



FR

**CETTE ACTION EST FINANCÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE**

**ANNEXE 1**

de la décision d'exécution de la Commission relative au financement du plan d'action annuel en faveur de la République de Guinée pour 2024

**Document d'action Programme d'appui au secteur de la santé en Guinée (PASS GUI)**

**PLAN D'ACTION ANNUEL**

Le présent document constitue le programme de travail annuel au sens de l'article 110, paragraphe 2, du règlement financier, ainsi qu'au sens de l'article 23 du règlement IVCDI – Europe dans le monde.

## 1 SYNTHÈSE

### 1.1 Tableau récapitulatif de l'action

<b>1. Titre CRIS/OPSYS Acte de base</b>	Programme d'appui au secteur de la santé en Guinée (PASS GUI) OPSYS number : ACT-62396 Financé au titre de l'instrument de voisinage, de coopération au développement et de coopération internationale (IVCDI - Europe dans le monde)
<b>2. Initiative «Équipe Europe»</b>	Non
<b>3. Zone bénéficiaire de l'action</b>	L'action sera menée à l'endroit suivant: République de Guinée
<b>4. Document de programmation</b>	Programme Indicatif Pluriannuel pour la république de Guinée 2021-2027
<b>5. Lien avec les objectifs/résultats attendus du (des) PIP concernés</b>	Domaine prioritaire "Développement humain" ; Objectif spécifique 2.3: Favoriser l'accès à des soins de qualité pour la population guinéenne, en particulier pour la santé maternelle, infantile et reproductive. R 2.3a: Une meilleure gouvernance du secteur de la santé est en place. R 2.3b: Un système de santé vers la couverture sanitaire universelle est en place.
<b>DOMAINES PRIORITAIRES ET INFORMATIONS SECTORIELLES</b>	
<b>6. Domaine(s) prioritaire(s), secteurs</b>	120 Santé : 100% 12110 Politique de la santé et gestion administrative : 50% 12220 Soins et services de santé de base : 50%
<b>7. Objectifs de développement durable (ODD)</b>	ODD principal : ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge Autres ODD importants : Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles Objectif 10 : Réduction des inégalités Objectif 17 : Partenariats pour la réalisation des objectifs.
<b>8. a) Code(s) CAD</b>	120 Santé : 100% 12110 Politique de la santé et gestion administrative : 50% 12220 Soins et services de santé de base : 50%

<b>8. b) Principal canal d'acheminement</b>	13000 Gouvernement tiers (coopération déléguée)			
<b>9. Objectifs de dépenses</b>	<input type="checkbox"/> Migration <input type="checkbox"/> Climat <input checked="" type="checkbox"/> Inclusion sociale et développement humain <input checked="" type="checkbox"/> Égalité de genre <input type="checkbox"/> Biodiversité <input type="checkbox"/> Éducation <input checked="" type="checkbox"/> Droits de l'homme, démocratie et gouvernance			
<b>10. Marqueurs</b>  (À partir du formulaire CAD)	<b>Objectif général @</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif significatif</b>	<b>Objectif principal</b>
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Réduction des risques de catastrophe @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inclusion des personnes handicapées @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nutrition @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Marqueurs de la convention de Rio</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Diversité biologique @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>11. Marqueurs internes et balises</b>	<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>
Transformation numérique @		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
connectivité numérique gouvernance numérique entrepreneuriat numérique compétences numériques services numériques		OUI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Connectivité @		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
connectivité numérique énergie transports santé		OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

	éducation et recherche			
	Migration @	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réduction des inégalités @	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INFORMATIONS RELATIVES AU BUDGET</b>				
<b>12. Montants concernés</b>	Ligne budgétaire (ligne et poste budgétaire): 14.020120- Coût total estimé: 20 000 000 EUR Montant total de la contribution du budget de l'UE: 20 000 000 EUR			
<b>GESTION ET EXÉCUTION</b>				
<b>13. Type de financement</b>	<b>Gestion indirecte</b> avec une entité(s) à sélectionner conformément aux critères énoncés à la section 4.4.1.			

## 1.2 Résumé de l'action

Le Programme d'appui au secteur de la santé en Guinée vise le développement de la couverture santé universelle (CSU) par la mise en place de réformes sectorielles (gouvernance, médicaments et ressources humaines) et d'une expérience pilote d'assurance maladie universelle. Cette expérience de CSU sera basée sur une offre de soins de qualité et sur un système de financement des soins, d'accompagnement et de contrôle, et d'achat stratégique de services. L'action couvrira tout le territoire guinéen et l'expérience pilote se concentrera sur Conakry et la région de Nzérékoré. Il est attendu que la qualité et l'accessibilité des services de santé soit améliorée et qu'une stratégie nationale de CSU soit mise en œuvre. L'action, pilotée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique sur une période de quatre ans mais avec une vision à moyen terme, sera mise en œuvre par une ou plusieurs entités chargée(s) de l'exécution en gestion indirecte.

Le secteur de la santé en Guinée a été fortement atteint par les crises Ebola et Covid, et ces crises ont aussi impulsé une approche d'urgence qui a atteint ses limites. La présente action est conçue comme une réforme structurante du secteur sur le long terme avec une vision partagée entre les différents acteurs nationaux et internationaux. Autour de cette action une approche Équipe Europe est en train de se construire. L'Équipe Europe se positionne à côté du Ministère, comme acteur principal de changement pour la mise à disposition de la population d'un service de santé de qualité et accessible. Des programmes complémentaires de la Belgique et de la France sont en phase de conception et appuieront la mise en place des réformes et des conditions nécessaires à la réalisation de la CSU en Guinée.

Cette action contribuera principalement à atteindre progressivement l'objectif des ODD 3 et appuie directement la mise en œuvre de la cible n° 8. Le secteur de la santé est une priorité de l'UE, étant un des cinq domaines stratégiques du Global Gateway. L'approche privilégiée par l'action contribuera aussi à l'objectif 2 de la EU Global Health Strategy<sup>1</sup> « Renforcer les systèmes de santé des pays et faire progresser la CSU ». L'action est au cœur de l'engagement du gouvernement dans le domaine de la santé déclinées dans le Programme de Référence Intérimaire 2022-2025. Le Plan National de Développement de la Santé arrivera à échéance en 2024. Son évaluation et révision ainsi qu'un audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la Santé ont démarré ; ces documents qui seront finalisés en 2024 constitueront le cadre stratégique et programmatique de cette action.

---

<sup>1</sup> [https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_en)

### 1.3 Zone bénéficiant de l'action

Tous les composants de l'action sont réalisés dans la République de Guinée qui est incluse dans la liste des bénéficiaires de l'APD.

## 2 JUSTIFICATION

### 2.1 Contexte

La Guinée reste l'un des pays les moins avancés au monde, étant au 182<sup>ème</sup> rang sur 189 pays sur l'Indice de développement humain (IDH) 2021 -PNUD. Avec une régression de 4 points sur l'année précédente, le pays reste classifié dans la catégorie « développement humain faible ». Selon l'Indice de l'égalité de genre 2015 élaboré par la Banque Africaine de Développement, la Guinée est le 48<sup>ème</sup> des 52 pays africains évalués.

Depuis 2013, la Guinée traverse une série de crises sanitaire, politique, sociale et économique qui pèsent sur son développement. Depuis le coup d'État du 5 septembre 2021, les autorités de Transition poursuivent leur politique de renforcement de souveraineté et de rééquilibrage des partenariats. La Guinée maintient une certaine stabilité et sécurité et la "refondation" s'illustre notamment par le lancement de multiples chantiers inaugurés dans l'ensemble du pays (hôpitaux, écoles, routes, ...).

L'économie de la Guinée est caractérisée par le secteur extractif qui occupe la place prépondérante face au reste de l'économie. Il contribue à la production d'indicateurs macro-économiques positifs mais très faiblement à l'amélioration de la situation économique d'ensemble. La croissance, par conséquence, n'est pas inclusive et ne profite que faiblement à la population en l'absence de mécanismes de redistribution, en particulier pour les secteurs les plus marginalisés de la société. Ainsi, malgré les chocs successifs des dernières années (Ebola, COVID-19, incertitudes politiques, choc mondial sur les prix des produits alimentaires, ...), les chiffres de la croissance globale sont restés comparativement bons grâce au secteur minier. La croissance réelle de l'économie guinéenne est estimée à 5,7% en 2023 et devrait se maintenir à ce niveau au cours des prochaines années

La situation sociale de la Guinée est marquée par une grande pauvreté et des déficiences importantes dans l'accès aux services sociaux de base, ce qui se traduit par des indicateurs comparativement plus faibles par rapport à la plupart des autres pays de la région et à l'Afrique sub-saharienne en général. 43,7% des guinéens vivent en dessous du seuil national de pauvreté et 36,1% d'entre eux avec moins de 1,9 USD/jour. 43,5% de la population se trouve en situation de pauvreté multidimensionnelle et 16,4% est considéré comme vulnérable. Les principaux facteurs de pauvreté multidimensionnelle sont l'accès limité à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement. Les personnes vivant dans la pauvreté ont souvent des difficultés à payer les frais de santé, à accéder aux services de santé et à suivre un traitement complet.

La Guinée fait face à des défis majeurs en raison du changement climatique, notamment en raison de sa dépendance significative à l'égard des activités socio-économiques liées à la production vivrière, qui est fortement influencée par les conditions climatiques. Les variations dans la répartition des précipitations affectent négativement le mode de vie de la population, en particulier dans les régions du nord et du nord-est. Les secteurs vulnérables incluent l'eau, l'agriculture, l'élevage, l'énergie, la foresterie, les écosystèmes naturels, et particulièrement le secteur de la santé. Les variations prévues de températures et de précipitations jusqu'en 2025 et 2050 auront des impacts considérables sur la santé des populations, exacerbant les maladies transmissibles, cardiovasculaires et dermatologiques.

Structurellement, la population de la Guinée qui est estimée à 13 622 398 habitants en 2023 (projections Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014) avec 52% de femmes, est jeune. 41% a moins de 14 ans et la tranche d'âge 10-24 ans représente 34% de la population. Le recensement de la population de 2014 a estimé la prévalence des personnes handicapées à 2,5 %, ce qui est très probablement une sous-estimation par rapport aux données récentes de l'OMS selon lesquelles 16 % de la population souffre d'un handicap. Le taux de croissance démographique projeté pour la période 2020-2025 est de 2,7% par an avec un taux de fécondité de 4,2%. La population est en voie d'urbanisation avec 37% du total et le rythme annuel d'urbanisation est d'environ 3,5%. Ce processus confronte les villes à un certain nombre de défis, économiques, sociaux, environnementaux et sanitaires. La fragilité de la situation sociale se reflète dans les indicateurs en matière de santé et d'éducation. Ainsi l'espérance de vie est de 58,9 ans, en deçà de la moyenne en Afrique subsaharienne (60,1 ans). Le taux de mortalité maternelle est de 576 pour 100 000, supérieur à la moyenne sub-saharienne ; seulement 55% des naissances sont

assistées par un personnel médical qualifié. Les décès maternels représentent 29 % des décès chez les femmes âgées de 15 à 49 ans et 41 % des décès chez les adolescentes. Les taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans ont diminué depuis 2010 mais ils sont encore parmi les plus élevés au monde, soit 63,8 et 98,8 pour 1 000 naissances vivantes respectivement en 2019.

