifiques et globaux dans le DSRP.
Les risques et les hypothèses ont-ils été correctement définis ?	Les risques et les hypothèses liés à l'intervention ne sont pas définis dans le DSRP.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux besoins différents ou changeants ?	La seule adaptation durant la mise en œuvre de l'intervention a été la stratégie porte à porte pour atteindre les populations dans les zones enclavées
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux changements externes ?	Je n'en ai pas constaté.
Actuellement, quel est le degré de pertinence de l'intervention (à tous les niveaux)	La pertinence est satisfaisante à tous les niveaux.
Les conditionnalités ont-elles été appropriées ?	
Les conditionnalités ont-elles été respectées ?	
Conclusions	Les moyens, les hypothèses et les risques n'ont pas été clairement définis dans le DSRP
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant X , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui ?)	Dans le DSRP2, il est nécessaire de définir les moyens et leur mode d'acquisition, les hypothèses et les risques éventuels de l'intervention.

Fiche 3 Appréciation de l'efficience de l'intervention

Définition de l'efficience dans : « la mesure dans laquelle les moyens et activités ont été

convertis en résultats et qualité des résultats atteints. »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Les <u>moyens</u> pour la mise en œuvre de l'intervention sont-ils dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérés au quotidien ?	Les moyens pour la mise en œuvre de l'intervention n'ont pas été définis dans le DSRP, c'est plutôt un montant brut qu'on y a mentionné pour toute l'intervention en santé (359 119 USD- de 2002 à 2005.
Les <u>activités</u> pour la réalisation des résultats attendus sont-elles dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérés au quotidien ?	Les activités pour la réalisation des résultats attendus sont contenues dans les plans d'actions opérationnelles des projets, programmes et les structures du MSP et gérées par leurs responsables en fonction des ressources disponibles.
Les <u>résultats</u> prévus à ce jour ont-ils été réalisés au niveau quantitatif ?	En terme quantitatif, les résultats sont variables selon les programmes de lutte contre les maladies prioritaires : satisfaisants au PEV et faibles dans le paludisme.
Quelle est la qualité des <u>résultats</u> à ce jour ?	Elle est bonne dans l'immunisation des enfants et des femmes, mauvaises dans la protection de la population cible contre les moustiques (3%)
Quel est le degré de <u>participation</u> des groupes cibles dans la réalisation des résultats, en termes quantitatifs et qualitatifs	Grâce à l'effort de l'information, de l'éducation et de la communication, les populations cibles ont adhéré à l'intervention à un degré élevé.
Si les <u>hypothèses</u> ne sont pas vérifiées, comment l'intervention s'est-elle adaptée ?	Les hypothèses ne sont pas explicites dans le DSRP.
Existe-il un système de gestion, de suivi et d'évaluation interne de la mise en œuvre de l'intervention ? si oui, quels sont les éléments et leur degré d'utilité ?	Le système de gestion, de suivi et d'évaluation interne de la mise en œuvre de l'intervention se fait par le monitoring des activités des structures de soins, les CTPS, les CTRS, le CTC, la revue annuelle des programmes de santé
Conclusions	Malgré la non identification des sources et du plan de financement de l'intervention dans le DSRP, les résultats obtenus sont satisfaisants.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input checked="" type="checkbox"/> , satisfaisant <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant <input type="checkbox"/> , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations	Dans le DRSP 2, il faudrait assurer une adéquation entre les

(quoi et par qui ?)	sources, le plan de financement et les résultats attendus.
----------------------------	--

Fiche 4 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité : « mesure dans laquelle les résultats (biens et services produits dans le cadre de l'intervention) ont contribué à la réalisation de l'objectif spécifique de l'intervention. L'efficacité prend en compte, entre autres, la mesure dans laquelle les hypothèses (facteurs externes) ont affecté la réalisation de l'objectif spécifique. »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Tous les bénéficiaires ont-ils <u>accès</u> aux résultats de l'intervention ?	Les bénéficiaires ont eu accès aux résultats de l'intervention par la vaccination du porte à porte pour atteindre les populations des zones enclavées. Ils ont faiblement eu accès aux résultats de la protection contre les moustiques.
Tous les bénéficiaires prévus <u>utilisent-ils</u> (tirent-ils profit) les résultats de l'intervention ?	Le taux de couverture vaccinale aux différents antigènes et celui de la protection contre le paludisme attestent du degré de l'atteinte des résultats de l'utilisation de l'intervention.
Comment les bénéficiaires perçoivent-ils les bénéfices ?	Les bénéficiaires perçoivent positivement les bénéfices par la rareté et ou la disparition de maladies autre fois redoutables et meurtrières au sein de la communauté dans ces derniers temps.
La <u>communication</u> des responsables de l'intervention avec les bénéficiaires prévus est-elle bonne ? si non, pourquoi ?	Cette communication est bonne en général.
Dans quelle mesure les <u>indicateurs</u> au niveau de l'objectif spécifique sont-ils réalisés ?	Les indicateurs au niveau de l'objectif spécifique du DSRP se réalisent favorablement.
<u>Les effets secondaires</u> (prévus ou non, positifs ou non) sont-ils cohérents avec l'objectif spécifique de l'intervention ?	Les effets secondaires avec l'objectif spécifique de l'intervention ne sont pas mentionnés dans le DSRP.
Si les <u>hypothèses</u> au niveau des résultats se révèlent corrects, dans quelle mesure l'intervention s'adapte-t-elle pour garantir les bénéfices aux bénéficiaires ?	Les hypothèses au niveau des résultats ne sont pas mentionnées dans le DSRP, dans ce cas, on ne pourrait parler d'adaptation pour garantir les bénéfices aux bénéficiaires.
L'intervention s'adapte-t-elle aux facteurs externes inattendus pour que les bénéfices atteignent les bénéficiaires ?	Oui. Par exemple, les zones enclavées ont été couvertes par l'intervention grâce à la stratégie du porte à porte dans l'immunisation des populations cibles aux antigènes.

Conclusions	L'efficacité de l'intervention est satisfaisante par l'utilisation effective de ses bénéfices par les bénéficiaires.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant X <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant <input type="checkbox"/> ,déficiente <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui)	Dans le DSRP2, énoncer clairement les hypothèses au niveau des résultats et des effets secondaires avec l'objectif spécifique de l'intervention.

Fiche 5 Appréciation de l'impact de l'intervention

Définition de l'impact : « l'effet de l'intervention sur son environnement plus large, y compris sa contribution aux objectifs globaux de l'intervention, aux objectifs de la stratégie de réduction de la pauvreté et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'intervention contribue-t-elle déjà à la réalisation de ses objectifs globaux ?	Par la réduction de l'incidence et ou de l'élimination de maladies prioritaires autre fois redoutables et meurtrières au sein de la population.
Comment l'intervention contribuera-t-elle dans l'avenir à la réalisation de ses objectifs globaux ?	Par l'amélioration de l'état de santé de la population en général.
Dans quelle mesure les indicateurs sont-ils déjà atteints au niveau des objectifs globaux de l'intervention ?	Les taux de couverture vaccinale sont, pour la plupart, dans la fourchette de 75% à 85% en fin 2005.
Dans quelle mesure ces objectifs seront-ils atteints dans les délais prévus,	Dans la mesure où (i) les moyens nécessaires restent disponibles et l'organisation favorable à l'intervention (ii) le suivi et l'évaluation des résultats ne connaissent pas d'entorse pendant la durée de l'intervention.
S'il y a des effets imprévus, sont-ils positifs ou négatifs, en terme général ou par rapport aux objectifs globaux de l'intervention ?	Les effets imprévus, positifs ou négatifs, sont difficile à apprécier ici.
Quel est le degré d'adaptation de l'intervention face aux facteurs externes imprévus ?	Difficile à apprécier maintenant en dehors du porte à porte mis en œuvre pour atteindre les populations cibles des zones enclavées dans la vaccination.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réduction de la pauvreté (en terme monétaire) ?	La réduction et l'élimination de maladies au sein de la population amoindrissent les dépenses de santé et augmentent la force de production.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réalisation des OMD ?	(i) La réduction de la mortalité maternelle et infantile, (ii)

Quel est le degré de coordination de l'intervention avec d'autres interventions dans le même secteur / région ?	Il y a une bonne coordination de l'intervention avec les autres interventions dans le secteur en ce sens que les ressources sont toutes utilisées pour atteindre les mêmes objectifs du MSP et les résultats attendus dans les plans d'action opérationnels.
Conclusion	L'impact de l'intervention est satisfaisant.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant <input checked="" type="checkbox"/> , peu satisfaisant <input type="checkbox"/> , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui)	Il est nécessaire que l'Etat, les partenaires au développement renforcent la mobilisation des ressources, l'organisation des structures à tous les niveaux et développent des évaluations conjointes de l'intervention.

