



PLAN POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

GUINEE BISSAU

2007 – 2009

Version: Octobre 2006

Résumé

La Guinée Bissau compte approximativement 1,5 millions d'habitants et se situe pour l'indice de développement humain à la 172^{ième} place sur 177. Les indicateurs de santé sont préoccupants avec une baisse très lente des indices de mortalité infantiles et infanto-juvéniles qui ne permettent pas d'envisager une atteinte des objectifs OMD dans le pays dans les délais prévus.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2003-2007 considère 4 stratégies dont celle de promotion de l'accès à un paquet minimum d'activité. En dépit des difficultés multiples auxquelles a à faire face le pays, un certain nombre d'interventions ont montré des bénéfices certains notamment dans la lutte contre le paludisme avec la distribution de moustiquaires imprégnées et le traitement des cas graves de paludisme, ainsi que la stratégie accélérée pour le développement et la survie de l'enfant dans la réduction de la mortalité infantile.

Le programme national de vaccination bien qu'il enregistre des résultats encourageants pour certains antigènes souffre d'un certain nombre de carences liées pour grande partie au contexte organisationnel défavorable dans lequel évolue le système de santé. Problèmes d'accessibilité physique, manque de ressources pour les stratégies avancées, et surtout carences en ressources humaines par ailleurs démotivées sont quelques aspects limitants de l'organisation actuelle ayant un impact direct sur l'atteinte des objectifs de couverture vaccinales.

La proposition à GAVI de contribuer au projet de renforcement du système de santé vise à cibler les problèmes organisationnels récurrents ayant un impact négatif chronique sur la mise à disposition des services de vaccination mais aussi de l'ensemble des services de santé. Elle vise pour une grande part à augmenter la capacité opérationnelle des régions et des aires sanitaires pour disposer des moyens nécessaires afin de fournir en stratégie fixe ou avancée un paquet minimum de soins pour les femmes et les enfants comprenant une offre vaccinale de qualité.

La proposition vise à améliorer les carences logistiques en organisant et contrôlant mieux les moyens de transport, permettant de gérer le parc sur le long terme, tout en adressant la contrainte urgente de pouvoir évacuer les accouchements compliqués et autres malades graves dans les centres de référence. Elle entend investir dans les ressources humaines en augmentant le degré de motivation et de formation des personnels et des volontaires, et appuyant les efforts au niveau central de gestion des carrières sur le long terme.

Elle prétend contribuer à améliorer le suivi des activités en renforçant les initiatives existantes et permettant une revue des indicateurs utilisés pour mesurer la performance. Elle insiste sur le renforcement de la logistique en particulier concernant la chaîne du froid et la gestion des stocks. Enfin, elle inclut un renforcement des systèmes financiers et comptables au niveau central et régional, dans l'optique de permettre une revue des dépenses publiques du secteur santé et d'améliorer la gouvernance financière et le rendu de compte des ressources utilisées.

Grâce à des moyens accrus en terme d'assistance technique, de renforcement de systèmes susceptibles d'imprimer une nouvelle dynamique, et de mise en place de plan permettant de planifier à moyen terme les objectifs à atteindre et les ressources nécessaires, elle devrait permettre au système national de santé d'être en mesure de mieux répondre aux défis à venir et de mieux tirer parti des opportunités offertes par les partenaires. Ceci dans l'optique de contribuer de manière visible à la mobilisation efficace des personnels de santé pour contribuer à réduire significativement la mortalité des enfants et des femmes de Guinée Bissau dans les trois ans à venir.

1. Description du contexte

La Guinée-Bissau, pays de l'Afrique de l'Ouest de 36125 km² compte environ 1,5 millions d'habitants en 2005 avec un taux de croissance démographique estimé entre 1,9 et 3% et un taux d'urbanisation de 34 %. Cette population est caractérisée par sa jeunesse, les moins de quinze ans représentant plus de 50% de la population totale. La Guinée-Bissau figure dans la catégorie des « pays les moins avancés » (PMA) avec un indice de développement humain (IDH) parmi les plus faibles dans le monde (IDH: 0,348 en 2003) qui la classe au 172^{ème} rang sur 177 pays.

Le secteur agricole, dominé par la filière du cajou contribue pour 62,6 % du PIB en 2004, contre respectivement 12,2% pour l'industrie et 25,2% pour les services au cours de la même année. La Guinée-Bissau est aussi un pays pauvre très endetté avec une dette extérieure représentant 301,7% du PIB en 2005.