Près de la moitié des personnes qui tombent malades n'ont pas recours aux services de santé dont elles ont besoin, surtout les personnes en situation de vulnérabilité et la marginalisation. Le coût élevé des services, les longues attentes et le manque de médicaments sont les principaux problèmes signalés par les personnes qui utilisent les services de santé publiques<sup>2</sup>. En outre, les personnes handicapées rencontrent des obstacles supplémentaires pour utiliser les services de santé, tels que des attitudes négatives de la part de la communauté et des agents de santé, un revenu disponible plus faible pour payer les services, de longues distances pour accéder aux services de santé et des transports publics inaccessibles et peu sûrs, pour ne citer que quelques exemples de ces obstacles<sup>3</sup>. En 2019, la Guinée avait la neuvième plus grande charge de morbidité au monde. La transition épidémiologique en Guinée se traduit par la montée du poids de la maladie dû aux maladies non transmissibles, comme le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, mais aussi les traumatismes (en particulier les accidents de la route). Les maladies infectieuses restent, malgré tout, parmi les premières causes de morbidité et de mortalité (le paludisme est toujours la première cause de mortalité enregistrée à l'hôpital).

Le système de soins guinéen est composé des sous-secteurs public et privé. Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale. Dans le secteur public, le niveau opérationnel comprend 38 districts sanitaires dont 5 à Conakry, 430 centres de santé, 8 Centres de santé améliorés (CSA), 9 Centres médico-communaux (CMCO), 1352 Postes de Santé (PS) et 26 Hôpitaux préfectoraux (HP). La gestion du système de santé de district, incluant la coordination des interventions, est assurée par la Direction Préfectorale/Communale de la Santé (DPS/DCS). C'est le lieu d'application des directives pour la mise en œuvre des interventions des programmes de santé publique. Le niveau intermédiaire est constitué de 8 Inspections Régionales de la santé (IRS) et de 8 Hôpitaux Régionaux (HR). L'Inspection Régionale de la Santé impulse et coordonne les programmes de santé publique intervenant dans la région sanitaire ; le niveau central est composé du cabinet du Ministère, de 7 directions nationales, 13 programmes de santé publique et 3 Hôpitaux Nationaux (HN).

Le sous-secteur privé comprend d'une part, les structures médicales, et d'autre part, les structures biopharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sages-femmes, le cabinet de consultations médicales, et la clinique. Avec une cartographie de 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sages-femmes, 152 cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'explorations médicales et 35 centres de santé associatifs et confessionnel. Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Il est estimé qu'environ 20% de la population guinéenne fait appel au secteur privé pour les soins de santé ce qui apparaît peu dans les statistiques suite au très faible taux de rapportage dans le système de routine.

Le système communautaire met à contribution les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Relais Communautaire (ReCO) suivant une répartition de 1 ASC pour 10 ReCO et 1 ReCO pour 650 habitants en zone rurale et 1000 habitants en zone urbaine. La politique de santé communautaire est mise en œuvre de façon partielle et fragmentée en fonction de la disponibilité des ressources mis à disposition par les partenaires. La faible capacité du système de santé à offrir les services essentiels, fait que même dans le cas où la demande est stimulée convenablement au niveau communautaire, elle ne se pourra pas être satisfaite.

En Guinée, la médecine traditionnelle est souvent le premier recours aux soins des populations les plus démunies et pour cette raison cette composante fait désormais partie de façon structurée dans la politique de santé. L'importance de la médecine traditionnelle est traduite par l'existence d'une division de médecine traditionnelle qui dépend de la direction de la santé communautaire.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) assure le pilotage de l'ensemble du système à travers la mise en œuvre et le suivi de l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé, élaborée en 2014 et mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), qui couvre la période de 2015-2024. Pour mieux coordonner et encadrer les actions en matière de santé, le MSHP s'est engagé depuis plusieurs décennies dans un processus de planification sectorielle dans le souci de contribuer efficacement à la résolution

<sup>2</sup> Revue des dépenses publiques en Guinée. Worldbank, 2022.

<sup>3</sup> Ministère de la Santé Guinée, [Les facteurs d'exclusion des personnes porteuses de handicap à l'accès aux soins de santé dans les régions de Kindia, Mamou, Labe et de Faranah. Rapport final](#). 2017

des problèmes de santé qui entravent le développement du pays. Le secteur de la santé en Guinée a été fortement marqué par les crises Ebola et Covid, et ces crises ont aussi impulsé une approche d'urgence qui a atteint ses limites.

Le système de santé est particulièrement vulnérable au changement climatique en raison de son incapacité à gérer l'augmentation des maladies liées au climat<sup>4</sup> telles que le choléra et le paludisme, ainsi que des maladies potentiellement éradiquées telles que la trypanosomiase, augmentant ainsi les risques pour les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. La pénurie d'eau et la malnutrition résultant des effets de la crise climatique, ainsi que la pollution due à une mauvaise gestion des déchets et des eaux usées et à la dégradation de l'environnement, pourraient aggraver la situation et compromettre les efforts en matière de santé publique. Le secteur est au cœur de l'engagement du gouvernement. Dans le programme de référence intérimaire 2022-2025, les actions prioritaires pour l'amélioration de l'état de santé de la population prévoient les domaines d'accès aux médicaments, de ressources humaines, et d'accès universel aux soins de santé, ainsi que l'amélioration des prestations de santé au niveau préfectoral et communautaire. Dans la lettre de mission du MSHP de janvier 2023 les objectifs de réforme portent sur les domaines pharmaceutiques, le renforcement des soins de santé primaires et médicaments essentiels aussi que la mise en place de la CSU.

La politique nationale de santé, se donne comme vision « une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation ». La priorité des responsables MSHP sous le gouvernement de transition est la « réconciliation de la population guinéenne avec le système de santé : offrir des soins de qualité à la population, traiter nos compatriotes avec empathie et dignité, transparence dans la gestion, obligation de résultats, redevabilité, ... ».

Le PNDS pour la période 2015-2024 considère la santé comme un droit constitutionnel et comme une condition préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Selon ce plan, l'objectif principal du secteur est d'améliorer l'état de santé de la population. Il englobe des activités dans trois domaines stratégiques pour atteindre cet objectif : (1) le renforcement de la prévention et de la gestion des maladies et des urgences ; (2) la promotion de la santé des mères, des enfants, des adolescents et des personnes âgées ; et (3) le renforcement du système national de santé.

Avec l'appui de l'Union Européenne et de la France, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé dans un processus qui vise à l'élaboration d'un programme clair et daté de réformes structurelles à mettre en place. Pour cela seront réalisés : a) Audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la Santé ; b) Évaluation, élaboration et approbation du nouveau PNDS et du plan de mise en œuvre (2/3 ans). Cet exercice pourra aussi combler le manque d'informations actualisées et fiables et d'analyses au niveau du secteur de la santé et des différents sous-secteurs.

L'Union européenne a accompagné le secteur de la santé en Guinée depuis plusieurs années. Dernièrement, le Programme d'appui au renforcement du système de santé (PASA2) a poursuivi le renforcement du système national de santé et des services déconcentrés, dans la région administrative de Nzérékoré. Le PASA2 a permis une amélioration de la qualité et de l'accessibilité de l'offre des services de santé reproductive et familiale et l'amélioration d'infrastructures sanitaires dans la zone cible aussi que le renforcement des capacités institutionnelles du MSHP dans la gouvernance financière et la coordination du secteur.

## 2.2 Analyse des problèmes

### Brève analyse des problèmes :

Bien qu'il y ait eu certaines améliorations ces 20 dernières années, les résultats de la santé de la Guinée restent sous-optimaux. L'audit institutionnel réalisée par le MSHP en 2016 a conclu que « l'organisation du ministère est basée sur un dispositif institutionnel étoffé, mais peu fonctionnel et largement inadapté aux missions stratégiques et régaliennes d'un ministère moderne de la santé. L'analyse de ce dispositif fait apparaître: (1) un faible contrôle du ministère sur les ressources humaines et les ressources financières; (2) une multiplication de structures et une duplication de fonctions; (3) des relations fonctionnelles et hiérarchiques ambiguës; (3) des services rattachés, des structures d'appui et des organes consultatifs peu fonctionnels; (4) des structures dont le positionnement hiérarchique est inadéquat par rapport aux attributions; (5) un excès de centralisation des décisions; (6) une absence de structure de régulation du secteur privé ». Les problèmes majeurs du secteur sont en réaction directe « à des

<sup>4</sup> Seconde Communication Nationale à la Convention Cadre Des Nations Unies Sur Les Changements Climatiques, 2018

facteurs liés à la gouvernance, à la disponibilité et la gestion des ressources humaines, financières et matérielles ». Ce diagnostic reste encore d'actualité. La participation des femmes en termes de représentation aux postes électifs et nominatifs demeure faible ; l'implication des femmes dans les instances de décisions, à tous niveaux, est insuffisante pour que leurs points de vue et leurs besoins spécifiques soient pris en compte<sup>5</sup>.

**Gouvernance du secteur :** Les principales contraintes organisationnelles qui limitent le fonctionnement du ministère de la Santé sont l'excès de centralisation, une absence de cadre organique qui correspond aux meilleures pratiques et qui répond à une logique verticale (multiplicité des programmes dont la coordination et complémentarité reste complexe). Le système est caractérisé par la faiblesse des capacités opérationnelles de nombreuses structures centrales soit en raison de leur position dans la hiérarchie, soit en raison de l'insuffisance des moyens humains et matériels pour leur fonctionnement. C'est le cas entre autres du service en charge de la gestion des ressources humaines en santé, de la Division des Affaires Financières (DAF), du service en charge du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et de l'Inspection Générale de la Santé (IGS). L'autonomie de gestion des hôpitaux et des agences médicales n'a pas été accompagnée par les mesures appropriées qui assurent la transparence et l'efficacité ainsi que la protection et l'inclusion sociale. Le système de contractualisation n'existe pas encore à une échelle significative, et il n'y a pas de séparation des fonctions de prestation, de régulation, de vérification et de paiement de services. Les textes législatifs et réglementaires ne sont pas toujours cohérents et adaptés aux besoins.

Le processus d'élaboration des budgets est relativement bien organisé (outils et processus établis) avec la participation des PTF, mais démontre des faiblesses dans le suivi de la mise en œuvre et évaluation. Le financement des activités des services (IRS et DPS) reste insuffisant (sauf salaires) comme la majorité des activités au niveau déconcentré sont encore financées par des partenaires.

Les Établissements Public à caractère Administratif (EPA), y compris les centres hospitaliers, disposent de l'autonomie de gestion. Les programmes disposent d'une semi-autonomie de fait, y compris financière. L'autonomie de gestion n'est pas accompagnée par des mesures qui assurent la transparence et l'efficacité : outils de gestion performants, audits réguliers, personnel compétent en comptabilité et gestion. Les processus de monitoring et de planification apparaissent assez systématisés mais restent assez théoriques en raison de la faiblesse des ressources locales pouvant permettre la prise de décision pour une mise en œuvre des actions correctrices. En raison de la rareté des ressources financières, le processus des PTA est essentiellement axé sur les ressources disponibles et ciblées (venant des partenaires), et non sur une vision systémique des problèmes spécifiques au district. De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de coordination aussi bien au niveau central, régional que préfectoral. Ces comités techniques au niveau régional et préfectoral se tiennent assez régulièrement (CTRS, CTPS) avec production des rapports. Ce dispositif de coordination reste relativement interne, et des efforts sont encore à faire pour systématiser des cadres de concertation avec les partenaires, aussi bien au niveau central qu'au niveau régional et préfectoral. Ces cadres, pour être efficaces, doivent être alimentés par des rapports issus d'actions conjointes tels que les supervisions, les revues du secteur ou les évaluations périodiques. La coordination avec le secteur sanitaire privé reste à réaliser notamment en zone urbaine où ces structures sont numériquement importantes.