Fiche 6 : Appréciation de la viabilité de l'inventaire

Définition de la viabilité : "Probabilité que les bénéfices produits par l'intervention continuent à être perçus une fois l'appui externe terminé.

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Quel soutien a été fourni de la part des institutions compétentes au niveau national, régional, sectoriel ?	Aux côtés de l'Etat, il y a eu un développement d'un partenariat actif avec les bailleurs de fonds, la société civile, les collectivités locales dans la mise en œuvre de l'intervention. Le soutien a été d'ordre logistique, matériel technique, assistances techniques, contributions financières.
Dans quelle mesure l'intervention peut-elle s'adapter aux changements des priorités politiques ?	Par l'implication de tous les acteurs dans la définition de la politique, des objectifs des stratégies dans la mise en œuvre des activités, dans le suivi et l'évaluation de l'intervention.
Les institutions compétentes (nouvelles ou déjà existantes) sont-elles capables de pérenniser les impacts de l'intervention ?	Oui, dans la mesure où les bénéficiaires des résultats de l'intervention s'approprient effectivement de la planification de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des activités de l'intervention.
Dans quelle mesure les technologies appliquées s'harmonisent-elles à la culture et aux savoirs locaux ?	Dans la mesure où lesdites communautés sont formées et éduquées sur les avantages de l'intégration de ces technologies à la culture locale.
Dans quelle mesure l'intervention optimise-elle l'utilisation faite des ressources locales ?	Par la sensibilisation, le transfert de compétence spécifique à la communauté bénéficiaire.
Les résultats sont-ils abordables aux bénéficiaires à la fin de l'intervention ?	Les résultats sont abordables aux bénéficiaires à la fin de l'intervention s'ils se sont appropriés de tout le processus de l'intervention et de son suivi évaluation.
Si l'intervention engendre les charges récurrentes, est-il probable que les fonds	Il est probable que les fonds nécessaires seront disponibles si l'effort de décentralisation des ressources financières devient une réalité sur le terrain.

nécessaires seront disponibles ?	
Les bénéfiques peuvent-ils être maintenus en cas d'évolution économique (taux de change, prix des marchandises etc.) ?	Oui, dans la mesure où la mobilisation des ressources locales connaisse une augmentation directement proportionnelle à l'évolution économique.
Conclusions	Eu égard à la motivation des bénéficiaires et des prestataires de services techniques, il est évident que les bénéfiques produits par l'intervention se poursuivent une fois l'appui extérieur terminé.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant X <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant <input type="checkbox"/> , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui ?)	Renforcer les conditions d'une véritable appropriation des activités par les bénéficiaires et améliorer les appuis techniques et financiers par le processus de décentralisation.

Fiche 7 : Appréciation du respect des thèmes transversaux de la SRP

Les thèmes transversaux de la SRP de la Guinée sont la promotion de l'égalité entre femmes et hommes, la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA et la protection de l'environnement et des ressources naturelles.

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans la logique de l'intervention et dans sa mise en œuvre ?	Dans la logique de l'intervention, les deux sexes sont largement pris en compte. Une place importante est accordée à l'immunisation des femmes contre le tétanos, à leur assistance pendant l'accouchement, à la couverture sociale en complication de la grossesse.
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans les indicateurs et hypothèses liés à l'intervention ?	Réduire la mortalité maternelle de 528 pour mille à 200 pour mille ; renforcer les accouchements assistés.
L'intervention prend-elle en compte et accepte-t-elle les attentes et besoins des groupes cibles liés aux spécificités de chaque sexe ?	Oui. Les indicateurs ci-dessus sont les préoccupations majeures des femmes.
L'intervention contribue-t-elle à la prévention du VIH/SIDA ? si oui, comment ?	Oui, par l'utilisation des seringues à usage unique dans toutes les vaccinations, la gestion appropriée des déchets biomédicaux.
Est-ce que les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont pris en compte ?	Pas de façon explicite.
Quels sont les impacts environnementaux positifs ou négatifs, attendus ou non attendus de l'intervention ?	Gestion appropriée des déchets biomédicaux dans les fosses à ordures, les incinérateurs adaptés, l'assainissement de l'environnement par investissement communautaire.
Les parties concernées y compris les bénéficiaires ont-	Non a cause du faible niveau d'instruction et de sensibilisation sur leurs responsabilités environnementales.

ils conscience de leurs responsabilités environnementales ?	
Dans quelle mesure l'intervention assure-t-elle les pratiques environnementales appropriées ?	Les pratiques environnementales appropriées sont assurées par les programmes, les projets et les communautés.
Conclusions	Le respect des thèmes transversaux de la SRP est satisfaisant dans la logique de l'intervention
Appréciation sommaire	Très satisfaisant □, satisfaisant X, peu satisfaisant □, déficitaire □
Recommandations Quoi et par qui ?	Renforcer la connaissance des acteurs sur l'importance des thèmes transversaux, pourvoir les structures techniques et les bénéficiaires de résultats d'une culture et de moyens requis pour assurer les thèmes transversaux.

Fiche 8 : Concepts, méthodes et instruments adaptés aux besoins de l'évaluation

Le choix et l'application de concepts, méthodes et instruments adaptés aux besoins de l'évaluation de la SRP sont assurés, durant toute la période de l'évaluation, par les évaluateurs compétents sous la supervision des chefs d'équipes et en étroite collaboration avec la Cellule d'Appui Technique (CAT)

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment le Secrétariat Permanent de la SRP (y compris ses groupes et cellules) a-t-il contribué à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la coordination de l'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> - Animation et gestion du SP de la SRP - Animation des groupes thématiques
Quelles sont les principales sources d'information secondaires consultées par l'évaluateur ? Est-ce qu'elles ont été disponibles dans les meilleurs délais ?	Le DSRP, les rapports d'évaluation de la SRP, la politique nationale de santé, le PNDS, le PQ, les rapports statistiques des structures du MSP. Ils ont été disponibles pendant l'évaluation.
Quelles sont les principales sources d'information primaires établies par l'évaluateur ?	Les cadres du département ciblés, les patients, les responsables des comités consultatifs, les élus locaux, etc.
Quels sont les instruments et méthodes de collecte et d'analyse d'informations appliqués par l'évaluateur ?	Revu documentaire, interview individuelle et focus groupe
Les informations disponibles sont-elles suffisamment représentatives de l'ensemble des parties concernées ?	Oui. L'essentiel des services et de principaux acteurs ont été touché pendant l'évaluation.
Quels ont été les principaux	<ul style="list-style-type: none"> - faible disponibilité des cadres par rapport à notre

problèmes rencontrés lors de l'exécution de l'évaluation ?	<p>calendrier de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - support d'informations difficilement mobilisable à certains niveaux - taille de l'échantillon importante par rapport au temps imparti pour la visite de terrain - mauvaise préparation des interlocuteurs de terrain à fournir des informations de détails - la grève a interrompu le contact entre les membres de l'équipe pendant une semaine. - L'équipe n'a pas obtenu un bureau d travail adapté. Elle a occupé la salle de réunion d'un projet pendant ses réunions et ses travaux de groupe -
Conclusions relatives à la qualité des résultats de l'évaluation obtenus	Les résultats de l'évaluation sont bons dans l'ensemble.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant X
Recommandation relatives au futur système de coordination et de suivi évaluation de la SRP (quoi et par qui ?)	Renforcer la qualité de l'organisation de l'évaluation, attendre des évaluateurs des résultats issus strictement des termes d référence et assurer le perdiem des évaluateurs pendant les visites de terrain

Dr Pépé Dramou

Lieu et date : Conakry, le 28-03-2005

Annexe : Fiches d'évaluation : Amélioration de l'accessibilité financière et renforcement des capacités institutionnelles et de gestion.

