République de Guinée

Travail –Justice-Solidarité

Evaluation de la Composante Survie et Développement de l'enfant (CSD) du programme de coopération UNICEF-GUINEE 2013-2017

RAPPORT FINAL

Septembre 2017

Synergie Expertise Sarl
Etude – Formation- Assistance

Cocody, cité des Arts
01 BP 13250 Abidjan 01,
Côte d'Ivoire
Tel (225) 24 01 01 19/08790385
E-mail :synergie@outlook.fr
fmseka@yahoo.fr

T A B L E D E S M A T I E R E S

---------- 1
1 – Resumé Exécutif---------- 8
1.1 – Contexte et objectif de l'évaluation---------- 8
1.2 –Méthodologie---------- 8
1.3 – principaux résultats ---------- 9
1.3.1 Pertinence du programme ---------- 9
1.3.2 Efficacité du programme----------10
1.3.3 Efficience du programme ----------12
1.3.4 Impact du programme ----------13
1.3.5 Durabilité du programme ----------13
1.3.6 Prise en compte du genre , équité, et approches basée sur les droits humains par le programme ---------14
1.3.7 Cohérence, coordination et mécanisme de mise en œuvre du programme ----------14
1.4 – Recommandations----------15
2 - Introduction ----------18
2.1 – Contexte et justification de l'évaluation----------18
2.2 – Objectifs de l'étude ----------19
3 – Méthodologie----------20
3.1 – Observations et limites de l'étude----------20
3.1.1 Sur le cadre relatif à la couverture temporelle ----------20
3.1.2 Sur le cadre relatif à l'étendue----------20
3.1.3 Sur le cadre relatif à la disponibilité et la qualité des données provenant des systèmes d'information de routine ----------20
3.1.4 Sur l'évaluation des effets directs du programme----------21
3.2 Approche méthodologique----------21
3.2.1 – Revue documentaire ----------21
3.2.2 – Collecte de données au niveau central ----------21
3.2.3 – Collecte de données au niveau reégional ----------21
3.2.4 – Traitement et analyse de données----------22
4 – Pertinence du programme ----------23
4.1 Rappel des questions évaluatives sur la pertinence ----------23
4.2 Principaux constats sur la pertinence ----------23
4.3 - Résultats sur la pertinence----------23
5 – Résultats intermédiaires sur l'Efficacité----------25
5.1 - Rappel des questions évaluatives à l'efficacité ----------25
5.2 – Efficacité par composante----------25
5.2.1 Composante santé de la mère et de l'enfant---------- 25
5.2.1.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante santé de la mère et de l'enfants ---------- 25
5.2.2 Produits 1 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant ---------- 25
5.2.2.1 Produits 2 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant ---------- 26
5.2.2.2 Collecte et transmission des données sanitaires de routine---------- 27
5.2.3 Produits 3 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant ---------- 28
5.2.3.1 Soins obstétricaux et néonataux.---------- 28
5.2.3.2 Consultations prénatales---------- 30
5.2.3.3 Consultations postnatales---------- 31
5.2.4 Produit 4 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant---------- 32
5.2.5 Produit 5 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant---------- 35
5.2.5.1 Renforcement de la PCIME clinique ---------- 35
5.2.5.2 Renforcement de la PCIME communautaire ---------- 36
5.2.6 Produit 6 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant---------- 37
5.2.7 Produit 7 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant---------- 38
5.3 Composante Nutrition ---------- 39
5.3.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante nutrition pour la survie ---------- 39
5.3.2 Produit 1 de la sous-composante nutrition ---------- 40
5.3.3 Produit 2 de la sous-composante nutrition ---------- 41
5.3.4 Produit 3 de la sous-composante nutrition ---------- 42
5.3.5 Produit 4 de la sous-composante nutrition ---------- 44
5.4 Composante Enfant et VIH---------- 46
5.4.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante enfant et VIH ---------- 46