**Financement et gouvernance financière :** la dépense de santé est de 47 USD par habitant et par an (versus 128 USD la moyenne africaine). Ce chiffre est très faible, et il reflète une défaillance du système de santé guinéen. Les dépenses publiques de santé de la Guinée restent faibles et inefficaces. Le financement de la santé par l'État est passé de 10,3% en 2020 à 4,6% en 2023, ce qui se traduit par des paiements directs élevés par la population. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) en 2021 indiquent que le financement de la dépense totale de santé provient principalement des ménages dont l'apport financier représente en moyenne 53,76% sur la période 2020-2021 avec une proportion de 51,1% en 2021. En revanche, la moyenne de l'Afrique subsaharienne est estimée à 37% et celle de la CEDEAO à 46% (2018). La contribution de l'administration publique est de 32,29% de la dépense totale de santé en 2021, avec une moyenne de 28,23% sur la période 2014-2021. Les soutiens financiers autres représentent en moyenne 15,84% des dépenses de santé sur la période 2014-2021.

Les dépenses dues aux maladies infectieuses et parasitaires représentent 68% (2020 et 2021) de l'ensemble. Parmi les maladies infectieuses et parasitaires, le paludisme est celui qui consomme le plus de ressources, soit 21,7% (2021) de l'ensemble. Les maladies à potentiel épidémique ont consommé entre 10% (2020 et 2021) des dépenses et la Covid 19 représente respectivement 79,53% (2020) et 88,16% (2021) de cette consommation. Selon les régions, Conakry détient sur la période 2020-2021, la dépense courante de santé la plus élevée 44,68% (2021).

<sup>5</sup> Plan d'action sur l'égalité entre les hommes et les femmes 2021-2025 Plan de mise en œuvre au niveau national CLIP1 Guinée



La part du budget du MSHP dans le budget global de l'État a subi des hauts et des bas ces dernières années passant de 5% en 2017 à 10,02% en 2020 et à 4.6 % en 2023. Mais, le taux d'exécution du budget du MSHP reste très faible, 46% sur la période 2018-2020. Les autres sources de financement de la santé en provenance de l'État sont négligeables. Les systèmes de prépaiement (caisses, mutuelles) ne représentent que 2% environ des dépenses de santé en Guinée. Sur la base des dernières analyses, la gestion financière dans le secteur de la santé montre des disfonctionnements dans les processus avec des défis importants pour ce qui concerne l'engagement et encore plus l'exécution (5.7 % en 2022 hors salaires). On constate une forte augmentation du budget du titre II (personnel) mais on constate l'impossibilité actuelle d'aboutir à un consensus sur les modalités de recrutement pour passer d'un recrutement « sur titre » à un recrutement sur concours.

Si la chaîne des dépenses est en place, dans la réalité elle n'est pas vraiment fonctionnelle. En particulier, les effectifs manquent et les compétences sont insuffisantes. Des procédures d'engagement ont été mises en place (à travers un « plan d'engagement »), qui permettent d'indiquer ce que chaque ministère a la capacité d'engager pour le trimestre. Mais ce qui est mobilisé est souvent insuffisant par rapport à ce qui a été engagé. Des défis de coordination des financements extérieurs perdurent quant à la complémentarité, à l'harmonisation et alignement des procédures. Les moyens pour assurer les missions d'inspection ont été renforcé la dernière année avec le renouvellement complet de l'IGS et un apport important a été donné par l'UE. À ces difficultés de la chaîne des dépenses il faut ajouter le fait que les structures publiques de soins parfois ne disposent pas de capacités de gestion financière adéquates et les capacités de gestion effective sont faibles.

**Offre de services :** Le nombre de postes de santé a doublé depuis 2011 en raison d'une stratégie visant à accroître l'accès au système de santé en dehors de Conakry ; la densité de poste de santé pour 10 000 habitants est de 0,73 en 2011 à 1,42 en 2017. Par contre, les services de santé sont globalement en mauvais état en Guinée. Les investissements sont insuffisants et l'aide apportée, notamment en termes d'infrastructure, est difficile à mettre en œuvre. L'investissement est en grande partie assuré par les programmes d'appui au secteur sanitaire financé par les bailleurs de fonds. Au niveau des soins primaires, le personnel et les intrants manquent cruellement, surtout dans les zones rurales. Au niveau hospitalier, les plateaux techniques semblent un peu mieux dotés et les personnels davantage disponibles. Cependant, les patients sont amenés à payer à chaque étape de leur parcours. Par ailleurs, les établissements hospitaliers réalisent des prestations qui correspondent au niveau primaire des soins.

Les résultats des deux dernières enquêtes SARA (2015 et 2017) montrent une amélioration de certains indicateurs de disponibilité des services de santé de base. C'est le cas de la disponibilité des services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) qui est passée de 37% en 2015 à 50% en 2017. L'enquête complémentaire Sara de 2020 (Enquête SARA-DQR-QOC 2020) a constaté qu'au plan national, les formations sanitaires sont insuffisamment préparées à fournir les services de santé de base en raison d'un score de capacité opérationnelle générale des services estimé à 47%. Les formations sanitaires ont un score de disponibilité en médicaments essentiels de 19%, en capacité de diagnostic de 36% et en aménagements et éléments de confort de 42%. Les autres composantes, à savoir les éléments de précaution standard pour la prévention à l'infection (73%) et les équipements essentiels (64%) affichent d'assez bon scores de disponibilité. Cependant, ces niveaux doivent être encore améliorés d'autant plus que très peu de formations sanitaires disposent de tous les éléments traceurs. La capacité opérationnelle générale des services est très insuffisante au niveau des postes de santé, cabinets de soins infirmiers et dispensaires (39%). En plus, le score de capacité opérationnelle générale des services est évalué à 61% dans le privé contre 45% dans le public, et une différence importante est constatée entre le milieu urbain (60%) et celui rural (43%). Les premiers constats des supervisions intégrées indiquent que souvent les protocoles thérapeutiques ne sont pas respectés, faute de disponibilité et non-respect de documents et outils normatifs. Il n'existe pas encore une stratégie nationale de qualité de soins. Ainsi la Guinée enregistre des indices relativement faibles dans plusieurs secteurs et comparativement aux pays voisins moins avancés (tels le Niger ou le Burkina Faso), notamment sur la disponibilité des équipements essentiels, sur la capacité de diagnostic, sur la disponibilité des médicaments essentiels ainsi que sur la capacité opérationnelle des services généraux.

Il est à noter que le niveau de disponibilité de certains services de base reste faible dans toutes les formations sanitaires, avec moins de 40% pour les 24 produits de santé traceurs et moins de 45% pour les services de vaccination. Certains indicateurs restent encore très faibles tels que la proportion des structures qui offrent le service de réanimation du nouveau-né (7%) tandis que d'autres ont régressé entre les deux enquêtes, comme les soins obstétricaux complets qui sont passés de 50 à 22%, bien que les échantillons évalués ne soient pas les mêmes. Les impacts du changement climatique sur la production alimentaire et la prolifération de certaines maladies dues aux changements environnementaux signalent des pressions supplémentaires sur l'offre de services du système de santé. Les conséquences comprennent la submersion des terres, la perte des récoltes, et la prolifération de maladies

affectant directement la santé publique et nécessitant une adaptation du système de santé pour répondre à ces nouveaux défis.

En outre, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est caractérisé par une insuffisance qualitative des ressources humaines à tous les niveaux, une insuffisance d'utilisation des technologies informatisées pour l'exploitation et l'archivage des données et une insuffisance de la logistique roulante à tous les niveaux. Il est constaté une absence d'analyse de l'information statistique à tous les niveaux pour la prise de décision et une absence d'intégration des sous-systèmes (y compris celui du médicament).

**Médicaments et consommables :** En Guinée, la disponibilité de produits pharmaceutiques de qualité est un défi bien que des efforts importants ont été réalisés par le MSHP dans les dernières années. De nombreux produits se retrouvent sur les marchés qui n'ont pas été contrôlés, voire pas enregistrés et pas suivis, tandis que les FOSA sont en manque, notamment en périphérie, avec nombre de produits en rupture ou périmés. Pour l'enquête complémentaire SARA de 2020 le score de disponibilité des médicaments essentiel est très faible, juste 19%. Surtout, aucun établissement de santé ne dispose de tous les médicaments essentiels. Sur les 25 médicaments essentiels observés, 18 sont disponibles dans au plus 25% des formations sanitaires. Aussi, 13 sont disponibles dans au plus 6% des établissements de santé. Une forte disparité de disponibilité est constatée aussi entre Conakry (score moyen de disponibilité de 24%) et les régions (Mamou 17%).

Le contrôle de qualité, l'homologation, l'enregistrement, la surveillance post-marketing et la pharmacovigilance, les essais cliniques, sont autant de domaines où les capacités manquent cruellement en Guinée aujourd'hui. En principe ces fonctions sont assurées par la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM), mais elles sont insuffisamment exercées par manque de moyens – surtout en RH. Les capacités du laboratoire national de contrôle de qualité sont elles aussi insuffisantes (tant en équipements que surtout en ressources humaines). Parmi les enjeux, celui de la disponibilité des RH est un élément essentiel (il manque de pharmaciens, et de pharmaciens formés aux techniques permettant de mettre en œuvre la pharmacovigilance, la conduite d'essais cliniques). La gestion du médicament demanderait aussi, un logiciel (unique) pour la gestion globale, l'enregistrement et le traçage des produits. Le MSHP a initié des actions de contrôle et d'assainissement du secteur, illustrées par la saisie récente de conteneurs de médicaments. Un processus d'accélération pour de l'agrément de nouvelles pharmacies en périphérie a également été initié.

**Ressources Humaines pour la Santé :** Globalement, la situation des ressources humaines en santé en Guinée est un frein important à la mise en œuvre de toute politique de santé. Leur répartition, leur composition et leur gestion, mais aussi leur niveau de rémunération, concourt à une quantité et une qualité de fourniture de soins très en-deçà de ce qui est attendu d'un système de santé de base. La disponibilité du personnel de santé reste insuffisante. En 2018, il y avait 0,2 médecin, infirmier(e) et sagefemme pour 1 000 habitants, ce qui est bien inférieur à la moyenne de l'Afrique sub-saharienne de 1,35. Les salaires de base des médecins agents de l'État, sont parmi les plus faibles de toute la sous-région. L'utilisation massive du personnel du secteur public par le secteur privé, qui a pourtant fait l'objet de circulaires et d'instructions, reste un problème majeur. En découle la nécessité d'une politique des ressources humaines qui met l'accent sur l'amélioration de la couverture et la qualité, visant système service du citoyen et patient et ses droits.

Le statut du service ressources humaines du MSHP est passé de direction à division en 2021. La DRH a vu son champ d'opération limité uniquement au niveau central et à traiter les décisions et instructions déjà prises par le ministère de la fonction publique. L'opérationnalisation du logiciel iHRIS, la gestion électronique des ressources humaines en santé a été interrompu/terminé dû à la suspension de toute activité d'enregistrement de fonctionnaires que celui par la fonction publique (FUGAS). Il en résulte une absence de statistiques désagrégées par catégorie socio professionnelles et par zone géographique avec une impossibilité de fait de planification et prise de décision.

Le système RH est notamment caractérisé par un manque de plan de développement de RHS et de gestion prévisionnelle adéquate, par l'absence de normes de dotation de RHS pour les établissements de santé, par des mauvaises conditions de travail (salaire faible), par l'utilisation abusive du bénévolat, ...