Fiche 1 Identification de l'intervention SRP

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Intitulé de l'intervention SRP	- second axe du DSRP : Développement et Accès équitable aux services sociaux de base (Santé)
Objectifs globaux de l'intervention SRP	- Améliorer l'accessibilité financière des pauvres aux services de soins. - Renforcer les capacités institutionnelles et gestion
Objectif spécifique de l'intervention SRP	- Améliorer l'Etat de Santé de la population
Principaux résultats attendus de l'intervention SRP	- Part du budget de la Santé dans le budget national de 5 à 10 % - Nombre de mutuelles fonctionnelles satisfaisantes - % de CRD disposant de conseil de santé fonctionnel - % des hôpitaux ayant un comité consultatif des usagers fonctionnels - Taux d'exclus financiers de 25 % à 10 %
Période d'intervention prévue (mm/aa)	Début : janvier 2002 Fin : 2005
Période d'intervention probable (mm/aa)	Début: 2002 Fin: 2005
Référence DSRP (chapitre, page)	DRSP annexe page 117 et 118
Référence OMD (objectif, cible)	Accessibilité aux services essentiels de soins (OMD 3 Cible 4)
Groupe(s) cible de l'intervention SRP	Toute la population en générale et les femmes en particulier à travers la promotion des MURIGA
Secteur d'intervention (voir code)	Santé
Région d'intervention (voir code)	Toutes les régions
Responsables de l'administration publique (structure concernée)	Ministère de la Santé Publique
Organisations de la société civile guinéenne impliquées	DYNAM,
Partenaires internationaux impliqués	Plan Guinée, Banque Mondiale, GTZ, UNICEF, USAID, save the children, MSH, et Nantes Guinée.
Coûts totaux de l'intervention en FG	Non Disponible
Dont % décaissés à ce jour (environ)	Non Disponible
Sources de financement (parts en %)	Non Disponible

Fiche 2 Appréciation de la pertinence de l'intervention

Définition de la pertinence: « Le caractère approprié de la logique d'intervention par rapport aux problèmes réels, aux besoins et priorités des groupes cible et bénéficiaires envisagés auxquels l'intervention est supposée répondre, ainsi que par rapport aux contextes internationaux et nationaux, physiques et institutionnels. »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Qui a participé à la définition originale de la logique d'intervention?	L'ensemble des cadres au niveau du Département ont été impliqués à la définition de la logique d'intervention dont deux ont représenté le Département au niveau du SP-SRP.
Quel a été le degré de participation en termes quantitatifs et qualitatifs?	Les objectifs, les stratégies et les indicateurs ont été fixés par les cadres au niveau de chaque Direction.
Les besoins et objectifs spécifiques et globaux de l'intervention ont-ils été correctement définis?	Oui les besoins et les objectifs ont été bien définis
Les moyens et activités prévus ont-ils été appropriés pour atteindre les résultats et les objectifs spécifiques et globaux?	L'annexe du document indique les moyens et les activités mais les moyens ne sont suffisants
Les risques et les hypothèses ont-ils été correctement définis?	Une attention n'a pas été accordée à l'identification des risques et des hypothèses.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux besoins différents ou changeants?	Les mesures d'adaptation n'ont pas été envisagées à cause d'absence de risque et hypothèse.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux changements externes?	Vu le faible niveau d'atteinte des objectifs le degré d'adaptation était insuffisant.
Actuellement, quel est le degré de pertinence de la logique d'intervention (à tous les niveaux)?	Il y a une pertinence à la logique d'intervention dont la réalisation nécessite une volonté politique soutenue.
Les conditionnalités ont-elles été appropriées?	Dans l'ensemble des conditionnalités appropriées sont préconisées.
Les conditionnalités ont-elles été	On observe souvent des cas de violation.

respectées?	
Conclusions	<p>Une volonté politique est affirmée en matière de promotion des mutuelles de santé. Cependant les cadres des services de soins ne facilitent pas la matérialisation de cette politique en développant une bonne collaboration avec les mutualistes.</p> <p>Des réformes du système de santé préconisées ont connu une faible réalisation.</p>
Appréciation sommaire	Peu satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	<p>Renforcer l'esprit de collaboration entre les mutualistes et les agents de santé.</p> <p>Procéder à l'application des réformes du système de santé préconisées</p>

Fiche 3 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité: "La mesure dans laquelle les moyens et activités ont été convertis en résultats, et la qualité des résultats atteints."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Les <u>moyens</u> pour la mise en œuvre de l'intervention sont-ils dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérés au quotidien?	La plupart des moyens prévus pour la mise en œuvre des interventions n'arrivent pas à temps à la limite des coûts prévus. On observe une faible capacité de gestion rationnelle des moyens mis à la disposition du secteur.
Les <u>activités</u> pour la réalisation des résultats attendus sont-elles dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérées au quotidien?	On note un grand retard pour la réalisation des activités prévues dont certaines ne sont pas exécutées
Les <u>résultats</u> prévus à ce jour ont-ils été réalisés au niveau quantitatif?	En général les indicateurs et les buts n'ont pas connu de réalisation. On observe dans certains lieux l'atteinte des objectifs préconisés
Quelle est la qualité des <u>résultats</u> à ce jour?	A ce jour les résultats obtenus cadrent parfaitement aux normes et critères fixés en terme d'accessibilité financière. Mais les ressources financière prévues pour la réalisation des activités n'arrivent pas de façon intégrale.
Quel est le degré de <u>participation</u> des groupes cible dans la réalisation des résultats, en termes quantitatifs et qualitatifs?	Les communautés participent qualitativement et quantitativement à la réalisation des résultats liés à la mise en œuvre de la promotion de la santé à travers les mutuelles.
Si les <u>hypothèses</u> ne sont pas vérifiées, comment l'intervention s'est-elle adaptée?	L'absence des hypothèses ne permet pas de vérifier l'atteinte des interventions.
Existe-t-il un système de gestion, de suivi et d'évaluation interne de la mise en œuvre de l'intervention? Si oui, quels sont les éléments et leur degré d'utilité?	Dans la gestion des mutuelles ils existent des fiches de suivi et évaluation. Ce mécanisme de suivi / évaluation est fondé sur l'atteinte de l'efficacité, de l'efficacité et de l'impact des objectifs.
Conclusions	On observe que les mutuelles ne reçoivent pas directement un appui financier de la part de l'Etat et leurs ressources sont très limitées pour la réalisation des activités préconisées. Les moyens humains et financiers ne sont pas mobilisés pour appliquer la réforme du système de la santé
Appréciation sommaire	satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	<ul style="list-style-type: none"> - L'Etat doit apporter un appui financier pour promouvoir les mutuelles de santé. - L'Etat doit doter des moyens humains et financiers pour réaliser les réformes du système de santé notamment la réforme des dépenses budgétaires.

Fiche 4 **Appréciation de l'efficacité de l'intervention**

Définition de l'efficacité: "Mesure dans laquelle les résultats (bien et services produits dans le cadre de l'intervention) ont contribué à la réalisation de l'objectif spécifique de l'intervention. L'efficacité prend en compte, entre autres, la mesure dans laquelle les hypothèses (facteurs externes) ont affecté la réalisation de l'objectif spécifique."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Tous les bénéficiaires ont-ils <u>accès</u> aux résultats de l'intervention?	Les résultats obtenus sont accessibles à tous les bénéficiaires.
Tous les bénéficiaires prévus <u>utilisent-ils</u> (tirent-ils profit) les résultats de l'intervention?	Oui les bénéficiaires tirent profit des résultats de l'intervention.
Comment les bénéficiaires perçoivent-ils les bénéfices?	Les services attendus en terme de prise en charge par les cadres des structures de soins ne sont pas bien appréciés par les mutualistes.
La <u>communication</u> des responsables de l'intervention avec les bénéficiaires prévus est-elle bonne? Sinon, pourquoi?	On observe une faible communication entre les responsables et les bénéficiaires.
Dans quelle mesure les <u>indicateurs</u> au niveau de l'objectif spécifique sont-ils réalisés?	Le manque des statistiques fiables ne permet pas de monter le niveau effectif d'atteinte des résultats.
Les <u>effets secondaires</u> (prévus ou non, positifs ou non) sont-ils cohérents avec l'objectif spécifique de l'intervention?	Les effets secondaires ne sont pas précisés dans le DSRP1
Si les <u>hypothèses</u> au niveau des résultats se révèlent incorrectes, dans quelle mesure l'intervention s'adapte-t-elle pour garantir les bénéfices aux bénéficiaires?	L'absence des hypothèses de risque ne favorise l'adaptation de l'intervention.
L'intervention s'adapte-t-elle aux facteurs externes inattendus pour que les bénéfices atteignent les bénéficiaires?	Le mécanisme de suivi évaluation permet de corriger les gaps constatés.
Conclusions	Les résultats qualitatifs et quantitatifs sont souvent affectés à cause du manque des hypothèses et des risques.

Appréciation sommaire	satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Les hypothèses et risques devraient être intégrées dans le second DSRP.