Selon la Banque Mondiale (WDI 2005), le taux de mortalité infantile était estimé à 122 pour mille, tandis que celui de la mortalité infanto juvénile était estimé à 205,2 pour mille en 2005. Ces indicateurs de mortalité présentent une tendance à la baisse lente qui compromettent l'atteinte des objectifs du millénaire pour le pays en 2015 : entre 47,3 et 51 pour mille pour le taux de mortalité infantile et entre 80 et 84,3 pour mille pour la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les autres indicateurs sanitaires montrent une mortalité maternelle de 1100/100.000 nv ; une couverture vaccinale de 74% pour le DTC3 et de 57% pour la rougeole. Le taux d'alphabétisation est de 39,6 %.

Le système national de la santé de Guinée-Bissau s'articule en trois niveaux : central, régional et périphérique, et définit les différents types de structures de prestation des soins.

Les structures sont constituées par deux Directions Générales, les directions de services (incluant la coordination des Programmes Nationaux) et au niveau intermédiaire régional par les directions régionales de la santé.

Les structures de prestation de soins sont les suivantes: un hôpital national de référence, deux Centres de Référence spécialisé (pneumologie et prise en charge de la lèpre), au niveau intermédiaire quatre hôpitaux régionaux et cent quatorze centres de santé (de types A, B et C).

La politique de la santé a comme base les soins de santé primaire à travers lesquels est offert un paquet minimum activités.

Le PNDS 2003-2007 révisé considère 4 grandes stratégies nationales: l'accessibilité et la qualité du PMA et les soins de référence; le renforcement institutionnel ; le développement des ressources humaines dans la gestion des programmes et les services de prestation de soins ; la promotion de la collaboration intersectorielle dans la prévention des maladies.

Compte tenu de la situation socio-économique très fragile le gouvernement de la Guinée-Bissau envisage de bénéficier de la subvention du fond GAVI pour le renforcement système de santé dans le but de répondre de la meilleure manière aux besoins de santé de la population.

2. Justification

D'après le rapport commun de pays des nations Unies, le système de santé en Guinée-Bissau est aussi caractérisé par une faible capacité d'accueil aussi bien à la capitale Bissau qu'à l'intérieur du pays. En effet, sur les 693 unités de santé de base existantes en 1996, seulement 99 fonctionnaient en 2001 et disposaient de médicaments pour faire face aux nécessités des soins de santé primaires des communautés et uniquement 4 des 11 régions sanitaires outre le Secteur autonome de Bissau (SAB) disposaient d'un "Hôpital Régional de référence de 1^{er} niveau" en 2004.

L'analyse faite dans le CCA estime que la faible capacité du système de santé se traduit par une très faible capacité d'offre qui s'explique par l'insuffisance et l'éloignement des structures, et les carences en terme de ressources humaines. Les rares équipements et infrastructures disponibles se situent en milieu urbain le long du corridor économique tels que Bissau, Bafata et Gabu tandis que le sud du pays et les îles Bijagos présentent des couvertures insuffisantes. L'offre réduite est le fait du nombre insuffisant de personnels qui diminue les prestations disponibles. L'insuffisance de personnel de santé concerne toutes les catégories comme les médecins, les infirmiers, les auxiliaires de santé, les sages-femmes, et assistants de laboratoires. La distribution du personnel de santé serait par ailleurs inégale, puisque la capitale Bissau concentrerait à elle seule plus de 60% des personnels alors qu'elle ne représente que 25,9% de la population du pays. Cette faible offre se traduit par des prestations de qualité insuffisante qui affecte à leur tour l'utilisation des services par la population.

Pour faire face aux problèmes prioritaires de santé, le gouvernement en collaboration avec la communauté internationale a formulé un plan de vaccination (2005 – 2009) réaliste et viable pour les cinq prochaines années. C'est par l'amélioration de la santé et de la qualité de vie que l'on pourra espérer la participation future des jeunes générations au développement du pays. Ce plan y contribue c'est une opportunité de favoriser une augmentation de la couverture vaccinale.

A partir de 1995 la couverture vaccinale a diminué jusqu'à 1999. Bien qu'elle ait à nouveau augmenté jusqu'en 2003, elle présente une tendance à la baisse expliquée par les problèmes organisationnels du système de santé, en particulier par la faible capacité logistique et financière et l'insuffisance des ressources humaines qualifiées. Le problème des ressources humaines est expliqué par la fuite des cadres à la recherche des meilleures conditions de travail et de rémunération, associée à la démotivation du personnel restant. Ceci se traduit notamment par la non réalisation de la stratégie avancée.

L'absence de mise en œuvre des actions de stratégies avancées est due au manque des ressources nécessaires pour le déplacement des techniciens devant se déplacer pour assurer des activités intégrées dans les sites éloignés. Dans cette situation, l'accueil des clients par les prestataires des soins au niveau des centres de santé est privilégié au détriment des contacts auprès des populations isolées. Des expériences régionales menées grâce au soutien des partenaires internationaux ont montré l'impact positif des stratégies avancées dans la réduction de la mortalité infantile.