Le manuel de procédures de GRH prend en compte la plupart des activités de la fonction de DNRH, mais nécessite une adéquation à la situation et des parties concernant le stage probatoire, la titularisation, les examens et évaluation de performance professionnelle. Dans la pratique, un bon nombre de procédures ne sont pas suivies au quotidien.

Pour ce qui est de la composition de la RHS, la forte proportion d'ATS (agents techniciens de santé) dans l'ensemble des RHS publiques, soit près de 40%, indique la faible qualification globale des RHS en Guinée, avec un bas niveau d'instruction de base, voire très bas (niveau brevet des collèges). A cela, il faut ajouter la forte concentration des RHS les plus qualifiées dans les grands centres urbains, et particulièrement à Conakry.

L'affectation des RHS vers les niveaux périphériques ne donne pas de bons résultats, avec un taux élevé de personnels affectés quittant leur poste pour revenir vers les centres urbains. La modalité selon laquelle ces personnes sont recrutées et affectées (depuis le centre vers la périphérie) et, plus généralement, la question des modalités de gestion des ressources humaines en santé (GRHS) reste un défi ouvert. À contrario, les structures sanitaires de Conakry ont des effectifs parfois pléthoriques. Néanmoins, même ces structures manquent de personnel qualifié. Ainsi, pour compenser ce manque, les formations sanitaires incorporent de nombreux « stagiaires », voire « bénévoles », qui ne sont pas agents ou contractuels de l'État. Ils ne font même pas partie, officiellement, des effectifs des services. Selon une récente étude du PASA 2 (2023) sur les « Facteurs de fidélisation du personnel de santé en zones éloignées, le staff bénévole/stagiaire surpasse en moyenne 3 x le nombre de fonctionnaires affectés ». Les prestations fournies ne sont pas véritablement ou entièrement comptabilisées dans les activités des services, ce qui réduit de fait la possibilité pour ceux-ci de démontrer leurs véritables besoins. Les prestations sont, elles, tarifées au cas par cas, et assurent ainsi, au moins pour une partie, la rémunération de ces personnels. En outre, le MSHP a enregistré le départ, fin 2021, d'entre 400 et 500 cadres, mis à la retraite. Le MSHP, qui estime ses besoins en personnels supplémentaires à 11 à 12.000, souhaiterait au moins déjà incorporer les « stagiaires » et créer ou pourvoir un certain nombre d'autres postes, soit un total de l'ordre de 6.000 personnes.

En matière de formation, il est constaté une insuffisance et un manque de qualité. Il se rend aussi nécessaire de développer l'éventail des qualifications, celui-ci étant très restreint et amenant un grand nombre de personnels de santé à tenir de fait des postes pour lesquels ils ne sont en réalité pas qualifiés. La priorité est donc à des formations qualifiantes, diplômantes et pour un éventail de qualifications plus large. Comme dans le domaine de l'offre de soins, il se développe très rapidement une offre de formation privée non régulée, non certifiée ou accréditée.

La **Couverture santé universelle** constitue désormais un élément essentiel la politique de santé en Guinée. La Guinée dispose depuis 2017, d'une politique nationale de la protection sociale, qui s'inscrivait déjà dans le contexte du premier Plan National de Développement Économique et Social (PNDES), et une première conférence nationale sur le sujet a été organisée en mars 2021. La politique nationale s'organise autour de six axes (dont la sécurité sociale et l'accès aux services de santé et d'éducation). Elle bénéficie de l'appui de principe des partenaires. Cependant, la façon d'y parvenir et les moyens à mobiliser pour ce faire restent à identifier de façon précise. Une vision doit encore être élaborée et pilotée par l'état et qui offre l'occasion d'introduire la notion d'équité en matière de santé, en veillant à ce que chacun jouisse d'une bonne santé et de bien-être. De fait, au niveau institutionnel, les différents régimes d'assurance maladie sont placés sous la tutelle de différents ministères (travail, santé, promotion féminine, finance, etc.). Une mission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour mettre en place une feuille de route pour la CSU a été effectuée en juillet 2023, les résultats de cette mission sont encore attendus.

On ne compte qu'environ 5% de la population bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie, au travers de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) pour le secteur privé, quelques assureurs du secteur commercial, et mutuelles de santé à base communautaire. Sur les quelque 200 mutuelles à base communautaire créées, seules 38 sont toujours en activité, et essentiellement grâce à l'appui d'ONG internationales. Dans la région de Mamou, 18 mutuelles en cours, depuis une dizaine d'années, couvrant 80.000 personnes qui ont accès jusqu'à l'hôpital régional avec un appui d'Enabel.

L'État a récemment réalisé la fusion de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale des Agents de l'État (CNPSAE) et de l'Institut National d'Assurance Maladie Obligatoire (INAMO) qui ne bénéficie aussi qu'aux agents de l'État. La nouvelle entité se nomme la caisse nationale de prévoyance sociale des agents de l'État (CNPS). La CNPSAE n'avait pas de branche maladie, et l'INAMO n'assurait que l'évacuation sanitaire des hauts cadres de l'État avec une gestion problématique. La CNPS a un objectif, désormais, de remise en ordre et d'assainissement, mais aussi de développement d'une branche maladie complète.

Le **manque d'autonomisation des femmes** constitue un problème majeur pour la santé. Le système social, la situation des relations entre les sexes en Guinée est patriarcale où les hommes ont le pouvoir et l'autorité sur les femmes. Ce système se manifeste de plusieurs manières, notamment par la domination masculine dans la sphère publique ; par la violence à l'égard des femmes et par les inégalités dans le domaine de l'éducation et de la santé. (taux d'alphabétisation de 32% pour les femmes contre 44% pour les hommes). Le taux de mortalité maternelle est de 580 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui est l'un des plus élevés au monde. La complexité des discriminations intersectionnelles (pour les femmes en situation d'handicap par exemple, ou les personnes atteintes

d'albinisme, ou les personnes LGBTI) sont des phénomènes persistants et constituent un obstacle à bien des égards, comme l'accès aux soins de santé, l'éducation et l'emploi<sup>6</sup>.

L'un des défis du système de santé est d'offrir à la population des soins préventifs et curatifs, qui tiennent compte des spécificités liées au genre et handicap en luttant contre les inégalités de l'accès. L'analyse de l'état de santé de la population selon le genre indique que certains problèmes de santé sont spécifiques aux femmes. Il s'agit des mutilations génitales féminines (MGF), L'incidence des mutilations génitales féminines et du mariage précoce dans le pays restent extrêmement élevée malgré leur illégalité (93% des femmes entre 15 et 49 ans sont mutilées)<sup>7</sup>, des grossesses précoces et de toutes les séquelles liées à de la violence basée sur le genre (VBG). Certaines maladies sont également plus fréquentes chez les femmes : les infections sexuellement transmissibles, le diabète. La gravité de ces problèmes de santé est accrue par le faible niveau socioéconomique des femmes. Il existe notamment un lien entre le niveau des charges domestiques des jeunes filles et leur taux de déscolarisation, et une fille déscolarisée est plus exposée au risque de grossesse précoce et de décès maternel prématuré. Le faible niveau socioéconomique des femmes, y surtout les femmes en situation de handicap, les amène à peu ou pas utiliser les services de santé et ceci augmente leur vulnérabilité aux maladies ou l'adoption de pratiques à risque pour leur santé. À ce sujet est souvent cité la faible capacité des femmes ou jeunes filles d'exiger d'avoir des rapports sexuels protégés. Plus particulièrement le manque d'autonomisation des femmes, et surtout des femmes en situation de handicap, est un problème avec des effets immédiats sur :

- Le suivi des grossesses et soins prénataux : du point de vue social, la grossesse est un processus qui concerne seulement les femmes. Cela signifie que l'implication des hommes reste limitée, voire presque inexistante. Ceci devient un problème pour les femmes dépendantes financièrement de leurs conjoints. L'importance accordée à la grossesse et surtout aux soins prénataux est souvent marginalisée. Cette négligence est souvent aggravée par le fait que les femmes elles-mêmes, ne considèrent pas les soins prénataux comme une priorité et aussi par le coût lié aux soins. Par conséquent, elles continuent à effectuer des travaux pénibles malgré leur grossesse, surtout en milieu rural.
- La mortalité materno-infantile : une des causes identifiées de la souffrance ou de la mortalité néonatale, est le retard des femmes pour se rendre aux services sanitaires à l'occasion de l'accouchement. En plus du temps du trajet pour arriver, il faut également tenir compte des retards pour prendre la décision d'aller à l'hôpital et de chercher les moyens pour le déplacement qui répondent aussi à une autonomisation très limitée des femmes dans la prise de décision, et à la faible implication des hommes dans la grossesse et l'accouchement de leurs épouses.
- Les déséquilibres dans les ressources humaines de santé. Les problèmes indiqués plus en haut affectent d'une manière plus particulière le personnel féminin, et notamment les sage-femmes, infirmières et personnel traditionnellement lié aux domaines de la santé sexuelle et reproductive: planification familiale, prévention des maladies, nutrition et soins prénataux. Les femmes professionnelles du secteur rencontrent des entraves d'ordre social et culturel qui les empêchent de partir ailleurs, ainsi que l'autocensure, la pression de la famille, ou les réticences à devenir autonomes.

### **Les principales parties prenantes**

Le partenaire principal de l'action est le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) aux niveaux central et déconcentré. Les autres ministères concernés sont : le Ministère de l'Économie et des Finances; le Ministère de la Fonction Publique; le Ministère en charge des Affaires Sociales (Ministère de la promotion des femmes, de l'enfance et des personnes vulnérables) et les Ministères en charge de l'Éducation. Les cliniques privées et du secteur non lucratif sont surtout présents dans la capitale et dans quelques grandes villes au niveau régional, tandis que les pharmacies privées sont réparties sur tout le territoire. Une collaboration ouverte sera construite avec les organisations des Nations Unies, en particulier l'OMS, les initiatives internationales (Fond Mondial FM, l'Alliance globale pour les vaccins e l'immunisation GAVI) et les autres partenaires actifs dans le secteur (Banque Mondiale et la Banque Islamique de Développement).

La société civile (COGES comité de gestions de santé et associations) et les autorités locales joueront un rôle important dans la mise en œuvre de l'action. En particulier, ils seront porteurs de la fonction d'exercice des droits de la population liée au conseil, à la formation et l'information, la défense des droits. Les organes de participation et de co-gouvernance tels que les comités de santé et les mécanismes de santé communautaire seront appuyés pour accompagner l'amélioration de l'offre de service et la mise en place de la CSU.

<sup>6</sup> Plan d'action sur l'égalité entre les hommes et les femmes 2021-2025 Plan de mise en œuvre au niveau national, CLIP1 Guinée

<sup>7</sup> <https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/datasheets/2019/GN.pdf>CLIP

### 3 DESCRIPTION DE L'ACTION

#### 3.1 Objectifs et produits

L'objectif général (impact) de cette action est donner aux personnes en Guinée les moyens de vivre une vie saine et améliorer le bien-être de tous à tout âge (Objectif du développement durable 3).

L'objectif spécifique de cette action est d'améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité, en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire (PNDS).

Les produits de cette action contribuant à l'objectif spécifique correspondant sont les suivants :

- 1 : Les capacités et les outils nécessaires au secteur santé pour piloter et gérer d'une manière transparente, efficace, redevable, non-discriminatoire les réformes législatives et réglementaires pour ses composantes centralisées et décentralisées, y compris le secteur privé sont améliorées.
- 2 : La disponibilité des services de santé de qualité et accessibles au niveau communautaire, primaire et secondaire qui répondent mieux aux besoins de la population est accrue.
- 3 : La disponibilité de médicaments et consommables essentiels de qualité est amélioré à tous les niveaux selon les normes nationales.
- 4 : Les capacités des ressources humaines en santé (RHS) et leur système de gestion sont renforcées
- 5 : Un système de financement des soins en achat stratégique de services (« par la demande ») est conçu au niveau national et testé dans des zones pilotes et d'apprentissage, dans le respect des droits humain et de l'égalité des genres.