Fiche 5 Appréciation de l'impact de l'intervention

Définition de l'impact: "L'effet de l'intervention sur son environnement plus large, y compris sa contribution aux objectifs globaux de l'intervention, aux objectifs de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'intervention contribue-t-elle déjà à la réalisation de ses objectifs globaux?	La promotion des mutuelles favorise la réalisation des objectifs globaux.
Comment l'intervention contribuera-t-elle dans l'avenir à la réalisation de ses objectifs globaux?	Assurer une bonne collaboration entre les mutualistes et les services de soins, leur accorder un soutien financier de la part de l'Etat.
Dans quelle mesure les indicateurs sont-ils déjà atteints au niveau des objectifs globaux de l'intervention?	Le DSRP1 ne mentionne pas exactement le nombre des mutuelles à mettre en place ainsi que le personnel à recruter et à former. D'où la difficulté de mesurer l'atteinte des résultats.
Dans quelle mesure ces indicateurs seront-ils atteints dans les délais prévus?	Si les moyens humains et financiers sont mobilisés à temps et gérer correctement.
S'il y a des effets imprévus, sont-ils positifs ou négatifs, en terme général ou par rapport aux objectifs globaux de l'intervention?	Pas d'effets imprévus.
Quel est le degré d'adaptation de l'intervention face aux facteurs externes imprévus?	Les corrections apportées relatives aux gaps ont contribué à l'adaptation des interventions.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réduction de la pauvreté (en terme monétaire) ?	La promotion des mutuelles de santé permet leurs adhérents à bénéficier des services de soins à moindre coût grâce au dispositif de solidarité mise en place.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réalisation des OMD?	La fourniture de soins de qualité aux mutualistes, l'affectation du personnel et leurs qualifications ainsi que la mise en œuvre des réformes du système de santé contribuent à l'atteinte des OMD.
Quel est le degré de coordination de l'intervention avec d'autres interventions dans le même secteur / région?	Le niveau de coordination avec les autres secteurs est très faible.
Conclusions	Les effets et impacts liés à la promotion des mutuelles de santé ne sont pas systématisés par les décideurs du Département.
Appréciation sommaire	Peu satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Envisager une évaluation d'impact des interventions des mutuelles et proposer une reproductibilité des acquis.

Fiche 6 **Appréciation de la viabilité de l'intervention**

Définition de la viabilité: "Probabilité que les bénéfices produits par l'intervention continuent à être perçus une fois l'appui externe terminé."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Quel soutien a été fourni de la part des institutions compétentes au niveau national, régional, sectoriel?	Les contributions ont porté sur la collaboration, la subvention, l'affectation et la formation du personnel.
Dans quelle mesure l'intervention peut-elle s'adapter aux changements des priorités politiques?	Aucune intervention ne peut logiquement affecter le Département de la santé comme un secteur prioritaire.
Les institutions compétentes (nouvelles ou déjà existantes) sont-elles capables de pérenniser les impacts de l'intervention?	Les mutuelles, les comités de gestion ne sont pas bien préparés pour l'appropriation des interventions dans la réalisation de ces activités.
Dans quelle mesure les technologies appliquées s'harmonisent-elles à la culture et aux savoirs locaux?	Cette forme de solidarité ainsi que les formations du personnel de soins s'adaptent à nos savoirs locaux.
Dans quelle mesure l'intervention optimisent-elle l'utilisation faite des ressources locales?	Les communautés / cadres sont mise à profit pour valoriser les ressources humaines locales.
Les résultats sont-ils abordables aux bénéficiaires à la fin de l'intervention?	Des gains sont enregistrés aux des communautés.
Si l'intervention engendre des charges récurrentes, est-il probable que les fonds nécessaires seront disponibles?	La viabilité financière et organisationnelle permet de pérenniser les initiatives.
Les bénéfices peuvent-ils être maintenus en cas d'évolution économique (taux de change, prix des marchandises etc.)?	Une forte inflation peut négativement affecter les bénéficiaires.
Conclusions	Le faible soutien accordé aux mutualistes ainsi l'insuffisance des ressources humaines et financières risque fort d'affecter l'amélioration du système de soins de la population.

Appréciation sommaire	Satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	<ul style="list-style-type: none">- Un soutien accru devrait être accordé aux mutuelles,- des ressources humaines suffisantes et compétentes devraient être dotées à toutes les structures de soins.

Fiche 7 **Appréciation du respect des thèmes transversaux de la SRP**

Les thèmes transversaux de la SRP de la Guinée sont la promotion de l'égalité entre femmes et hommes, la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA et la protection de l'environnement et des ressources naturelles.

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans la logique de l'intervention et dans sa mise en œuvre?	Il n'existe pas de barrière de sexe en terme d'accès aux services de soins. Des mesures supplémentaires sont prises pour faciliter l'accessibilité financière des femmes à travers l'expérience des Murigas
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans les indicateurs et hypothèses liés à l'intervention?	L'aspect genre n'est pas pris en compte dans les indicateurs et les hypothèses.
L'intervention prend-elle en compte et accepte-t-elle les attentes et besoins des groupes cible liés aux spécificités de chaque sexe?	L'intervention prend en compte tous les sexes en matière d'accès aux services de soins.
L'intervention contribue-t-elle à la prévention du VIH/SIDA? Si oui, comment?	Le VIH SIDA est pris en compte à travers les mutuelles ainsi que les ressources humaines.
Est-ce que les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont pris en compte?	Les personnes vivant avec le VIH SIDA sont prises en compte.
Quels sont les impacts environnementaux positifs ou négatifs, attendus ou non attendus de l'intervention?	La dimension environnementale est intégrée dans les infrastructures
Les parties concernées y compris les bénéficiaires ont-ils conscience de leurs responsabilités environnementales?	Tant bien n'étant pas prise en compte la dimension environnementale est peu considérée par les bénéficiaires à cause de leur faible niveau d'instruction
Dans quelle mesure l'intervention assure-t-elle les pratiques environnementales appropriées?	Ne pas pris en compte dans ce domaine.
Conclusions	On note que la question de genre est bien respecté par le

	Département de la santé.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Renforcer les filets sociaux en faveurs des femmes à l'image des Murigas.

Fiche 8 Concepts, méthodes et instruments adaptés aux besoins de l'évaluation

Le choix et l'application de concepts, de méthodes et d'instruments adaptés aux besoins de l'évaluation de la SRP sont assurés, durant toute la période de l'évaluation, par les évaluateurs compétents sous la supervision des chefs d'équipes et en étroite collaboration avec la Cellule d'Appui Technique (CAT).

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment le Secrétariat Permanent de la SRP (y compris ses groupes et cellules) a-t-il contribué à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la coordination de l'intervention?	Chaque partie prenante du SP- SRP contribue à la réalisation des objectifs par rapport à la mission assignée par le Département de la santé
Quelles sont les principales sources d'informations <u>secondaires</u> consultées par l'évaluateur? Est-ce qu'elles ont été disponibles dans les meilleurs délais?	Les informations secondaires à travers les documents suivants : la Politique Nationale Sanitaire (PNS), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), Plan Quinquennal de Développement Sanitaire (PQDS), Rapports d'activités des autres intervenants (ONG, cadres des structures de soins, partenaires, etc.) ainsi que les rapports d'évaluation de la mise en œuvre de la SR.
Quelles sont les principales sources d'informations <u>primaires</u> établies par l'évaluateur?	Les cadres du Département de la santé à tous les niveaux concernés, les patients des structures de soins, les responsables des comités consultatifs (comité de gestion et comité consultatif des usagers), les élus des collectivités locales, les responsables des mutuelles de santé, les ONGs, Projets et Organismes internationaux constituent l'essentiels des sources d'information primaires.
Quels ont été les instruments et méthodes de collecte et d'analyse d'informations appliqués par l'évaluateur? ²	Les méthodes et les instruments de collecte utilisés sont les suivant sont entre autres, les interviews individuelles et collectives, la revue documentaire etc.
Les informations disponibles sont-elles suffisamment représentatives de l'ensemble des parties concernées?	Dans l'ensemble les informations collectées sont représentatives pour la plupart des parties prenantes impliquées dans le renforcement institutionnel et de gestion
Quels ont été les principaux problèmes rencontrés lors de l'exécution de l'évaluation?	L'accès de certaines données au niveau de la DAAF du Département, et le non respect des rendez vous établit par les informant clés ont eu un impact négatif sur le bon déroulement de la mission.
Conclusions relatives à la qualité des résultats de l'évaluation obtenus	Nous espérons que l'évaluation a une bonne qualité dans la mesure où les informations obtenues dans la plupart des domaines d'intervention cadrent avec les résultats attendus. Compte des informations obtenues au niveau de chaque que l'évaluation est bonne qualité.

Appréciation sommaire	Très satisfaisant.
Recommandations relatives au futur système de coordination et suivi-évaluation de la SRP (quoi et par qui?)	Il serait très utile de mettre dans chaque département ministériel un organe compétent chargé de promouvoir le mécanisme de suivi évaluation des différents programme et projets de développement.

Nom, prénoms Samaké Mohamed Lamine

Lieu, date : Conakry, le 26 / 03 / 2006

Annexe : Fiches d'évaluation : Amélioration de l'accessibilité financière et renforcement des capacités institutionnelles et de gestion.