La dynamisation de la prestation des services intégrés à travers le paquet minimum d'activités de prévention et promotion de la santé, qui sont mis à disposition de la population durant les stratégies avancées menées auprès de la communauté représente une opportunité pour augmenter en premier lieu la couverture vaccinale mais aussi influencer sur d'autres paramètres déterminant dans la santé des enfants. La proposition visera principalement au développement de cette stratégie dans les 3 ans qui viennent.

3. Objectifs

Objectif général

Contribuer à la réduction de la mortalité infantile et maternelle

Objectif spécifique:

Améliorer les taux de couvertures vaccinales selon les objectifs du plan pluriannuel et appuyer l'accès à d'autres services de la mère et de l'enfant (PCIME)

Les principaux secteurs concernés :

- ❖ La stratégie PCIME (PEV, Paludisme, Maladie Diarrhéique, Nutrition)
- ❖ Le système de suivi et évaluation
- ❖ Le système de surveillance épidémiologique intégrée des maladies
- ❖ La Santé de la Reproduction (CPN et l'accouchement assisté)
- ❖ La capacitation des ressources humaine
- ❖ Le système d'acquisition et de distribution des médicaments
- ❖ La mobilisation sociale et la promotion de la participation communautaire
- ❖ Le système de gestion des moyens logistique et le système d'allocation des ressources

Liaison entre la proposition et les thèmes essentiels définis par GAVI:

Les secteurs d'activité proposés reprennent les 3 axes définis par GAVI pour ce type de soutien.

Le renforcement de la capacité des ressources humaines dans le domaine de la gestion des programmes de la santé, et l'utilisation des données du suivi /évaluation pour l'amélioration de la qualité des prestations doit contribuer à réduire la mortalité infantile. Un système d'incitation à la performance récompensant les équipes de centres de santé plutôt que les individus est envisagé selon la mise en place de stratégies comme la PCIME, mais aussi les performances dans l'évacuation des accouchements compliqués. L'appui aux volontaires de santé jouant un rôle important pour la promotion de la santé est aussi prévu. Enfin, l'appui à la formation de base de sage femmes est proposé, mesure qui aura un impact direct sur l'offre de soin.

Le projet devrait contribuer à l'amélioration des conditions de travail en ce qui concerne les équipements, la logistique et les médicaments. Des plans pour la gestion des moyens de transport mais aussi le renforcement de la gestion de la chaîne du froid doivent permettre d'entretenir mais aussi remplacer régulièrement les véhicules et équipements usagés. La distribution de kits pour les accouchements et les césariennes doit être facilitée par une amélioration de gestion des stocks de médicaments et des circuits de distribution.

Les améliorations en terme d'organisation sont à réaliser dans le domaine financier à tout niveau pour faciliter les flux de ressources mais aussi améliorer le rendu de compte de ce qui est utilisé. Il s'agira également de faciliter la coordination et l'intégration de différentes stratégies pour les soins aux enfants mais aussi l'amélioration des conditions d'accouchement pour les femmes avec les interventions du programme de vaccination.

Il est prévu également d'accentuer la mobilisation sociale pour améliorer la diffusion des informations permettant le changement du comportement des communautés en faveur des bonnes pratiques à travers des actions de l'IEC en privilégiant les radio communautaires, public, et privé.

4. Les résultats attendus et les activités

1. Un système de gestion des moyens de transport est mis en place

1.1 Mettre en place une banque de données des voitures et motos

Tous les véhicules voitures, motos et bateaux appartenant au service national de santé seront enregistrés avec leur immatriculation dans une base de données centralisés au MINSAP. Cette base de données sera mise à jour en permanence par un agent responsable formé à cet effet et dépendant du service du patrimoine du MINSAP. Les données seront fournies par les régions tous les trois mois, concernant les kilomètres parcourus et les réparations effectuées.

1.2. Superviser l'entretien du parc

Le parc de véhicule sous la responsabilité des administrateurs des régions sanitaires fera l'objet de contrôle réguliers lors des visites de supervision intégrées ou technique au niveau des aires sanitaires, ou de visites spécifiques en cas de décision de réforme ou de réparations importantes.

1.3. Acquisition des moyens de transport et carburant selon les besoins du parc

Un plan annuel des besoins en véhicules et motos sera mis à jour lors du cycle de planification avec les prévisions de dépenses en carburant et entretien sur la base des kilomètres parcourus l'année précédente. Une politique d'acquisition de véhicule sera formulée dès la deuxième année en fonction des données collectées.