#### 3.2 Activités indicatives

Les activités indicatives de cette action sont les suivantes :

##### **Activités liées au produit P.1: Gouvernance**

- 1.1 Renforcer les capacités du Ministère de la santé aux niveaux central, régional et périphérique pour piloter, planifier la carte sanitaire et l'organisation des services en adéquation avec les ressources disponibles.
- 1.2 Développer et renforcer les articulations du Ministère de la santé avec les autres ministères (Ministère en charge de l'éducation, Ministère en charge de l'économie et les finances, Ministère de la Promotion féminine, de l'Enfance et des Personnes Vulnérables, Ministère de l'Environnement et du Développement Durable, enseignement supérieur, faculté de médecine, Institut de santé publique, ...). Cette mesure inclut la mise en œuvre de stratégies One Health pour une approche intégrée de la santé à travers une collaboration intersectorielle.
- 1.3 Renforcer la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé par une gestion financière équitable et un cadre de redevabilité en conformité avec la législation et les normes nationales et internationales de gestion sanitaire, y compris la mobilisation accrue de ressources publiques domestiques.
- 1.4 Renforcer les organisations et établissements sous la tutelle du MSHP, structures déconcentrées et décentralisées (EPA), société civile et secteur privé.
- 1.5 Rendre disponible des preuves d'efficacité, d'efficience, de transparence et de soutenabilité des interventions à haut impact par le biais de recherche action, du renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS) et d'études / enquêtes (en lien avec le programme régional UE flagship 3).
- 1.6 Renforcer la coordination des appuis fournis par les initiatives globales de santé (auxquelles l'UE contribue de façon substantielle) avec les politiques et institutions mises en place au niveau national et à la coordination et complémentarité avec les programmes régionaux.
- 1.7 Appuyer et dynamiser la réalisation et l'application des réformes législatives et réglementaires en cohérence avec l'audit organisationnelle et institutionnelle du MSHP et avec le PNDS y compris du point de vue du genre.
- 1.8 Renforcer la normalisation de la pyramide sanitaire et la régulation des secteurs public et privé dans l'offre de soins et la normalisation des infrastructures accessibles des équipements et de la maintenance.
- 1.9 Appuyer la mission de l'Inspection Générale de la Santé en intégrant une évaluation des risques, un renforcement des capacités, une surveillance intégrée de la santé et de l'environnement.

### **Activités liées au produit P.2: L'offre des soins**

2.1 Renforcer dans les zones d'intervention, la qualité du paquet de services offert au niveau de premier contact (postes, centres de santé et hôpitaux de première référence), en particulier la qualité de la prise en charge du couple mère-enfant, des personnes handicapées y inclus la prévention et le traitement des effets néfastes des MGF, des soins des maladies transmissibles, des maladies non-transmissibles y inclus les accidents, des maladies tropicales négligées et de la prise en charge de la malnutrition.

2.3 Appuyer la normalisation des infrastructures et équipements accessibles par niveau de soins et par population couverte au niveau des zones d'intervention.

2.4 Promouvoir l'innovation dans l'offre des soins dans les zones d'intervention (applications digitales en liens avec le programme régional UE flagship 3).

2.5 Renforcer les capacités de programmation, suivi/évaluation et supervision au niveau régional et préfectoral (supervision formative) dans les zones d'intervention prenant en compte les aspects climat-environnement liés à la santé et en coordination avec les autorités locales.

2.6 Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de paquets des services de santé essentiels selon le cycle de vie et par niveau des soins en incluant le niveau communautaire.

2.7 Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de la qualité des soins élaborée en concertation avec la société civile et d'autres organisations compétentes fournissant des services de santé.

### **Activités liées au produit P.3: Les médicaments et consommables essentiels**

3.1 Accompagner la réforme et renforcer la gouvernance du secteur pharmaceutique et assurer l'implication des organisations professionnelles et de la société civile y compris dans le développement de normes et de procédures pour la collecte, le tri, le traitement et l'élimination de ces déchets, en alignement avec les meilleures pratiques internationales.

3.2 Améliorer l'achat, la chaîne d'approvisionnement, la gestion des stocks, la distribution, l'accessibilité, d'information sur les médicaments, et la gestion financière des médicaments essentiels et consommables au niveau central et des structures sanitaires dans les zones d'intervention (en liens avec le programme régional UE et les appuis des Initiatives mondiales de santé).

3.3 Appuyer la réorganisation du système de réglementation et régulation des médicaments, des intrants et des vaccins, et renforcer les capacités de la Direction pharmaceutique et de laboratoire (DPL) et du service pharmaceutique de l'Inspection Générale Santé (IGS). (Liens avec le programme régional UE)

### **Activités liées au produit P.4: Ressources humaines en santé (RHS)**

4.1 Renforcer la planification stratégique, la gestion prévisionnelle et le suivi évaluation fiable et actualisé des RHS aux niveaux central et régional. Intégrer les données climatiques dans la planification stratégique des ressources humaines pour anticiper les besoins en compétences spécifiques liées aux maladies climato-sensibles.

4.2 Collaborer avec le Ministère de la Fonction Publique, le Ministère de l'Intérieur, et le Ministère des Finances en vue de développer et mettre en œuvre le cadre institutionnel et opérationnel requis pour le recrutement et la gestion des RHS.

4.3 Améliorer les formations initiales avec une accréditation des écoles de formation, et le renforcement de leurs capacités, et l'extension des formations initiales selon les besoins y compris les aspects de l'équité en matière de santé pour les femmes et les groupes marginalisés tels que les personnes handicapées.

4.4 Développer un système performant de formation continue (approche mixte distance présentiel) coordonné à l'évolution des pratiques et des ressources, y compris la formation en ligne, à partir des instituts de formation, des instituts de santé publique et de la Faculté de Médecine.

### **Activités liées au produit P.5: Financement par la demande**

5.1 Appuyer la préparation d'une stratégie nationale de financement de la santé articulant le paiement des soins en recouvrement de coûts intégré au budget du secteur avec le financement en achat stratégique de services selon une logique de socle de protection social en santé (ODD 1.3), et avec le financement des actions de santé publique sous la forme de budgets de programmes, vers la couverture santé universelle (CSU)

5.2 Appuyer l'établissement d'un cadre opérationnel national de la CSU par l'identification des priorités et des mécanismes de pilotage et gouvernance pour assurer la couverture et son financement viable et pérenne.

5.3 Mettre en place un modèle pilote d'assurance maladie à financement public, couplé à des mécanismes d'assistance sociale pour la population la plus pauvre et marginalisée et garantissant inclusion et accès aux soins aux personnes appartenant aux quintiles inférieurs de revenu.

5.4 Appuyer la dynamisation de la fonction d'exercice des droits de la population liée au conseil, à la formation et l'information accessible, la défense des droits humains (par ex., mécanisme traitant les plaintes des patients et des assurés, ...) par l'appui aux organes de participation et de co-gouvernance et sensibilisant la population aux liens entre santé, environnement, et changements climatiques.

5.5 Mettre en place une stratégie de communication pleinement accessible sur l'offre de services relevant du mécanisme de couverture universelle, mettant l'accent sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur l'importance de la préservation de l'environnement et de la biodiversité pour la santé humaine.

### 3.3 Intégration des questions transversales

#### **Protection de l'environnement et changement climatique**

Le programme prendra en compte les politiques environnementales ainsi que celles liées à l'adaptation et à la mitigation du changement climatique dans le secteur de la santé. Ce faisant, il promouvra une approche holistique "One Health", favorisant la collaboration intersectorielle entre différentes institutions de l'État, pour adresser de manière intégrée les défis sanitaires liés au climat. Dans cette optique, des actions de sensibilisation de la population et de formation du personnel sanitaire seront mises en place pour faire face aux maladies impactées par le changement climatique, comme les maladies à transmission vectorielle, les maladies diarrhéiques, la santé mentale, la malnutrition. Parallèlement, le programme prévoira des mesures d'évaluation des risques environnementaux et climatiques dans le cadre de l'amélioration de nouvelles installations sanitaires. Ces mesures incluront des considérations visant à minimiser leur impact sur l'environnement et à garantir leur résilience face au climat. En outre, une attention particulière sera accordée à l'impact potentiel des phénomènes climatiques extrêmes sur l'approvisionnement médical et la fonctionnalité de certains médicaments, afin d'assurer une continuité et une efficacité des soins de santé dans des conditions climatiques changeantes.

**Résultats de l'examen préalable de l'évaluation environnementale stratégique (EES)** (pertinents pour l'appui budgétaire et les interventions au niveau stratégique)

Il ressort de l'examen préalable de l'évaluation environnementale stratégique (EES) qu'aucune autre action n'était requise.

**Résultats de l'examen préalable de l'évaluation des incidences sur l'environnement (EIE)** (pertinents pour les projets et/ou les interventions spécifiques dans le cadre d'un projet)

L'examen préalable de l'évaluation des incidences sur l'environnement (EIE) a classé l'action en tant que catégorie C (aucune évaluation supplémentaire n'est nécessaire).

**Résultats de l'examen préalable de l'évaluation des risques climatiques (ERC)** (pertinents pour les projets et/ou les interventions spécifiques dans le cadre d'un projet)

Il ressort de l'examen préalable de l'évaluation des risques climatiques (ERC) que cette action est à risque faible ou nul (aucune évaluation complémentaire n'est nécessaire).

#### **Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles**

Conformément aux codes du CAD sur l'égalité entre les hommes et les femmes de l'OCDE mentionnés à la section 1.1, cette action porte la mention G1. Cela implique que les inégalités génésiques seront prises en compte directement par le programme.

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Celles-ci se manifestent dans tous les aspects de la santé : en termes de santé des populations (hommes et femmes, y compris des personnes en situation de handicap, aux différents âges de la vie) ; au sein même des infrastructures de santé au niveau de la qualité des soins délivrés aux populations et parmi les professionnels soignants (personnels de santé soumis aux normes de genre) ; en termes d'accès aux soins de santé (différents pour les hommes et les femmes). L'appui du programme visera, entre autres, la réduction de la mortalité maternelle et infantile pour laquelle les indicateurs restent jusqu'ici problématiques, et la réduction des effets néfastes des MGF. La réduction de la morbidité en général allège le fardeau de la prise en charge des malades qui incombe en premier lieu aux femmes. Les actions dans le domaine de l'hygiène et l'assainissement renforceront aussi le rôle de la femme au sein de la famille et la société. Les leçons apprises, surtout en ce qui concerne l'importance de l'autonomisation des femmes et des rôles des femmes dans le domaine de la santé sont également prises en compte. Toute la coopération européenne en Guinée sera basée sur

une approche fondée sur les droits et l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, poursuivant la mise en œuvre des priorités identifiées dans le Plan d'action de l'UE sur les droits humains et la démocratie 2021-2024 ainsi que du Plan d'Action sur l'Égalité entre les hommes et les femmes et l'autonomisation des femmes (GAP III)<sup>8,9</sup> spécialement au domaine d'engagement thématique « Promouvoir la santé et les droits sexuels et génésiques », pour atteindre un meilleur accès aux soins et services de santé.