Fiche 1 Identification de l'intervention SRP

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Intitulé de l'intervention SRP	- Luttés contre le VIH/SIDA et les Mutilations Génitales Féminines (MGF)
Objectifs globaux de l'intervention SRP	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtriser la prévalence du SIDA au dessous de 5% - apporter une prise en charge adéquate aux personnes malades du SIDA. - Taux d'utilisation du condom lors des relations conjugales de 40 à 100% - Disponibilité des médicaments contre le SIDA. - Faire abandonner l'excision et les tabous autours de cette pratique. - Reconversion des exciseuses à travers des campagnes de sensibilisation
Objectif spécifique de l'intervention SRP	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire l'incidence du VIH /SIDA sur le développement économique et social - Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)
Principaux résultats attendus de l'intervention SRP	<ul style="list-style-type: none"> - Mener des campagnes nationales de sensibilisation afin de réduire le taux d'infection du VIH/SIDA - Mise en place des programmes d'IEC - Ouverture dans chaque capitale régionale un centre de dépistage volontaire - Favoriser l'accès et la disponibilité des médicaments ARV - Eradiquer les MGF sur l'ensemble du territoire national - Mise en place des activités génératrices de revenu pour les ex exciseuses. - Dépôt des couteaux d'excision dans tout le pays
Période d'intervention prévue (mm/aa)	Début : janvier 2002 Fin : 2005
Période d'intervention probable (mm/aa)	Début: 2002 Fin: 2005
Référence DSRP (chapitre, page)	DSRP annexe 1.1 page 118 Les MGF ne sont pas prise en compte dans le DSRP1
Référence OMD (objectif, cible)	Lutte contre le SIDA (OMD 6, cible 7) arrêter la propagation du VIH/SIDA et inverser la tendance d'ici 2015. Les MGF ne sont pas ciblées dans les OMD
Groupe(s) cible de l'intervention SRP	Toute la population en générale et en particuliers groupes vulnérables (les routiers, les mineurs, les militaires, les travailleuse du sexe ou prostitués, les orphelins, les toxicomanes etc...) N'étant pas prise en compte par la SRP, mais la lutte contre les MGF cible particulièrement les leaders (religieux, les traditionnels, des sages), les femmes les jeunes (filles et garçon)
Secteur d'intervention (voir code)	Le secteur de la santé publique Code non déterminé
Région d'intervention (voir code)	Dans les quatre régions naturelles du pays y compris les MGF.
Responsables de l'administration publique (structure concernée)	Ministère de la Santé Publique, Ministère des Affaires Sociales de la promotion Féminine et de l'Enfance, Ministère de la Communication. Les pratiques des MGF aussi concernent l'ensemble des Département cités ci – dessus.

Organisations de la société civile guinéenne impliquées	CNLS, CRLS, CPLS pour la lutte contre le VIH / SIDA CPTAFE, MGM, AFAP pour la lutte contre les MGF.
Partenaires internationaux impliqués	Les partenaires internationaux impliqués dans les luttes contre les IST VIH/SIDA et les MGF sont GTZ, UNICEF, USAID, UNFPA, Banque Mondiale, SIDA3, PSI, OMS, ACDI,
Coûts totaux de l'intervention en FG	119.000.000 FG+183.647euro+ 28.769.961US et non disponible pour les MGF.
Dont % décaissés à ce jour (environ)	Non Disponible les deux activités.
Sources de financement (parts en %)	Fond Mondial (PMS), Fond global SIDA ; TBC et Paludisme, KFW, USAID, GG Pour les MGF il y a entre autres l'ACDI, FUNUAP, USAID, GTZ Banque mondiale

Fiche 2 Appréciation de la pertinence de l'intervention

Définition de la pertinence: « Le caractère approprié de la logique d'intervention par rapport aux problèmes réels, aux besoins et priorités des groupes cible et bénéficiaires envisagés auxquels l'intervention est supposée répondre, ainsi que par rapport aux contextes internationaux et nationaux, physiques et institutionnels. »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Qui a participé à la définition originale de la logique d'intervention?	Tous les cadres du Ministère de la Santé, le CNLS, ont assisté à la définition de la logique d'intervention dont deux étaient les points focaux du Département auprès du SP- SRP Les cadres de la CPTAFE étaient beaucoup impliqués à la définition originale de l'intervention.
Quel a été le degré de participation en termes quantitatifs et qualitatifs?	Les objectifs globaux et spécifiques ont été définis conformément aux études de base pour la conception de la logique d'intervention. En terme qualitatif et quantitatif pour la lutte contre les MGF la participation dans l'ensemble était appréciable par rapport à la logique de l'intervention.
Les besoins et objectifs spécifiques et globaux de l'intervention ont-ils été correctement définis?	Oui, suite des diagnostics participatifs communautaires les moyens et les activités à réaliser ont été bien définies. En fait les résultats sur le terrain pour les MGF sont relativement faibles par rapport à la définition exacte de l'intervention.
Les moyens et activités prévus ont-ils été appropriés pour atteindre les résultats et les objectifs spécifiques et globaux?	- Il y a des activités menées sur toute l'étendue du territoire mais les résultats pour l'atteinte des objectifs nous montrent un constat critique sur le terrain. - Malgré la disponibilité des certains moyens en matière de lutte contre les MGF, il faut noter le double langage de la plupart des leaders qui influer l'atteinte des résultats optimaux des activités programmées.
Les risques et les hypothèses ont-ils été correctement définis?	Il n'y a pas eu une prise en compte des risques et hypothèses pour mener à bon échéant ces deux activités
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux besoins différents ou changeants?	Compte tenu de l'absence des risques et hypothèses dans le cadre de la lutte contre le SIDA et les MGF, les mesures d'adaptation n'ont pas été prises en compte et restent toujours faible par rapport au besoin de changement
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux changements externes?	- Des activités ont été menées sur l'ensemble du territoire, pour permettre à la population de s'adapter à cette intervention lors de sa mise en œuvre. - Pour les MGF le niveau d'adaptation était relativement très faible par rapport aux changements externes de l'intervention.
Actuellement, quel est le degré de pertinence de la logique d'intervention (à tous les niveaux)?	La logique d'intervention est très pertinente sa mise en œuvre est très appréciée par la population. Concernant les MGF le niveau de pertinence de l'intervention n'a pas une vision claire compte tenu des mythes qui sont inventés au tour de cette pratique néfaste.

Les conditionnalités ont-elles été appropriées?	Dans l'ensemble les conditionnalités étaient relativement appropriées par rapport à l'intervention.
Les conditionnalités ont-elles été respectées?	On observe souvent des cas de violation et particulièrement la non réalisation de certaines promesses tenues pour la lutte contre les MGF.
Conclusions	On note une réelle volonté affichée dans le cadre de la lutte contre le SIDA et les MGF. Mais les campagnes de sensibilisations ne touchent pas effectivement les populations à la base et s'effectuent dans la plupart des cas à l'absence des agents de santé.
Appréciation sommaire	Peu satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Impliquer le personnel de la santé aux campagnes de sensibilisations qui s'effectuent au niveau local et procéder à un système de suivi évaluation des activités réalisées. Améliorer les activités des PAO pour toucher effectivement les populations bénéficiaires. Et tenir compte des promesses faites aux exciseuses pour faciliter leur reconversion sociale.

Fiche 3 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité: "La mesure dans laquelle les moyens et activités ont été convertis en résultats, et la qualité des résultats atteints."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Les <u>moyens</u> pour la mise en œuvre de l'intervention sont-ils dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérés au quotidien?	<ul style="list-style-type: none"> - Oui les moyens pour la réalisation de l'intervention ont été effectivement mobilisés à temps mais on constate une mauvaise gestion de ces fonds lors de la mise en œuvre de différentes activités. - Pour les MGF les fonds n'arrivent pas à temps ni dans la limite des coûts et pas de subvention effective de cette activité.
Les <u>activités</u> pour la réalisation des résultats attendus sont-elles dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérées au quotidien?	<p>Compte tenu de la variation des prix sur le marché la quasi-totalité des activités n'ont pas été réalisées à la limite des coûts prévus et du temps.</p> <p>Le retard de paiement des fonds pour les MGF, joue sur la réalisation des interventions et dans l'atteinte de leurs résultats.</p>
Les <u>résultats</u> prévus à ce jour ont-ils été réalisés au niveau quantitatif?	<p>Les résultats prévus ont été réalisés car on constate que tout est couvert par les activités de lutte contre le VIH/ SIDA.</p> <p>L'insuffisance des ressources (humaines et financières) dans la lutte contre les MGF, ne favorise l'obtention des résultats quantitatifs.</p>
Quelle est la qualité des <u>résultats</u> à ce jour?	<p>Les résultats sont très appréciables par rapport à l'attention particulière que la population porte face ce mal du siècle.</p> <p>Pour les MGF le niveau des résultats sont peu appréciables dans la réalisation l'intervention.</p>
Quel est le degré de <u>participation</u> des groupes cible dans la réalisation des résultats, en termes quantitatifs et qualitatifs?	<ul style="list-style-type: none"> - Du point de vu qualitatif et quantitatif la communauté a été largement impliqués dans toutes les différentes campagnes de lutte contre le VIH/SIDA. - Dans la lutte contre les MGF, la plupart des groupes cibles sont impliqués dans la réalisation des résultats quantitatifs et qualitatifs.
Si les <u>hypothèses</u> ne sont pas vérifiées, comment l'intervention s'est-elle adaptée?	<p>Bien sûr que les hypothèses ne sont pas vérifiables, les interventions s'effectuaient de façon participative et cette méthodologie est adaptable à la population en matière de luttes contre le SIDA et les MGF.</p>
Existe-t-il un système de gestion, de suivi et d'évaluation interne de la mise en œuvre de l'intervention? Si oui, quels sont les éléments et leur degré d'utilité?	<p>Oui, il existe un système de suivi / évaluation des interventions réalisé par les responsables du CNLS dont l'outil principal est le rapport d'activité.</p> <p>Pour les MGF, le mécanisme de suivi évaluation ne se fait que par des rapports d'activités et les visites de terrain.</p>
Conclusions	<p>La mauvaise gestion des moyens pour la mise en œuvre des activités rend la non réalisation des certains volets envisagés en matière de lutte contre le VIH/SIDA.</p> <p>Dans le cadre de la lutte contre les MGF, les moyens (financiers, matériels, et humains) pour la réalisation des interventions ne sont pas perçus en tenant compte du temps d'exécution et du coût de la réalisation de l'intervention.</p>
Appréciation sommaire	Peu satisfaisant