1.4. Créer mécanisme de transport pour les accouchements compliqués aux centres de références

Même si cette action n'est pas proposé au financement de GAVI, elle fait partie des éléments importants dont le système a besoin pour se renforcer. Ce système bénéficiera du financement récent d'ambulances par la BAD qui devra être complété. De même, un réseau de radio VHF va être complété en 2007 afin de pouvoir assurer une liaison entre chaque aire sanitaire et régions pour organiser la référence des accouchements compliqués. Ce système bénéficiera également aux évacuations non obstétricales comme celles des urgences pédiatriques.

Il est proposé que le gouvernement contribue au financement du carburant nécessaire aux évacuations afin de réduire le coût qui sera supporté par les patients, et faciliter l'utilisation du système de référence.

1.5 Créer des postes de logisticiens au niveau de chaque région en appui aux administrateurs

Afin d'appuyer les administrateurs des régions dans leurs tâches logistiques, 10 postes de logisticiens régionaux sous contrat seront créés. Les termes de références de leur mission concerneront l'appui à la chaîne du froid, la distribution des vaccins, la gestion du parc de véhicules sous la responsabilité des administrateurs et le contrôle du service du patrimoine du MINSA.

2. Un système de motivation du personnel (performance, éloignement) est défini et opérationnel

2.1 Identifier les stratégies et créer le système d'incitation

- dirigé vers les équipes de CDS (incluant les sages femme) plutôt que vers les individus sur la base de résultats
- incitation à la délocalisation de personnels de santé dans des localités isolées

Ces éléments sont liés à la politique des ressources humaines du MINSA et à la réforme de la fonction publique et fera l'objet des discussions avec les organisations professionnelles lors d'un atelier spécifiques.

L'objectif sera de déterminer une série d'objectifs à atteindre pour les stratégies principales par les équipes de centres de santé, qui déclencheront en cas d'atteinte après validation par les équipes de

supervision le versement d'une prime spécifique dont le montant est à déterminer. Le financement de ce système sera à assurer par le gouvernement en priorité, mais il s'agit d'une opportunité pour les donateurs de participer à la motivation du personnel selon leur niveau de performance.

2.2 Fourniture d'incitations aux volontaires (Bicyclettes, savon, seau, etc....)

Afin de pouvoir maintenir une participation efficace des volontaires de santé (2 agents de santé et 1 accoucheuses traditionnelle par aire sanitaire), vecteurs d'information sanitaire pour la population, il est prévu de mettre en place un système de motivation basé sur la distribution initiale de moustiquaires, et de distribution régulière de savon. De même, chacun d'entre-eux devrait recevoir une bicyclette afin de faciliter les déplacements

2.3 Alimenter un compte spécial à allouer suivant le résultat des visites de suivi

Selon le système de primes institué, un compte sera mis en place pour réserver des ressources pour le paiement des primes. Il sera proposé au gouvernement de financer ce compte en priorité mais aussi aux agences qui font la promotion spécifique de certaines stratégies demandant une réponse coordonnée au niveau de centre de santé.

2.4 Appui à la banque de données des ressources humaines

Dans le cadre de la révision du Plan de développement des ressources humaines, le MINSA a bénéficié de l'appui de l'Institut Fiocruz pour la mise en place d'une banque de données de ressources humaines permettant une gestion améliorée des quelques 1700 agents fonctionnaires et contractuels employés par le MINSA. Un appui est nécessaire pour la saisie de donnée mais aussi l'appui aux différents systèmes informatiques (réseaux, logiciels,...) qui seront utilisés dans le cadre du renforcement du système de santé tant au niveau central qu'au niveau régional.

Cette banque de données doit permettre d'enregistrer les formations dont bénéficient les agents et ainsi de suivre dans quelle mesure l'objectif de formation continue sera atteint.

3. Le système de suivi et évaluation du MINSAP est renforcé

3.1 Rédaction d'un manuel des indicateurs du SIS/PNDS et formation à la collecte et à l'interprétation des données

Du niveau périphérique au niveau central, des indicateurs d'accessibilité et d'utilisation sont à collecter. Il existe déjà un manuel de supervision intégrée du PNDS expliquant clairement les points d'attention et la manière de calculer les niveaux atteints.

La détermination d'une liste déterminée d'indicateurs spécifiques à collecter incluant ceux des programmes spécifiques devra être effectuée en tenant compte des indicateurs déjà déterminés dans le PNDS mais aussi par les agences techniques ou financières (OMS, UNICEF, Fonds Mondial, Banque Mondiale). Ce travail pourra se réaliser dans le cadre d'un atelier spécifique.