### **Droits de l'homme**

Selon l'OMS, le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps ainsi que le droit à l'intégrité. L'appui au renforcement de l'offre de santé de qualité en Guinée vise à favoriser un contexte où les libertés et les droits liés à la santé sont respectés. Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. La mise en place d'une feuille de route vers la couverture sanitaire universelle reprend le respect du droit de l'homme et de la femme à l'accès à la santé, entendu comme l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Le programme, à travers la réalisation de ce système de couverture sanitaire, prétend universaliser l'accès à la santé de qualité dans tout le territoire. En particulier, une approche basée sur les droits humains et leur cinq principes opérationnels sera prise en compte : appliquer tous les droits humains, pour toutes et tous ; participation significative et inclusive, et accès au processus décisionnel ; non-discrimination et égalité ; obligation de redevabilité et état de droit pour toutes et tous ; transparence et accès à des informations étayées par des données ventilées.

### **Invalidité/Handicap**

Conformément aux codes du CAD sur l'invalidité/le handicap de l'OCDE mentionnés à la section 1.1, cette action porte la mention D0. Cela implique que l'inclusion des personnes handicapées n'est pas visée de façon spécifique par le programme. Par contre, au vu de l'attention directe de l'action à la tranche plus démunie de la population, ces personnes seront directement bénéficiaires de l'intervention.

L'action veillera à ce que les activités telles que l'amélioration des compétences du personnel comportent des éléments d'inclusion des personnes handicapées, à ce que la planification de l'assurance maladie et de l'assurance sociale visant à améliorer l'accessibilité financière des soins de santé consulte les organisations de personnes handicapées, à ce que la promotion de la santé et les campagnes soient conçues dans des formats accessibles et à ce que les réformes de la législation en matière de santé et les révisions des politiques tiennent compte de l'inclusion des personnes handicapées.

### **Réduction des inégalités**

Le CSU est une dynamique qui vise à réduire les inégalités au sein d'une société. Il s'agit de reconnaître que graduellement il faudra atteindre de plus en plus de population qui bénéficient d'un panier de soins de plus en plus important et accessible financièrement à cause d'une réduction graduelle de la contribution financière directe des personnes concernées. Les tranches les plus démunies de la population et le secteur informel qui couvre plus de 90% de la population seront visés. La contribution des ménages par paiement direct représente 53,76% du financement de la dépense totale de santé ; l'OMS considère qu'au-delà de 20%, ce taux reflète un risque important que les populations subissent des dépenses catastrophiques et tombent dans la pauvreté. Le programme, par la mise en place d'une stratégie visant à la CSU, contribuera à impulser la réflexion au niveau national et à l'opérationnalisation d'une partie des mécanismes de prévoyance collective et d'assistance qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face aux conséquences financières liées à la maladie et d'accéder à des soins de qualité. Ainsi une impulsion sera donnée pour réduire la barrière financière pour que les utilisateurs de services de santé puissent se faire soigner au plus vite sans crainte de tomber dans la pauvreté.

### **Démocratie**

L'appui contribuera à la bonne gouvernance et à la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé ; soutiendra la dimension « gouvernance locale » en encourageant le renforcement des capacités et de l'action des services de santé au niveau régional et périphérique. Les autorités locales seront une partie prenante de l'action en particulier

<sup>8</sup> Le Plan d'Action Genre III (GAP III) de l'Union européenne a été adopté par 24 États Membres à travers des [Conclusions de la Présidence du Conseil européen du 16 décembre 2020 \(13947/20\)](#).

<sup>9</sup> REPUBLIQUE DE GUINEE Programme Indicatif Multi annuel 2021-2027



pour les aspects d'amélioration de la qualité de soins et d'opérationnalisation de la CSU. Le rôle de la société civile sera intégré systématiquement dans toute l'action.

### Sensibilité aux conflits, paix et résilience

L'amélioration des systèmes de santé en général devront avoir des effets immédiats sur la résilience de la population surtout dans un contexte où les conditions de vie s'avèrent de plus en plus difficiles dû au changement climatique d'une part et de forte urbanisation d'autre part.

### Réduction des risques de catastrophes

La Guinée a été fortement exposée aux épidémies d'Ebola et des alertes épidémiques sont signalées chaque année. Le programme visera à renforcer la résilience du système sanitaire vis-à-vis des risques recourant d'épidémie.

## 3.4 Risques et enseignements tirés

Catégorie <sup>10</sup>	Risques	Probabilité	Impact	Mesures d'atténuation
		(élevé/moyen/faible)		
3	Résistance à la réforme organisationnelle et institutionnelle du MSHP et résistance à l'assainissement des sous-secteurs médicaments et ressources humaines	E	E	<p>Analyser les intérêts des parties prenantes et renforcer les intérêts positifs.</p> <p>Incorporer toutes les parties prenantes, la société civile et les organisations professionnelles dans les réformes (Cadres de concertation, Revues annuelles et Élaboration de stratégies).</p> <p>Développer le dialogue politique régulier et structuré sur les réformes à tous les niveaux,</p> <p>Privilégier initialement des réformes à résultats rapides et visibles.</p> <p>Identifier et collaborer étroitement avec les personnes de références dans les réformes (les réformateurs).</p> <p>Promouvoir le "One Health" dans les approches de planification et suivi évaluation pour créer une synergie avec les autres secteurs de développement (Élevage, Environnement, Agriculture)</p> <p>Suivre régulièrement de la mise en œuvre des engagements du Gouvernement et des PTF.</p> <p>Privilégier une approche systémique à la couverture universelle plutôt que l'approche verticale et cloisonnée.</p> <p>Renforcer le rôle de l'IGS.</p> <p>Promouvoir un plan de carrière pour les agents publics dans le domaine de la santé qui comprenne une promotion de la mobilité géographique.</p>
1	Faible engagement politique dans la lutte contre la corruption	E	E	<p>Entamer un dialogue politique constant et sensibiliser les médias, la population, la société civile.</p> <p>Favoriser le contrôle citoyen par le renforcement de la société civile.</p> <p>Initier et publier des revues de dépenses publiques axées sur les résultats.</p> <p>Développer des synergies avec les programmes dans le domaine des finances publiques et de renforcement des OSC.</p>
3	Faibles capacités des agents de l'État et faible appropriation du PNDS, spécialement au niveau déconcentré	E	E	<p>Mettre en place un renforcement des capacités à tous les niveaux, y inclus la formation en planification, suivi évaluation au profit du personnel en charge de ces aspects à tous les niveaux du système de santé.</p> <p>Réécriture pédagogique et opérationnelle du PNDS (intégrant la gestion du changement).</p> <p>Vulgarisation des politiques et des outils de planification.</p> <p>Réorganisation des RH au niveau central et au niveau déconcentré.</p>

<sup>10</sup> Le risque (catégorie) peut être lié 1) à l'environnement externe ; 2) à la planification, aux processus et aux systèmes; 3) à des personnes et à l'organisation; 4) à des aspects de légalité et de régularité; 5) à la communication et à l'information.

1	Barrières culturelles à l'utilisation des soins de santé	M	E	Identifier ces barrières et travailler étroitement avec la société civile pour les surmonter y compris les barrières liées au stigma d'handicap. Élaborer et opérationnaliser une stratégie nationale de communication pour le développement et la santé. Privilégier l'approche basée sur l'égalité des genres et l'inclusion des personnes handicapées dans l'intervention.
1	Barrières financières et géographiques à l'utilisation des soins de santé et faible confiance de la population	M	E	Développer des incitants qui assurent que le personnel de santé reste sur place dans les zones géographiques rurales. Assurer que les structures sanitaires soient construites/réhabilitées selon des normes nationales. Prévoir des alternatives mobiles pour atteindre la population éloignée et ceux qui ont des difficultés à se rendre dans les établissements de santé en raison de moyens de transport inaccessibles ou coûteux. Limiter la dispersion des actions afin de pouvoir atteindre une masse critique de réalisations qui permettra d'analyser l'impact de la mise en œuvre des réformes. Établir la subvention des soins ou l'appui à l'utilisation pour les populations les plus pauvres et les groupes dont les coûts de santé sont plus élevés en raison d'un handicap ou d'autres maladies chroniques. Privilégier l'approche basée sur l'égalité des genres dans l'intervention.
1	Survenance de épidémies	M	E	Renforcer la résilience du système de santé. Prévoir dans l'action un montant pour les imprévus.

#### Enseignements tirés :

Les lignes d'action proposées pour le projet sont justifiées à partir des besoins exprimés et des recommandations faites dans les rapports et évaluations pour le domaine de la santé en Guinée dans les dernières années et de l'expérience des programmes PASA 1 et 2. Le besoin de renforcement de la gouvernance du secteur, l'amélioration sur la disponibilité des équipements et médicaments, une meilleure répartition des ressources humaines avec une formation plus solide et/ou l'amélioration de la répartition de services sur la carte géographique sont des éléments récurrents dans tous les documents d'évaluation du secteur et qui sont à la base de plusieurs recommandations et leçons apprises. La réalisation d'un audit institutionnel et organisationnel du MSHP et la révision du PNDS, prévues avant le démarrage du programme donneront le cadre de réforme sectorielle et le cadre programmatique auquel s'alignera le programme.

L'alignement sur la programmation nationale permet une forte appropriation de la part du Ministère de la Santé d'autant plus que les équipes de l'appui institutionnel seront physiquement intégrées dans les structures du Ministère. Le PASA a permis de constater une efficience et efficacité de mise en œuvre intégrant l'apport et le soutien structurant de l'appui institutionnel et la mise en œuvre d'action directe au niveau du terrain. Ceci sera développé davantage par le double encrage de l'appui institutionnel au niveau central et périphérique avec le volet de la recherche action permet de développer un dialogue basé sur l'opérationnalité entre les différents niveaux du système sanitaire et avec la population bénéficiaire du service sanitaire. Le choix de mise en œuvre par la gestion indirecte a démontré une amélioration de l'efficacité et efficience importante par rapport au PASA 1, la même option est retenue. L'équilibre entre "appuyer le changement" et "faire à la place" à la recherche de l'efficacité reste le défi majeur.

### 3.5 Logique d'intervention

La logique d'intervention sous-jacente pour cette action est caractérisée par la mise en place d'une approche sectorielle et structurante, articulant la programmation et la gouvernance du secteur sanitaire pour permettre une plus grande cohérence entre l'offre, la demande de santé et les filets sociaux. Des actions importantes de préparation seront réalisées courant l'année 2024, comme indiqué plus bas. L'appui à la réalisation et à la mise en œuvre de la politique sectorielle, des recommandations issues de l'audit institutionnel et organisationnel du MSHP et du PNDS est envisagé avec un cadre de référence inclusif, mesurable et budgétisé, accompagné d'un travail d'élargissement de l'espace de financement (P1). L'amélioration de la programmation, de l'efficacité et de l'efficacé du système de santé permettra de réaliser davantage d'interventions à haut impact, et donc d'améliorer l'état de santé, spécialement des plus démunis et marginalisés. Ainsi, l'efficacité allocative de l'offre de services de santé sera améliorée en renforçant davantage les niveaux primaire et secondaire et en favorisant la référence avec le niveau tertiaire dans les zones cibles (P2, P5). L'autonomie administrative et financière aux niveaux déconcentrés/décentralisés (P3), assortie d'une supervision adéquate, de moyens appropriés et de renforcement des capacités à tous les niveaux (P2), spécialement en périphérie améliorera l'efficacité technique. La demande sera stimulée par l'achat de services spécifiques dans le cadre du paquet prioritaire, l'appui aux indigents, et des investissements pour améliorer la qualité des services et réduire leur coût (P5). Ainsi le processus de mise en place de la CSU agira les sur la qualité des services délivrés par les services et aussi sur les indicateurs financiers concernant les coûts directs et catastrophiques (P5). Le renforcement du secteur avec un approche d'amélioration du système sanitaire apportera ainsi, entre autres, une réduction de la mortalité materno-infantile.