Recommandations (quoi et par qui?)	<ul style="list-style-type: none">- S'assurer de la bonne gestion des fonds mise à la disposition des communautés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.- Elaborer une définition originale de l'intervention en fonction de la vulnérabilité de la maladie.- Mettre des mécanismes de suivi évaluation pour l'obtention des résultats positifs en matière de lutte contre le VIH/SIDA- Conception élaboration des PAO pour la mise en œuvre efficiente des différentes interventions en matière de lutte contre les MGF.
---	---

Fiche 4 **Appréciation de l'efficacité de l'intervention**

Définition de l'efficacité: "Mesure dans laquelle les résultats (bien et services produits dans le cadre de l'intervention) ont contribué à la réalisation de l'objectif spécifique de l'intervention. L'efficacité prend en compte, entre autres, la mesure dans laquelle les hypothèses (facteurs externes) ont affecté la réalisation de l'objectif spécifique."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Tous les bénéficiaires ont-ils <u>accès</u> aux résultats de l'intervention?	Oui, car la réalisation des activités touchent effectivement tous les bénéficiaires. La méthode participative a permis aux bénéficiaires d'accéder à des résultats positifs. L'accès efficace des bénéficiaires aux résultats de l'intervention sont relativement très insuffisant dans la lutte contre les MGF.
Tous les bénéficiaires prévus <u>utilisent-ils</u> (tirent-ils profit) les résultats de l'intervention?	Oui, car les populations ont des larges informations sur les dangers socio-économiques dans le processus de développement humain durable. Oui, par la création des activités génératrices de revenus qui facilite la reconversion des exciseuses.
Comment les bénéficiaires perçoivent-ils les bénéfices?	A travers les campagnes de sensibilisation d'éducation d'information et de communication sur les risques liés à la maladie. La prise en des orphelins, des malades vivant avec le virus, la prévention de mère à enfant. La mise œuvre de l'approche écoute et dialogue permet de toucher presque tous les bénéficiaires.
La <u>communication</u> des responsables de l'intervention avec les bénéficiaires prévus est-elle bonne? Sinon, pourquoi?	Elle s'effectue par des sensibilisations à travers les points focaux au niveau sectoriel qui est appréciable par les bénéficiaires. Les responsables de la communication en matière de lutte contre les MGF véhiculent facilement leur message par l'approche écoute et dialogue.
Dans quelle mesure les <u>indicateurs</u> au niveau de l'objectif spécifique sont-ils réalisés?	Dans la mesure où ils existent des ressources financières et humaines suffisantes qui peuvent favoriser l'atteinte des résultats réalistes. En s'appuyant sur la priorité des bénéficiaires et conformément aux ressources disponibles pour la réalisation des activités de lutte contre les MGF.
Les <u>effets secondaires</u> (prévus ou non, positifs ou non) sont-ils cohérents avec l'objectif spécifique de l'intervention?	Oui : ces effets cadrent avec les objectifs prévisibles pour l'atteinte des objectifs. Dans la mesure où les ressources disponibles ne sont pas mises en cause pour la réalisation efficace de l'intervention en vue d'éradiquer cette pratique néfaste.
Si les <u>hypothèses</u> au niveau des résultats se révèlent incorrectes, dans quelle mesure l'intervention s'adapte-t-elle pour garantir les bénéfices aux bénéficiaires?	La meilleure façon d'assurer ces bénéfices est d'impliquer les communautés aux différentes activités qui doivent être réalisées au niveau local. Si les moyens disponibles sont correctement utilisés aux profits des bénéficiaires dans le cadre de la lutte contre les MGF.
L'intervention s'adapte-t-elle aux facteurs externes inattendus pour que	En s'appuyant sur la participation effective des bénéficiaires lors de la mise en œuvre des activités tout en tenant compte des facteurs externes inattendus des différentes interventions. Malgré l'insuffisance des ressources en matière de lutte contre les

les bénéfices atteignent les bénéficiaires?	MGF et la réticence de certains leaders religieux, la mise en œuvre des activités sur le terrain s'adapte aux facteurs externes de l'intervention.
Conclusions	Nécessité de mener des activités de suivi évaluation lors l'exécution des PAO de lutte contre le VIH/SIDA Ressources financières et humaines insuffisantes et réticence de certains leaders religieux pour l'atteinte des résultats de l'intervention dans la lutte contre les MGF.
Appréciation sommaire	satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Assurer le suivi / évaluation des différentes campagnes de sensibilisation d'éducation et d'information afin d'atteindre des résultats plus fiables au niveau local. Le service public doit appliquer des mesures de répression contre les MGF tout en s'appuyant sur la mise en place de l'approche écoute et dialogue.

Fiche 5 Appréciation de l'impact de l'intervention

Définition de l'impact: "L'effet de l'intervention sur son environnement plus large, y compris sa contribution aux objectifs globaux de l'intervention, aux objectifs de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'intervention contribue-t-elle déjà à la réalisation de ses objectifs globaux?	<ul style="list-style-type: none"> - Financement des PAO pour l'atteinte des objectifs, - Usage des condoms par plusieurs couches vulnérables à travers les campagnes de sensibilisations - Opérationnalisation des centres de dépistage volontaire au niveau des régions - On note une légère atteinte de certains résultats à travers les dépôts de couteaux d'excision enregistrés dans certaines localités, création des activités génératrice de revenu et la mise en place des points focaux dans certaines préfectures
Comment l'intervention contribuera-t-elle dans l'avenir à la réalisation de ses objectifs globaux?	<p>Dans un proche avenir il est possible d'inverser la tendance à travers les différentes activités qui s'effectuent sur l'étendue du territoire national.</p> <p>Pour les MGF l'atteinte des résultats par rapport aux objectifs globaux sera très difficile sur le terrain compte tenu aux dogmes coutumiers qui en découle de cette pratique néfaste.</p>
Dans quelle mesure les indicateurs sont-ils déjà atteints au niveau des objectifs globaux de l'intervention?	<p>Par la maîtrise de la prévalence du VIH / SIDA au dessous de 5% à travers la réalisation des plusieurs activités liées à l'atteinte de cet objectif.</p> <p>N'étant prise en compte dans le DSRP l'atteinte des résultats fiables au niveau des objectifs globaux de l'intervention est très limitée pour les MGF et cette pratique se fait toujours sentir sur le terrain.</p>
Dans quelle mesure ces indicateurs seront-ils atteints dans les délais prévus?	<p>Dans la mesure où ils existent des ressources financières disponibles et s'assurer surtout de l'exécution efficace de ces différentes activités.</p>
S'il y a des effets imprévus, sont-ils positifs ou négatifs, en terme général ou par rapport aux objectifs globaux de l'intervention?	<p>Cette rubrique est très difficile à cerner car les imprévus sont en général rarement pris en compte.</p>
Quel est le degré d'adaptation de l'intervention face aux facteurs externes imprévus?	<p>Les campagnes de dépistage volontaire sans frais, certains traitements gratuits par les ARV. Le rapprochement des structures de prise en charge des malades au près des communautés locales</p> <p>Pour les MGF on observe une influence négative des facteurs externes imprévus sur le degré d'adaptation de l'intervention</p>
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réduction de la pauvreté (en terme monétaire) ?	<p>La santé étant le capital consécutif du développement humain, sa prévention contre les IST / VIH /SIDA assure un développement social durable.</p> <p>La non pratique de cette activités néfaste peut améliorer la santé de la reproduction de la femme et tout en réduisant les risques de transmission du VIH/SIDA à travers les MGF.</p>
Comment l'intervention	<p>En réalisant de façon efficace les activités pour l'atteinte des</p>

contribue-t-elle à la réalisation des OMD?	objectifs, il est très probables la propagation du VIH / SIDA tout en inversant la tendance à l'horizon 2015. Les MGF ne sont pas prises en compte pour la réalisation des OMD.
Quel est le degré de coordination de l'intervention avec d'autres interventions dans le même secteur / région?	Cela s'explique par la mise en place des cadres de concertation au niveau sectoriel et local pour mieux coordonner toutes les interventions qui s'effectuent sur le terrain. Le niveau de coordination des interventions des MGF est peu significatif qui est dû par une insuffisance de concertation entre les différents acteurs impliqués au niveau local.
Conclusions	Se fait sentir surtout auprès de la population car elle est bien outillée sur les modes de prévention contre le VIH/ SIDA grâce aux différentes campagnes de sensibilisation menées les radios (nationales, communautaires et rurales) ainsi que la télé nationale. Les MGF ne sont pas prise en compte par le DSRP1 et par les OMD, l'impact des interventions est peu remarque au niveau des bénéficiaires.
Appréciation sommaire	Peu satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	Motiver les acteurs locaux à renforcer leurs capacités d'analyse dans la conception des toutes les interventions qui doit s'opérer en matière de lutte contre ce mal qui frein le développement socio-économique de toute une nation. Intégrer la lutte contre les MGF dans l'élaboration du second DSRP et impliquer tous les bénéficiaires dans lutte contre les cette pratique.