Il permettra de revoir le format des fiches d'informations des aires sanitaires, mais aussi des supports intermédiaires (fiches de séances de vaccination) pour faciliter le travail de rapport et en augmenter la validité.

Une formation à la collecte et au calcul des indicateurs est nécessaire pour faciliter l'interprétation des données par rapport aux objectifs au niveau régional.

Chaque aire sanitaire devra poursuivre l'envoi d'information chaque mois, et chaque région chaque trimestre pour le niveau central.

3.2 Visites de supervision intégrée et techniques régulières à tous les niveaux

Un plan annuel de supervision combinant le niveau central et régional sera réalisé. Il s'agit d'un élément important dans la motivation des personnels de santé.

Le principe de supervision intégrée sera poursuivi à raison de 2 visites par an et par région selon le système existant. Elle devra en particulier couvrir la question de l'approvisionnement en médicaments et du recouvrement des coûts, et aussi des aspects administratifs et de gestion des ressources humaines.

Des supervisions techniques seront intégrées de manière à mieux suivre la mise en œuvre des stratégies dans le domaine des grandes endémies, la santé reproductive et la prise en charge des enfants. Chaque région doit réaliser une supervision mensuelle dans les aires sanitaires. Les programmes nationaux effectueront une supervision trimestrielle.

Les résultats de la supervision intégrée et des supervisions techniques serviront à élaborer un score qui sera utilisé pour la distribution éventuelle de primes selon les résultats atteints en fonction des objectifs fixés soit dans le PNDS ou pour des programmes spécifiques.

3.3 Publier périodiquement un tableau de bord du système d'information sanitaire / PNDS

Afin d'assurer une rétroinformation permettant aux services de santé de percevoir régulièrement ses propres performances, une synthèse sera publiée régulièrement selon les axes suivant :

- données de surveillance et de vaccination:	rapport mensuel
- données de routine relatives aux couvertures/ utilisation :	rapport trimestriel
- données sur l'organisation des services	rapport trimestriel

3.4 Imprimer et mettre à disposition les supports d'informations

Ces supports permettent l'enregistrement des données individuelles de chaque personne et le suivi médical efficace. Ils permettent aussi au personnel de santé de rendre compte de l'activité et également les aide parfois à structurer la démarche d'enregistrement de l'information.

Ces supports sont :

- cartes de suivi de croissance et de vaccinations
- cartes pour les femmes (vaccination anti tétanique)
- cartes de suivi des grossesses
- fiches consultation PCIME
- fiches de recueil de température, réquisition
- fiches de partogramme

Le coût de mise à disposition de ces supports souvent pris en charge par les partenaires n'est souvent pas reconnu et nécessite d'être pris en compte de manière spécifique.

4. La surveillance intégrée des maladies prioritaires et la riposte sont opérationnelles.

4.1. Etablir mécanisme de notification régulier selon le plan SIM

Des rapports hebdomadaires sont attendus pour :

- la surveillance des PFA
- le suivi des cas de tétanos néonataux

Hormis en cas d'épidémie, un rapport mensuel est attendu au niveau de la Direction de l'Hygiène et l'Epidémiologie pour les 15 autres maladies de la SIM.

4.2. Renforcer la recherche active de cas de maladie cible du PEV

Selon les résultats, une équipe d'investigation doit pouvoir vérifier les données et le cas échéant procéder à l'investigation des cas. Ceci implique un budget spécifique pour effectuer les déplacements nécessaires, mais aussi pour pouvoir acheminer dans de bonnes conditions à Bissau les échantillons prélevés sur le terrain. Une ligne spécifique est attribuée pour l'acheminement des échantillons relatifs aux cas de PFA, mais aussi aux cas suspects de rougeole dans le cadre des engagements pris par le MINSAP.

4.3 Former/recycler les techniciens de labo dans le domaine de la surveillance intégré

Une unité spéciale dévolue à la surveillance est organisée au sein du laboratoire national de santé publique. Une équipe responsable de la réception et le traitement des échantillons est en place, et mobilisable notamment en cas d'épidémies.

4.4 Coordination de la surveillance.

Des rencontres régulières des responsables sont nécessaires afin de s'assurer que les éléments fournis dans les formations sont mis en pratique au niveau des aires sanitaires.

4.5 Acquisition des équipements et des consommables de laboratoire

En fonction des objectifs de l'unité de surveillance au LNSP, l'équipement et les consommables nécessaires doivent être à tout moment disponibles. Cela suppose un budget annuel précis afin de couvrir les besoins de l'activité. Ceci inclut également la prévision des consommables nécessaires en cas d'épidémies des maladies cibles de la stratégie SIM.