La performance sera davantage améliorée par le renforcement de la régulation du secteur public et privé dans les domaines de la prestation des services et de l'assurance maladie, en conjonction avec des motivations soutenables, le changement de comportement des acteurs, et une réorganisation du système (P1, P3, P5). Par ailleurs, ces actions, ainsi qu'une analyse approfondie des parties prenantes, leurs pouvoirs et leur position vis-à-vis des réformes, et de leur perception des politiques, aideront à alléger les résistances et l'inertie contre les réformes. Le volet de santé communautaire sera développé pour garantir une approche participative et inclusive, une amélioration de la gestion et la participation directe de la population.

Le Ministère de la Santé, appuyé par les partenaires au développement, pilotera ces initiatives. Il représente l'organe, aux différents échelons de son organisation, qui doit « apprendre en faisant », et qui doit donc réaliser un monitoring et un échange d'idées et d'acquis.

La stratégie d'intervention à moyen terme du programme en liens direct avec le PIP, prévoit une approche à double ancrage : une action institutionnelle combinée avec des interventions de terrain permettra à l'appui au développement d'opérer à la fois au niveau institutionnel central et au niveau opérationnel afin de stimuler d'un côté la réglementation et l'établissement des normes (dissémination des règles et normes, contrôle du respect des normes) et de l'autre côté, la capitalisation des expériences probantes pour feedback structurant aux autorités. Il s'agit là d'une approche 'bottom-up' équilibrée par une approche 'top-down'.

Accompagner des initiatives innovantes peut être défini, dans ce contexte, comme la gestion d'une application d'une politique à une échelle suffisamment grande pour en tirer des conclusions et des leçons, avec une approche (méthodologique) suffisamment rigoureuse, voire scientifique, pour ne pas tomber dans des discussions « d'opinion personnelle ».

Le pilotage d'une expérience dans un système social complexe nécessite une approche scientifique et systémique qui stimule l'apprentissage institutionnel, la prise de décision rationnelle pour améliorer la performance du système basée sur des évidences, et d'affiner la politique sectorielle, le but ultime étant d'accumuler suffisamment d'expérience et de connaissances pour la mise à échelle.

Le phasage de l'intervention de l'UE dans le secteur prévoit :

1. Phase préparatoire : Mission d'évaluation pour la couverture santé universelle (CSU) en Guinée (OMS et parties prenantes) avec la mise en place d'une feuille de route sur la CSU en Guinée. Cette action est prévue en coordination et cofinancement avec le Partenariat CSU de l'OMS soutenu par l'UE.
2. Actions de programmation des réformes structurantes. Ces actions sont en cours à partir du mois de juin 2023 pour se finaliser le premier trimestre 2024. Le processus visera à l'élaboration d'un programme clair et daté de réformes structurelles à mettre en place. Pour cela seront réalisées : a) Audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la Santé. b) Évaluation, élaboration et approbation du nouveau PNDS et du plan de mise en œuvre (2/3 ans). Ces actions seront réalisées en stricte coordination et cofinancement avec l'Initiative Fond Mondial de la France et avec une large consultation de la société civile concernée représentant le secteur de la santé, les femmes, les personnes handicapées et d'autres groupes marginalisés.

### 3.6 Matrice du cadre logique

Ce cadre logique indicatif constitue la base du suivi, de l'établissement des rapports et de l'évaluation de l'intervention.

Sur la base de cette matrice du cadre logique, un cadre logique plus détaillé (ou plusieurs) peut être élaboré au stade contrat. Dans le cas où les valeurs de référence et les valeurs cibles ne sont pas disponibles pour l'action, elles doivent être indiquées pour chaque indicateur à la signature du ou des contrats liés à ce document d'action, ou au plus tard dans le premier rapport d'avancement. De nouvelles colonnes peuvent être ajoutées pour définir des cibles (jalons) intermédiaires pour les indicateurs des produits attendus et des réalisations si besoin.

- Le premier rapport d'avancement doit inclure le cadre logique complet (y compris les valeurs de référence/cibles).
- Les rapports d'avancement doivent fournir un cadre logique mis à jour avec les valeurs actuelles pour chaque indicateur.
- Le rapport final doit inclure le cadre logique avec les valeurs de référence et finales pour chaque indicateur.

La matrice du cadre logique indicatif peut évoluer au cours de la vie de l'action en fonction des différentes modalités de mise en œuvre de cette action.

Les activités, les produits attendus et les indicateurs, valeurs cibles et valeurs de référence associés inclus dans la matrice du cadre logique peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action, aucune modification n'étant nécessaire à la décision de financement.

### MODALITÉ DE PROJET

Résultats	Chaîne des résultats	Indicateurs)	Valeurs de référence	Valeurs cibles	Sources de données	Hypothèses
<b>Impact</b>	Donner aux personnes en Guinée les moyens de vivre une vie saine et améliorer le bien-être de tous à tout âge. (Objectif du développement durable 3).	1 Taux de mortalité maternelle 2 Prévalence du retard de croissance (taille pour l'âge) (CREM 1.25/ SDG 2.2.1/EURF 1.3) 3 Taux de mortalité néonatale (SDG 3.2.2)	1 (2016): 550; 2 (2018): 30% 3 (2018): 32/1000	1(2027): X. 2(2027): X 3 (2027) : X	1 Atlas indicateurs santé (INS)/RGPH 2 et 3 EDS et DIH2	<i>Non applicable</i>
<b>Effet/Objectif spécifique</b>	L'accès aux soins de santé de qualité, en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire (PNDS), est amélioré et est plus équitable.	1.1 Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé *(PIM Résultat 2.3b) 1.2 Pourcentage de réformes et des mesures proposées par l'audit institutionnel (2023) et le PNDS (2024) qui ont été adoptées 1.3 Nombre de politiques gouvernementales élaborées ou révisées avec la participation d'organisations de la société civile à travers le soutien de l'UE (CREM 2.29) 1.4 Nombre de pays qui ont bénéficié d'un soutien de l'UE pour renforcer leur système de protection sociale (CREM 2.31) 1.5. Taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié* (PIM Résultat 2.3b) 1.6. Taux d'exécution budgétaire (base paiement) : (PIM Résultat 2.3a)	1.1 (2020): 56,6 % 1.2 (2023) 0% 1.3 (2023) 0 1.4 (2023) 0 1.5 (2023) 68% 1.6 (2019) 54%	1.1(2027) 45%. 1.2 à déterminer par le PNDS 1.3 : (2027) 2 1.4 : (2027) 1 1.5 : (2029) X 1.6 : (2029) X	1.1 Comptes nationaux de la santé 1.2 Rapport avancement /évaluation PNDS 1.3, 1.4, 1.5 et 1.6 documents PNDS et CSU	- La stabilité sociopolitique et économique se poursuit. - Le MSHP est engagé dans les réformes sectorielles sur la base de l'audit organisationnel et institutionnel 2023

Résultats	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence	Valeurs cibles	Sources de données	Hypothèses
Produit 1	1.1 Les capacités et les outils nécessaires au secteur santé pour piloter et gérer d'une manière transparente, efficace, redevable, non-discriminatoire les réformes législatives et réglementaires pour ses composantes centralisée et décentralisée sont améliorées.	1.1.1. Indice de capacité opérationnelle Générale des formations sanitaires	1.1.1(2019) : 47 % ;	1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3 (2027) A déterminer par le PNDS	1.1.1 Rapport SARA	<div>- Le Gouvernement concrétise le renforcement de la coordination entre les ministères sectoriels concernés par la politique sanitaire, ainsi qu'avec les ministères stratégiques en charge de la programmation budgétaire</div> <div>- Le processus de mise en place de la LOLF se poursuit sans retards</div> <div>- Les barrières culturelles n’entravent pas l’utilisation des soins de santé de la part des populations locales- Des mesures appropriées sont adoptées pour améliorer le taux de décaissement et la transparence dans la gestion des deniers publics</div> <div>-La qualité du leadership et de la coordination des directions centrales et déconcentrées du MSHP pour l’appropriation et la réussite est garantie.</div> <div>- MSHP Santé est engagé dans l'assainissement du secteur pharmaceutique</div>
		1.1.2 Proportion des hôpitaux EPA conformes aux normes nationales (PIM Résultat 2.3a)	1.1.2(2023) : 0 %		1.1.2 et 1.1.3 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE, Rapport annuel IGS	
		1.1.3 Nombre de missions de l’Inspection Générale Santé	1.1.3 (2022) 2/an			
Produit 2	1.2 La disponibilité des services de santé de qualité et accessibles au niveau communautaire, primaire et secondaire qui répondent mieux aux besoins de la population est accrue.	1.2.1 Pourcentage des accouchements assistés dans les formations sanitaires suivis par un partogramme	1.2.1(2021) 71% N’Zérékoré	1.2.1 X	1.2.1 ,1.2.2 ; 1.2.3 et 1.2.4 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE, Annuaire statistique DIHS2	
		1.2.2 Taux d’utilisation de la CPN 4 dont une au 9ème mois	1.2.2 (2021) 73% N’Zérékoré	1.2.2 X		
		1.2.3 Nombre de femmes en âge de procréer ayant utilisé une méthode de contraception moderne avec le soutien de l’UE dans les zones cibles (EURF 2.6 PIM Résultat 2.3f ; CREM 2.34)	1.2.3 (2023) : 0	1.2.3 X		
		1.2.4 Nombre d'enfants d'un an entièrement vaccinés avec le soutien de l'UE (EURF 2.5 ; CREM 2.35) ventilé par sexe, âge	1.2.4 (2023) : 0	1.2.4 X		
Produit 3	1.3 La disponibilité de médicaments et consommables essentiels de qualité est amélioré à tous les niveaux selon les normes nationales.	1.3.1 Disponibilité moyenne des 24 médicaments essentiels traceurs	1.3.1 (2020)19%	1.3.1 X	1.3.1, Enquête SARA 1.3.2 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE	
		1.3.2 Pourcentage de produits achetés par la PCG via des achats groupés internationaux ou sous-régionaux	1.3.2 (2022) 0	1.3.2 X		

Résultats	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence	Valeurs cibles	Sources de données	Hypothèses
Produit 4	1.4 Les capacités des ressources humaines en santé (RHS) et leur système de gestion sont renforcées.	1.4.1 Nombres d'écoles de santé publique appuyées par l'UE en vue de l'obtention d'accréditation OOAS	1.4.1 (2023) 0	1.4.1 X	1.4.1 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Gouvernement concrétise la réforme de la fonction publique avec la mise en place d'une gestion des RH, touchant la formation initiale et continue, l'affectation et la motivation, etc</li> <li>- Le gouvernement s'engage dans la décentralisation et déconcentration du système sanitaire par la réorientation de RH, de moyens et budgétaire en faveur des structures périphériques, notamment les postes et centres de santé</li> <li>Le Gouvernement appui et contribue au financement du test pilote d'assurance maladie intégrant le secteur informel et les plus pauvres, initié par le département santé</li> <li>Le Gouvernement s'engage à promouvoir une stratégie nationale de protection sociale</li> </ul>
		1.4.2 Disponibilité de personne formé pour les soins préventifs et curatifs des enfants de moins de 5 ans, ventilé par sexe, âge, handicap et zone rurale/urbaine	1.4.2 (2020)36%	1.4.2 A déterminer par le PNDS	1.4.2 Enquête SARA	
		1.4.3 Nombre de régions qui ont développé la base de données informatisées intégrée pour la gestion du personnel avec le soutien de l'UE	1.4.3 (2020) 0	1.4.3 X	1.4.3 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE	
Produit 5	1.5 Un système de financement des soins en achat stratégique de services (« par la demande ») est conçu au niveau national et testé dans des zones pilotes et d'apprentissage.	1.5.1 État de réalisation du document de stratégie nationale de la CSU	1.5.1 (2023) Document CSU non existant	1.5.1 (2027) Document CSU disponible et avec une feuille de route.	1.5.1 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE	
		1.5.2 Nombre de personnes bénéficiant directement d'interventions soutenues par l'UE visant à réduire les inégalités sociales et économiques par sexe et âge et zone rurale/urbaine (CREM 2.39)	1.5.2 (2023) 0	1.5.3 X	1.5.3 Rapports d'avancement de l'intervention financée par l'UE, Registres de la CSU	

## 4 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

### 4.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire.

### 4.2 Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, durant laquelle les activités décrites à la section 3 seront réalisées et les contrats et conventions correspondants mis en œuvre, est de **78 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision, ainsi que les contrats et les accords concernés.