Fiche 6 Appréciation de la viabilité de l'intervention

Définition de la viabilité: "Probabilité que les bénéfiques produits par l'intervention continuent à être perçus une fois l'appui externe terminé."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Quel soutien a été fourni de la part des institutions compétentes au niveau national, régional, sectoriel?	Fournir une assistance technique, financière et une mobilisation des ressources humaines pour mener à bon échéant ces deux activités dans toutes les régions et départements ministériels.
Dans quelle mesure l'intervention peut-elle s'adapter aux changements des priorités politiques?	Etant une priorité à l'échelle tant nationale qu'internationale, aucune mesure ne peut remettre en cause ce secteur prioritaire compte tenu de l'importance des activités à réaliser.
Les institutions compétentes (nouvelles ou déjà existantes) sont-elles capables de pérenniser les impacts de l'intervention?	Il serait très difficile de pérenniser les résultats des différentes interventions s'il n'y a pas des ressources financières et humaines appropriées pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les MGF.
Dans quelle mesure les technologies appliquées s'harmonisent-elles à la culture et aux savoirs locaux?	Les campagnes nationales de sensibilisation et l'approche écoute dialogue sont en général des mesures qui s'adaptent facilement pour la mise en œuvre des activités au niveau socioculturel.
Dans quelle mesure l'intervention optimisent-elle l'utilisation faite des ressources locales?	Dans le cadre des luttes contre SIDA et les MGF, les différents bénéficiaires des interventions ont été mis à profit pour valoriser les ressources locales.
Les résultats sont-ils abordables aux bénéficiaires à la fin de l'intervention?	Les résultats étant bénéfique pour toutes les communautés ainsi leurs mises en œuvre nécessitent à la fois la collaboration de tous les acteurs impliqués à ces différentes luttes contre le SIDA et les MGF.
Si l'intervention engendre des charges récurrentes, est-il probable que les fonds nécessaires seront disponibles?	Cela ne dépendant que de la viabilité des ressources financières disponibles pour la réalisation des différentes activités.
Les bénéfiques peuvent-ils être maintenus en cas d'évolution économique (taux de change, prix des marchandises etc.)?	La hausse généraliser de tous les prix au niveau du marché peut engendrer des conséquences néfastes sur l'évolution économique et sur la mise en œuvre efficiente des activités.
Conclusions	Faible intervention des activités de lutte contre auprès des bénéficiaires. La non disponibilité des ressources humaines et financières en matière de lutte contre les MGF.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant
Recommandations (quoi et par qui?)	- Appropriation des différentes interventions auprès des bénéficiaires.

	- Renforcer l'appui financier des activités de lutte contre les MGF.
--	--

Fiche 7 **Appréciation du respect des thèmes transversaux de la SRP**

Les thèmes transversaux de la SRP de la Guinée sont la promotion de l'égalité entre femmes et hommes, la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA et la protection de l'environnement et des ressources naturelles.

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans la logique de l'intervention et dans sa mise en œuvre?	En matière de lutte contre le SIDA, on note la non discrimination des sexes à tous les niveaux (sectoriels et locaux). La lutte contre les MGF, touche en général tous les sexes et particuliers les jeunes filles. Ainsi pour la réalisation des activités il n'existe de barrière de sexe pour l'atteinte des objectifs.
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans les indicateurs et hypothèses liés à l'intervention?	Le genre ne pas pris en compte pour mener les activités de lutte contre le VIH/SIDA. Tandis que en matière de lutte contre les MGF, cette activité à pour cible principale les jeunes filles non excisées mais l'intervention s'effectue avec la participation des tous les sexes.
L'intervention prend-elle en compte et accepte-t-elle les attentes et besoins des groupes cible liés aux spécificités de chaque sexe?	La lutte contre le VIH/SIDA prend en compte tous les groupes cibles en matières et sans distinction de sexe. Pour les MGF les groupes cibles en général concernent les filles non excisées pour l'atteinte des objectifs spécifiques.
L'intervention contribue-t-elle à la prévention du VIH/SIDA? Si oui, comment?	Le volet VIH / SIDA est pris en compte à travers les différentes activités qui sont menées sur le terrain. Les MGF aussi prend en considération car sa pratique peut d'une autre manière favoriser la transmission du virus pendant l'excision.
Est-ce que les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont pris en compte?	Malgré la mauvaise gestion des fonds de lutte contre le VIH/SIDA, on observe que certains besoins sont plus ou moins pris en compte.
Quels sont les impacts environnementaux positifs ou négatifs, attendus ou non attendus de l'intervention?	Ce volet est intégré dans les infrastructures,
Les parties concernées y compris les bénéficiaires ont-ils conscience de leurs responsabilités environnementales?	Pas du tout conscient de leur implication au niveau de l'environnement.
Dans quelle mesure l'intervention assure-t-elle les pratiques environnementales appropriées?	Avec l'incinération systématique de tous les objets souillés au niveau des structures de soins pour une prévention contre le VIH/SIDA.
Conclusions	En matière de lutte contre le VIH /SIDA et les MGF on observe en général un équité au niveau de l'aspect genre.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant
Recommandations	Tenir en compte tous les termes transversaux lors de la mise en

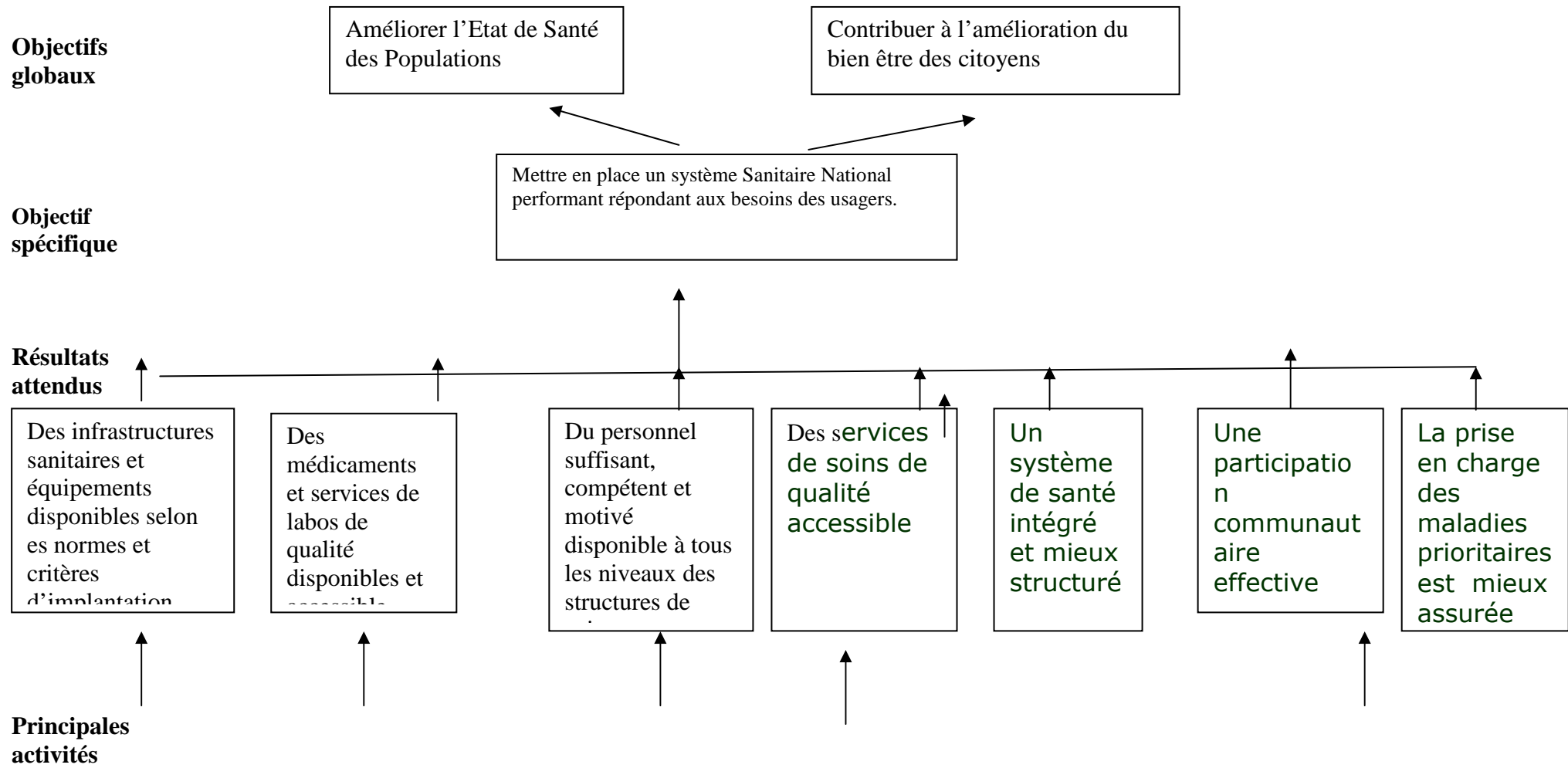
(quoi et par qui?)	œuvre des différentes activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les MGF.
---------------------------	--