5. La mobilisation sociale auprès de la communauté et le plaidoyer au niveau des décideurs est réalisé.

5.1 Former / sensibiliser les chefs de villages, matrones, leaders traditionnels et journalistes des radios sur la prévention des maladies

Une formation spécifique pour les leaders d'opinion est prévue afin de renforcer la sensibilisation pour la vaccination et les soins rapides aux enfants malades.

5.2 Former/sensibiliser la communauté sur les signes/symptômes grave des maladies pour la prise de décisions concernant la santé des enfants

Il s'agit de l'éducation des mères aux signes graves qui demandent une action immédiate et sont traités dans le cadre de la PCIME « communautaire »

5.3. Concevoir les messages clés / supports audio-visuels et acquisition de matériel d'appui à la communication

Un travail régulier sur les messages à faire passer est à réaliser en fonction des données des enquêtes qualitatives et des causes connues d'abandon en cours de calendrier vaccinal.

5.4 Diffuser les messages dans les radios communautaires et reproduire/multiplier les supports audio-visuel

Tous les messages doivent être disponibles dans différentes langues parlées à l'intérieur du pays comme le fula, manjake, mankanha, balante, mandinga, felupe. La participation des radios communautaires de proximité est essentielle.

6. La coordination et mobilisation des ressources du secteur santé est améliorée

6.1 Réalisation de rencontres avec les financeurs rétroinformation

Les informations concernant les apports des partenaires à partir des programmes en cours seront collectées et synthétisées afin de pouvoir renvoyer l'information et améliorer la coordination. Ceci est d'autant plus important pour la réalisation de plan de pérennisation financière comme celui du plan pluri annuel complet pour la vaccination qui nécessite une connaissance assez précise des dépenses réalisées par chacun des partenaires.

6.2 Revue des dépenses publiques du secteur de la santé

Afin de pouvoir permettre d'acquérir une connaissance plus approfondie des ressources utilisées et de leur provenance, une aide technique spécifique sera contractée. Celle-ci permettra également une vision de l'offre et de l'utilisation des structures à différents niveaux, mais aussi de pouvoir documenter les recettes liées au recouvrement des coûts.

6.3 Appui à la révision du système comptable MINSA + régions

Afin de pouvoir intégrer et gérer au mieux l'ensemble des ressources du secteur public, un système comptable centralisé adapté pour l'intégration des dépenses des régions et des hôpitaux sera à mettre en place à partir des outils déjà existants.

6.4 Audit financier annuel des comptes gérées par la cellule de gestion

Les dépenses de la subvention RSS feront l'objet d'un audit annuel spécifique.

7. Un système d'allocation de ressources pour les stratégies vaccinales est mis en place.

7.1. Allouer régulièrement aux régions des fonds pour l'entretien des moyens de transports

En fonction des données fournies par les logisticiens régionaux et intégrées dans la base de données au niveau central, un suivi individualisé des véhicules du service national de santé sera effectué. Chaque véhicule enregistré devra être suivi individuellement selon sa plaque d'immatriculation pour l'âge, les kilomètres parcourus, les réparations effectuées (type et valeur) et le responsable qui sera chargé de remplir le carnet de bord de chaque véhicule.

Ces informations permettront une harmonisation du parc de véhicules, et l'établissement d'une politique d'achat à long terme pour le type de véhicules. Une attention particulière sera apportée aux bateaux qui sont d'une grande importance pour les services de santé des régions du sud et des îles Bijagos.

Selon les kilomètres à réaliser pour les stratégies avancées, des fonds seront alloués selon un système de prix au kilomètre à réévaluer régulièrement.

7.2. Appuyer la mise en place d'un système comptable aux régions

Le PNDS prévoyait la structuration d'un système comptable au niveau régional. Des équipements informatiques (ordinateurs portables) et des formations réalisées. Cela permettra de poursuivre cette logique en choisissant un support logiciel cohérent avec le niveau central permettant aux régions de rendre compte précisément des ressources utilisées. Une comptabilité précise sera demandée aux régions, et un suivi spécifique effectué par la cellule de gestion.

Dans l'attente d'une solution logicielle adaptée, une comptabilité sous tableur pourra être mise en place temporairement.

7.3. Mise en place de l'allocation de ressources selon les plans opérationnels du PEV

Le manque de ressources pour les stratégies avancées (disponibilité des véhicules, per diems, carburants) apparaît comme un des obstacles importants à lever pour améliorer les couvertures. Selon la fréquence prévue de réalisation et le kilométrage des circuits de stratégie avancée, des fonds pour l'achat de carburant et le paiement de per diems seront attribués trimestriellement aux régions.