### 4.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire

Non applicable

### 4.4 Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et procédures pertinentes de l'Union pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE.<sup>11</sup>

#### 4.4.1 Gestion indirecte avec une entité chargée de l'exécution

La présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec une ou plusieurs entités qui seront sélectionnées par les services de la Commission sur la base des critères suivants :

- Une entité ayant une expérience avérée dans le renforcement du secteur de la santé.
- Une entité ayant une expérience avérée dans la mise en place de systèmes de couverture santé universelle dans les pays en voie de développement et/ ou le renforcement du secteur de la santé.
- Une entité ayant une capacité opérationnelle de mise en œuvre dans le pays dans le domaine de la santé.
- L'entité dispose d'expertise en matière d'égalité des genres et/ou engagement en faveur de l'égalité des genres (politique/stratégie, processus internes et capacités opérationnelles, entre autres) ;
- Une entité ayant la capacité financière et administrative requise.

La mise en œuvre par cette et ces entités concerne l'ensemble des objectifs et résultats de la présente action.

#### 4.4.2 Passage d'un mode de gestion indirecte à une gestion directe (et vice versa) en raison de circonstances exceptionnelles (une deuxième option alternative)

L'option de remplacement pour la modalité de mise en œuvre en gestion indirecte au cas où cette modalité privilégiée ne pourrait pas être mise en œuvre en raison de circonstances indépendantes de la volonté de la Commission, sera la mise en œuvre en gestion directe par des marchés publics.

### 4.5. Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable sous réserve des dispositions suivantes.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique sur la base de l'urgence ou de l'indisponibilité des services sur les marchés des pays ou territoires concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés où l'application des règles d'éligibilité rendrait impossible ou excessivement difficile la réalisation de cette action (article 28, paragraphe 10, du règlement IVCDI - Europe dans le monde).

<sup>11</sup> [www.sanctionsmap.eu](http://www.sanctionsmap.eu). Veuillez noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes législatifs publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site internet, c'est la version du JO qui fait foi.

#### 4.6. Budget indicatif

Composantes budgétaires indicatives	Contribution UE (EUR)
<b>Produit 1 Gouvernance</b>	3 200 000
Gestion indirecte avec une ou plusieurs entités chargées de l'exécution – voir section 4.4.1	
<b>Produit 2 Offre de service</b>	10 800 000
Gestion indirecte avec une ou plusieurs entités chargées de l'exécution – voir section 4.4.1	
<b>Produit 3 Médicaments et consommables</b>	2.000.000
Gestion indirecte avec une ou plusieurs entités chargées de l'exécution – voir section 4.4.1	
<b>Produit 4 Ressources humaines</b>	1 800 000
Gestion indirecte avec une ou plusieurs entités chargées de l'exécution – voir section 4.4.1	
<b>Produit 5 Financement par la demande</b>	2 000 000
Gestion indirecte avec une ou plusieurs entités chargées de l'exécution – voir section 4.4.1	
<b>Évaluation</b> – voir section 5.2	200 000
<b>Audit</b> – voir section 5.3	
<b>Totaux</b>	20 000 000

#### 4.7 Structure organisationnelle et responsabilités

Un comité de pilotage sera créé afin d'assurer le suivi stratégique de l'action et de prendre toute décision nécessaire à son bon déroulement en vue d'assurer l'atteinte de son objectif spécifique et des résultats attendus ainsi que de veiller à l'appropriation du projet par l'ensemble des parties prenantes.

L'action s'insère dans la stratégie sectorielle du Ministère de la santé et s'insère directement dans la stratégie de suivi du PNDS. La structure organisationnelle prévoit :

- Le Comité de pilotage qui se réunira au moins avec une fréquence annuelle et qui garantira le pilotage du programme. Le comité garantira le suivi stratégique de l'action et du bon déroulement en vue d'assurer l'atteinte de son objectif spécifique et des résultats attendus ainsi que l'appropriation du projet par l'ensemble des parties prenantes. L'intégration du comité de pilotage dans la structure de suivi du PNDS pourra être envisagée suite à son opérationnalisation en 2024.
- Le Comité technique qui se réunira au moins avec une fréquence trimestrielle et qui garantira le suivi rapproché de l'avancement de l'action et du plan de mise en œuvre opérationnelle, ainsi que la coordination des actions entre les différents partenaires.

La composition de ces comités comprendra au minimum des représentants du MSHP, un représentant de la DUE et des représentants des entités de mise en œuvre et des structures bénéficiaires. Des personnes ressources pourront aussi participer aux comités.

Dans le cadre de sa prérogative d'exécution du budget et afin de préserver les intérêts financiers de l'Union, la Commission peut participer aux structures de gouvernance susmentionnées mises en place pour régir la mise en œuvre de l'action et peut signer ou s'engager dans des déclarations conjointes, dans le but de renforcer la visibilité de l'Union et de sa contribution à la présente action et d'assurer une coordination efficace.



## 5 MESURE DES PERFORMANCES

### 5.1 Suivi et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire chargé de la mise en œuvre. À cette fin, le partenaire chargé de la mise en œuvre met en place un système permanent de suivi interne, technique et financier de l'action et élabore régulièrement des rapports d'avancement (au moins annuels) et des rapports finaux. Chaque rapport fournit un compte rendu précis de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements introduits, ainsi que du degré d'obtention de ses résultats (Produits et réalisations directes) mesurés par les indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique.

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

Rôles et responsabilités en matière de collecte, d'analyse et de suivi des données: les organisations en charge de la mise en œuvre de chaque produit ou sous-produit seront chargées de veiller à la mise en place d'un cadre logique pour leur intervention et du suivi et d'établissement de rapports sur les indicateurs de la matrice du cadre logique. Les cadres logiques développés doivent inclure des indicateurs aux différents niveaux de résultats et intégrer ceux du cadre logique du programme (pour le produit ou le sous-produit respectif). Ces indicateurs seront mesurés annuellement. Etant donné l'encrage du programme dans le système national, le suivi des données sanitaires sera renforcé comme décrit en haut (SNIS et DIHS2). La collecte de donnée par enquête spécifiques (SARA, EDS, ...) se fera dans le cadre de la programmation du PNDS et de la coordination avec les autres partenaires au niveau local et national. Tous les suivis et rapports doivent évaluer la manière dont l'action tient compte du principe d'égalité entre les hommes et les femmes, d'une approche fondée sur les droits de l'homme et des droits des personnes handicapées, y compris l'inclusion et la diversité.

### 5.2 Évaluation

Compte tenu de la nature de l'action, une/des évaluation(s) à mi-parcours, finale(s) ou ex-post pourront être effectuées pour la présente action, ou une de ses composantes par des consultants indépendants dans le cadre d'un contrat avec la Commission.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée à des fins de résolution des problèmes et d'apprentissage, en particulier en ce qui concerne la CSU et la possibilité de lancer une deuxième phase de l'action.

Une évaluation finale ou ex post pourra être réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), en tenant compte en particulier du fait du caractère innovatif de cette en particulier pour les action pilotes de mise en place de la CSU.

La Commission informera le(s) partenaire(s) de mise en œuvre au moins un mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le(s) partenaire(s) chargé(s) de la mise en œuvre collabore(ent) de manière efficace et effective avec les experts chargés de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et des documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et aux activités du projet.

Les rapports d'évaluation peuvent être communiqués aux partenaires et aux autres principales parties prenantes, en application des bonnes pratiques en matière de communication des évaluations. Le partenaire chargé de la mise en œuvre et la Commission analysent les conclusions et les recommandations des évaluations et, le cas échéant, apportent les adaptations nécessaires.

Un ou plusieurs marchés de services d'évaluation peuvent être conclus.

Toutes les évaluations analyseront la manière dont l'action prend en considération une approche basée sur les droits humains ainsi que la manière dont elle participe à l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes. L'expertise sur les droits humains et l'égalité de genre sera assurée par les équipes d'évaluation.

### 5.3 Audit et vérifications

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

## 6 COMMUNICATION STRATÉGIQUE ET DIPLOMATIE PUBLIQUE

Pour le cycle de programmation 2021-2027, une nouvelle approche pour la mise en commun, la programmation et le déploiement des ressources en matière de communication stratégique et de diplomatie publique sera adoptée.

Conformément au document «[Communiquer et accroître la visibilité de l'UE –Orientations relatives aux actions extérieures](#)», publié en 2022, la communication et la visibilité de l'UE reste une obligation juridique pour toutes les actions extérieures financées par l'Union, afin de faire connaître le soutien de l'Union européenne à leur travail auprès des publics concernés, notamment en utilisant l'emblème de l'Union et une brève déclaration de financement, sur tous les supports de communication liés aux actions concernées. Cette obligation s'applique de la même manière, que les actions concernées soient mises en œuvre par la Commission, des pays partenaires, des contractants, des bénéficiaires de subventions ou des entités chargées de l'exécution telles que les agences des Nations unies, les institutions financières internationales et les agences des États membres de l'Union.

Cependant, les documents d'action des programmes sectoriels spécifiques ne sont en principe plus tenus de prévoir des activités de communication et de visibilité sur les programmes concernés. Ces ressources seront prévues dans des facilités de coopération établies par des documents d'action de mesures d'accompagnement, permettant aux délégations de planifier et mettre en œuvre des activités de communication stratégique et de diplomatie publique pluriannuelles avec une masse critique suffisante pour être efficaces à l'échelle nationale.

## Annexe 1 RAPPORT DANS OPSYS

Une intervention primaire (projet/programme) est un ensemble cohérent d'activités et de résultats structurés dans un cadre logique visant à apporter un changement ou un progrès en matière de développement. La détermination du niveau de l'intervention primaire permettra:

d'articuler les actions ou les contrats en fonction d'une chaîne des résultats attendus et de leur permettre ainsi d'assurer un suivi et un compte rendu efficaces des performances;

de différencier ces actions ou contrats de ceux qui ne produisent pas de résultats en matière de développement directement mesurables, définis comme des entités de soutien (c'est-à-dire des audits, des évaluations);

de disposer d'une cartographie complète et exhaustive de toutes les actions et de tous les contrats porteurs de résultats.

Les interventions primaires sont indiquées lors de la conception de chaque action par le service responsable (délégation ou unité opérationnelle du siège).

Le niveau de l'intervention primaire choisi peut être modifié (directement dans OPSYS) et la modification ne constitue pas une modification du document d'action.

Le niveau d'intervention pour la présente action est indiqué comme (cochez l'une des quatre options suivantes);

Niveau Action (appui budgétaire, financement mixte)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Action individuelle	Action présente: tous les contrats pour cette action