Fiche 8 Concepts, méthodes et instruments adaptés aux besoins de l'évaluation

Le choix et l'application de concepts, de méthodes et d'instruments adaptés aux besoins de l'évaluation de la SRP sont assurés, durant toute la période de l'évaluation, par les évaluateurs compétents sous la supervision des chefs d'équipes et en étroite collaboration avec la Cellule d'Appui Technique (CAT).

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment le Secrétariat Permanent de la SRP (y compris ses groupes et cellules) a-t-il contribué à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la coordination de l'intervention?	Le SP-SRP s'impliquait à travers des réunions de concertation et des appuis de suivi / évaluation des différentes activités réalisées.
Quelles sont les principales sources d'informations <u>secondaires</u> consultées par l'évaluateur? Est-ce qu'elles ont été disponibles dans les meilleurs délais?	Les principales sources d'information secondaires proviennent pour la plupart des rapports d'activités du CNLS, de SIDA3, du Fonds Global, de PSI Guinée, de CPTAFE, AFAFE, ainsi que les rapports d'évaluation de la mise en œuvre de la SRP.
Quelles sont les principales sources d'informations <u>primaires</u> établies par l'évaluateur?	Les informations primaires proviennent des informants clés du MSP, les patients des structures de soins, les responsables des comités consultatifs (comité de gestion et comité consultatif des usagers), les élus locaux, les ONGs, Projets et Organismes
Quels ont été les instruments et méthodes de collecte et d'analyse d'informations appliqués par l'évaluateur?	La plupart de ces informations ont été collectées à travers les interviews, les focus groupes et la revue documentaire.
Les informations disponibles sont-elles suffisamment représentatives de l'ensemble des parties concernées?	En général les informations obtenues reflètent pour la plupart des cas à la vision des parties concernées.
Quels ont été les principaux problèmes rencontrés lors de l'exécution de l'évaluation?	Mobilité des informants clés, le non respect de la plupart des rendez-vous et une estimation de cette évaluation comme une inspection au niveau des différentes investigations à mener.
Conclusions relatives à la qualité des résultats de l'évaluation obtenus	Satisfait de la qualité des documents, des rapports fournis et des informations obtenus durant l'évaluation et la méthodologie de travail cadre à l'atteinte des résultats de l'évaluation.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant.
Recommandations relatives au futur système de coordination et suivi-évaluation de la SRP (quoi et par qui?)	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer les structures (centrales, régionales, préfectorales et locales) pour mieux expliquer le contenu du DSRP2 jusqu'au niveau périphérique, - Renforcer les moyens financiers et logistiques pour mieux élargir le système de suivi évaluation des différentes activités programmées.

Nom, prénoms : CAMARA Sidiki



- Construction, ou rénovation ou extension des structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux normes et critères d'implantation
- Equipement des structures de soins conformément au paquet minimum d'activité
- Maintien des infrastructures et équipements en bon état selon les normes
- Dotation des structures de soins en médicaments essentiels
- Mise en place des laboratoires de qualité
- Recrutement et affectation du personnel à tous les niveaux des structures de soins selon le PMA
- Formation des cadres en fonction des besoins réellement ressentis
- Attribution des primes de performance
- Attribution des logements au personnels évoluant les zones rurales en particulier
- Allocation des subventions aux différents niveaux des structures de soins
- Soutien aux indigents
- Implantation des mutuelles de santé dans les Collectivités Locales
- Décentralisation et déconcentration de la gestion du système sanitaire
- Elaboration des plans de développement sanitaire des Différents districts sanitaires
- Implantation des organes consultatifs à tous les niveaux des structures de soins
- Appui formation et conseil aux organes
- Vaccination des enfants et des femmes
- Intégration des vaccin anti-malaria et anti-hépatite B dans le PEV
- Réalisation des soins de santé primaires
- Réalisation de la prophylaxie contre le paludisme
- Soutien à l'accouchement sous surveillance et la planification familiale et lutte contre les mutilations génitales féminines
- Réalisation des études sur les maladies émergentes et ré émergentes

LUTTE CONTRE LES VIH/SIDA

Cadre logique Indicatif DSRP II

Logique d'intervention	I.O.V	Source de vérification	hypothèses
<p>Objectifs globaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réviser et adapter le cadre stratégique nationale de lutte contre le Sida à l'évolution de la maladie. - Renforcer la prise en charge de P.VVIH à évolution de l'épidémie dans notre pays 	<p>Nombre de plans intégré de lutte contre le Sida comprenant les interventions dans partenaires au développement disponibles contenant la nouvelle stratégie</p> <p>100% les disponibilités dans médicaments contre le Sida</p> <p>100% des cas dépisté pris en charge</p>	<p>Rapport des départements de tutelle – Rapport du CNLS et les partenaires au développement.</p> <p>Rapport des structures sanitaires de pris en charge et des comités de luttés.</p>	<p>Soutien des activités par les décideurs politique, économiques socioculturelle et institutionnel.</p>
<p>Objectifs Spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêté la propagation du VIH/SIDA ET inverser la tendance d'ici 2015. - Assurer une prise en charge adéquate de tous les P.VVIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de séroprévalence parmi les adultes de 15 à 49 ans et des femmes enceintes de 15 à 24 ans. - Taux d'utilisation du préservatif. 100% des P.VVIH pris en charge 	<p>Rapport d'enquêtes réalisées au niveau des groupes cibles et des services de prise en charge.</p>	<p>Harmoniser les interventions entre : acteurs locaux, partenaires au développement et O.S.C</p>

RESUTATS ATTENDUS

R1 : Un nouvel cadre stratégique national de lutte adapté est disponible	Validation par les décideurs politiques.	Journal officiel au SP/SRP	Appui financier et technique de l'Etat et des partenaires.
R2 : Les activités de prévention et de prise en charge sont démultipliées sur l'ensemble du territoire	Nombre de P.A.O exécutés. Taux d'utilisation du préservatif à 80%. 100% pris en charge des cas dépistés de Sida	Rapport CNLS Résultat des enquêtes (P.S.I). Rapport structures de prise en charge.	Appui financier de l'Etat et des partenaires
R3 : Des centres de dépistage et de prise en charge des P.VVIH élargies dans les villes de toutes les préfectures.	100% couvertures géographiques en CDV et des centres de prise en charge dans le pays.	Rapport CRLS – CNLS Rapport des partenaires	Gestion correcte des ressources disponibles.
R4 : Les comités de lutte (Régional, Préfectoral) sont rendus opérationnel	70% des membres formés sur la conception des P.A.O	Rapport SE/CNLS Rapport CRLS	Niveau de capacité des comités améliorés
R 5 : Des acteurs locaux capables de concevoir et de gérer leur P.A.O de lutte contre/SIDA	80% des acteurs sont formés. Nombre d'acteurs formés	Rapport SE/CNLS Rapport CRLS	Niveau de conception et de gestion des acteurs renforcés

ACTIVITES	Moyen	calendrier
<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer l'élaboration de la nouvelle stratégie • Evaluer les activités réalisées • Mise en place de la nouvelle stratégie de lutte sur l'ensemble du territoire ; • Ouverture des CDV dans toutes les préfectures. • Elargir les centres de prise en charge. • Harmoniser les activités de prise en charge entre les acteurs locaux et les partenaires. • Renforcer la capacité de comités de lutte (Régional, S/Préfectoral). • Mettre en place un système de suivi périodique au niveau local/ • Définir un cadrage financier de la prise en charge. • Instaurer un système de motivation des acteurs pour pérenniser les acquis du projets 	A préciser	A préciser