8. Le système d'acquisition et distribution de vaccins, médicaments et produits liés à la santé est renforcé.

8.1. Entretien de la chaîne du froid

Le plan d'entretien et d'investissement de la chaîne du froid est à actualiser annuellement. Des rapports trimestriels sont attendus afin de pouvoir réagir rapidement aux problèmes qui présentent. Les logisticiens régionaux auront à superviser tout particulièrement cet aspect de conservation de vaccins et d'entretien des réfrigérateurs dans le cadre de leur mission. Ils devront former et responsabiliser chaque technicien de santé dans les aires sanitaires et procéder à des inventaires réguliers des équipements de chaîne du froid.

Afin de garantir la qualité des vaccins injectés aux enfants, le suivi de la température sera renforcé.

8.2. Monitoring des stocks de vaccins, de médicaments PCIME et d'autres produits

Il est essentiel pour calculer les taux de pertes de vaccins de procéder à des inventaires annuels précis à tous les niveaux des stocks de vaccins. Afin de garantir un accès au paquet minimum de soins le suivi des stocks de vaccins, de médicaments et de produits clés (kits, moustiquaires,...) est essentiel.

Une formation à l'outil de gestion-prévision des vaccins du logisticien en charge au niveau central est nécessaire.

8.3. Approvisionnement en micro-nutriments, kits anti-paludique et d'accouchement

Afin d'assurer la disponibilité des éléments critiques du paquet minimum intégré, il est nécessaire de connaître les volumes nécessaires afin d'atteindre les objectifs d'accès aux enfants et aux femmes.

Il est proposé que GAVI finance la vitamine A et les médicaments de déparasitage.

8.4 Intégration par la CECOME de la gestion des vaccins

La centrale nationale d'achat de médicaments va bénéficier de nouveaux locaux qui seront construits en 2007. A l'heure actuelle, le dépôt central de vaccin qui dispose d'une chambre froide est géré séparément par le PEV. Un transfert de gestion à la CECOME pourra être effectué lorsque les nouveaux locaux seront disponibles.

9. Le personnel de santé reçoit une formation continue (notamment PCIME et la capacité du personnel de santé en MLM).

9.1 Formations continues annuelle

Un volume de 10 jours ouvrés de formation par an est considéré comme l'objectif à atteindre en matière de formation continue pour chaque personnel de santé : médecins, infirmiers, sage femmes, laborantin. Il s'agit d'un élément de motivation très important qui demande une gestion équitable et individuelle afin

d'éviter que les mêmes personnes bénéficient en priorité des opportunités et que d'autres puissent passer plusieurs années sans pouvoir se recycler.

Les formations prioritaires concernent les domaines de la PCIME et de la gestion des programmes de vaccination (MLM). D'autres concernent: traitement du paludisme grave, utilisation du partogramme,...

9.2 Formation de base pour 30 infirmiers et 30 sage femmes

L'amélioration du ratio de techniciens de santé disponible au niveau des centres de santé selon la population passe nécessairement par la formation initiale de cadres de santé. C'est pourquoi afin d'augmenter l'offre de soins la proposition inclut la formation initiale de 30 infirmiers et de 30 sage femmes qui pourront permettre d'augmenter le nombre de personnels vaccinateurs et ainsi de contribuer au maintien et à l'augmentation de la couverture, ainsi que de fournir les services du paquet minimum de soins.

5. Suivi et évaluation

	Indicateur(s)	Source(s) des données
Apports RSS - Appui aux stratégies avancées; (motos, voitures et carburant) - Appui à la mobilisation sociale; - Renforcement de capacités technique en gestion du PMA intégré et formation continue dans le domaine prestation des soins; - Appui à la motivation du personnel de la santé du niveau de district et périphérique (AS) - Renforcement de la chaîne de froid	1- Nombre de circuits de stratégies avancées réalisés selon les plans régionaux; 2- % des motos et voitures acquise sur le total 3- Nombre des radios communautaires concernés 4- % des spots diffusés sur le thème du paquet intégré - % du personnel de district formé à la PCIME - % du personnel formé au nouveau partogramme - Nombre du personnel des aires sanitaires qui bénéficie de la motivation - % de la chaîne de froid fonctionnel	Aires Sanitaires, DRS, DCPS Aires Sanitaires, DRS, DCPS DRS, DIECS, DCPS Directions des radios communautaires DRS, Cellule du PNDS, DCPS DRS, DSF, DCPS DRS, Cellule du PNDS PEV, DRS, DCPS

<p>Activités RSS (3 principales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'acquisition des moyens de transport et du carburant (l'achat des motos et véhicules) et l'entretien; - Suivi de la couverture du PMA (PEV, MNs, M.I.I. CPN et accouchement assisté) au niveau des groupes cibles dans chaque aire sanitaire; - Renforcement des capacités et de la motivation des ressources humaines. 	<ul style="list-style-type: none"> - banque de données disponible et % des motos et voitures fonctionnelles selon population - valeur de carburant payé par les régions selon le plan d'approvisionnement - % d'accouchement assisté hors Bissau - % taux rupture de stock médicaments AIDI / MII / vaccins / SP - Nombre de réunions mensuelles de suivi de micro planification par aire sanitaire avec rapport SIS - % des centres de santé bénéficiant de fonds alloués pour améliorer la performance - % des personnels de santé bénéficiant de formation continue (10 jours / an au moins?) 	<p>Logistique du PEV, Patrimoine MINSAP, Cellule du PNDS</p> <p>Aires Sanitaires, DRS, SIS/DHE</p> <p>DRH, DRS,</p>
	Indicateur(s)	Source(s) des données
<p>Résultats (impact sur la capacité du système)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité de prestation des services améliorée - L'utilisation des services est augmentée 	<ul style="list-style-type: none"> - % de visites trimestrielles supervision/suivi faites dans les aires sanitaires par rapport aux visites prévues - % utilisation des services par les enfants de moins de 5 ans - Satisfaction des utilisateurs 	<p>Aires Sanitaires, DRS, Enquête(PSB) chez les utilisateurs des services de soins</p> <p>Aires Sanitaires, DRS, SIS/DHE</p>
<p>Impact sur la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'abandon de DTC diminué - La couverture de la rougeole augmentée 	<ul style="list-style-type: none"> - % DTC3 - % des enfants vaccinés contre la rougeole selon le calendrier 	<p>SIS/DHE, PEV ; PSB</p>
<p>Impact sur la mortalité infantile</p> <p>Mortalité des enfants moins de 5 ans réduite</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de mortalité des enfants moins de 5 ans 	<p>SIS/DHE, PEV ; PSB</p>

Une évaluation à mi parcours mi- 2007 et en fin de parcours et prévue. Un certain nombre d'indicateurs seront fournis par le Projet santé de Bandim, mais aussi l'enquête MICS qui permettront de documenter les données de couvertures et de mortalité.

Les indicateurs ne peuvent être tous documentés à cette phase en raison de l'absence de supports centralisés pour les générer. Cependant le tableau suivant fixe un certain nombre d'objectifs.

Indicateur(s)	Indicateurs: données de base et objectifs						
	Année de référence	Année de la proposition à GAVI	Année 1 mise en œuvre	Année 2 mise en œuvre	Année 3 mise en œuvre	Année 4 mise en œuvre	Année 5 mise en œuvre
	2005	2006	2007	2008	2009	20...	20...
Apports RSS							
Renforcement chaîne du froid		85 %	90 %	95 %	95 %		
Activités RSS (3 principales)							
Base de donnée	BdD=0	BdD=0	BdD=1	BdD=1	BdD=1		
Ratio voitures fonctionnelles		1voit fct/ 85 000h	1voit fct/ 80 000h	1voit fct/ 70 000h	1voit fct/ 60 000h		
Valeur carburant financé	< 5000\$	< 5000\$	40 000 \$	45 000 \$	50 000 \$		
Taux accouchements assistés		27 %	40 %	45 %	50 %		
Taux de rupture de stock		---%	----%	-----%	---%		
Rapports SIS envoyé/espérés	64 %	60 %	75 %	90 %	95 %		
% CDS bénéficiant primes	0 %	0 %	15 %	25 %	35 %		
% personnel / formation continue	?	?	30 %	65%	90 %		
Résultats (impact sur la capacité du système)							
Visites supervision réalisées		50 %	65 %	80 %	95 %		
Utilisation des enfants de moins de 5 ans		29 cs/100h .an	32 cs/100h .an	35 cs/100h .an	40 cs/100h .an		
Impact sur la vaccination							
• DTC3	74 %	85 %	87 %	90 %	90 %		
• Rougeole systématique	57 %	70 %	85 %	85 %	85 %		
Impact sur la mortalité infantile							
Moins de 1 ans	124 ‰	124 ‰	113 ‰	105 ‰	100 ‰		

6. Budget proposé (voir le document joint)

Le budget montre en détail les différents postes de dépenses proposés à GAVI pour le projet de renforcement du système de santé. Les postes de dépenses les plus importants sont l'appui à la logistique (transport, chaîne du froid), les ressources humaines (motivation, formation) et le système de suivi-évaluation si l'on excepte l'appui au système de distribution (rôle du coût des kits d'accouchement augmentant considérablement cette rubrique).