5.4.2 Produit 1 de la sous-composante VIH ---- 46
5.4.3 Produit 2 de la sous-composante VIH ---- 48
5.4.4 Produit 3 de la sous-composante VIH ---- 50
5.4.5 Produit 4 de la sous-composante VIH ---- 51
5.5 Composante Eau, Hygiène et Assainissement ---- 53
5.5.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante Eau, Hygiène et Assainissement ---- 53
5.5.2 Produit 1 de la sous-composante Eau, Hygiène et Assainissement ---- 53
5.5.3 Produit 2 de la sous-composante Eau, Hygiène et Assainissement ---- 54
5.5.4 Renforcement de la mise en échelle de l'ATPC+ et promotion de l'assainissement ---- 55
5.5.4.1 Appui à l'accès à l'eau potable ---- 57
5.5.4.2 Renforcement de la dynamique communautaire pour la gestion de l'EHA ---- 58
5.5.4.3 Appui à la promotion du traitement de l'eau dans les ménages et contribution des hommes à la gestion ménagère de l'eau ---- 59
5.5.4.4 Appui à l'EHA dans les établissements sanitaires et scolaires ---- 60
5.5.4.4.1 WASH dans les écoles ---- 60
5.5.4.4.2 WASH dans les établissements sanitaires ---- 60
5.5.5 Produit 3 de la sous-composante Eau, Hygiène et Assainissement ---- 61
6 – Efficience du programme ---- 62
6.1 Rappel des questions évaluatives à l'efficience ---- 62
6.2 Principaux constats sur l'efficience ---- 62
6.3 Résultats sur l'éfficience ---- 62
6.3.1 - Analyse financière ---- 62
6.3.2 Analyse opérationnelle ---- 64
7 Impact ---- 65
7.1 Rappel des questions évaluatives à l'impact du programme ---- 65
7.2 Principaux constats sur l'impact ---- 65
7.3 Contribution aux progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant ---- 65
7.4 Cohérence et complémentarité des sous-composantes de la CSD ---- 67
7.5 Cohérence et complémentarité du SDE avec les autres composantes du CPD ---- 67
7.6 Cohérence et complémentarité du CSD avec les autres agences SNU et autres PTF ---- 67
7.7 Lien du programme avec le PNUAD ---- 67
8 Durabilité ---- 68
8.1 Rappel des questions évaluatives à la durabilité du programme ---- 68
8.2 Principaux constats sur la durabilité ---- 68
8.3 L'appropriation des interventions par les parties nationales gouvernementales ---- 68
8.4 L'appropriation des interventions au niveau communautaire ---- 69
8.5 Contribution financière du gouvernement ---- 70
8.6 Contribution des interventions humanitaires, particulièrement la crise Ebola et à la résilience post-crise et au processus de développement ---- 70
9 Genre, équité et approches basées sur les droits humains ---- 71
9.1 Rappel des questions évaluatives au genre, équité et droits humains ---- 71
9.2 Principaux constats sur les considérations de genre, équité et droits humains ---- 71
9.3 Prise en compte des recommandations de la CDE et la CEDEF ---- 71
9.4 Équité, ciblage des groupes vulnérables ---- 72
9.5 Plaidoyer et dialogue politique en faveur de l'équité ---- 72
10 -Cohérence, coordination et mécanismes de mise en œuvre ---- 73
10.1 Rappel des questions évaluatives pour la cohérence, coordination et mécanismes de mise en oeuvre ---- 73
10.2 Principaux constats sur les considérations de genre, équité et droits humains ---- 73
10.3 Efficacité des partenariats ---- 73
10.4 Introduction de VISION et de l'outil FACE ---- 74
10.5 Coordination et mécanisme de suivi ---- 74
11 - Conclusion ---- 74
12 - RECOMMANDATIONS ---- 76
ANNEXE 1 – LISTE DES PARTICIPANTS A LA REUNION DE DEMARRAGE DE L'ETUDE ---- 81
ANNEXE 3 – LISTE DES MINISTERES RENCONTRES ---- 83
1.1 – Ministère du Plan ---- 83
1.2 – Ministère de la Santé ---- 83
1.3 – Ministère de l'Hydraulique ---- 84
1.4 – Ministère de l'Environnement ---- 84

1.5 – Ministère de l'Action Sociale, de la famille, de la femme et de l'Enfant----------84
1.6 – Ministère de l'Enseignement pré-universitaire ----------84
1.7 – Ministère de la Décentralisation----------84
ANNEXE 4 – LISTE DES PERSONNES RENCONTREES DANS LES REGIONS----------85
1.8 – BOFFA----------85
1.9 – BOKE ----------86
1.10 – FRIA----------87
1.11 – FARANAH ----------88
1.12 – LOLA----------89
1.13 – MACENTA----------90
1.14 – NZEREKORE----------91
Annexe 5 : Documentation obtenue----------92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du budget national alloué à la santé 25
Tableau 2 : Situation de la collecte et de la transmission des données de routine 26
Tableau 3 : Etat des indicateurs relatifs à la santé de la mère et de l'enfant 28
Tableau 4 : Accès des nouveaux nés au paquet de soins essentiels immédiats entre 2012 et 2016 29
Tableau 5 : Evolution de l'utilisation des services de santé pour l'accouchement entre 2012 et 2016 29
Tableau 6 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes ayant réalisé au moins 4 CPN avant l'accouchement entre 2012 et 2016 31
Tableau 7 ; Taux de consultation postnatales entre 2012 et 2016 32
Tableau 8 : Matrice de la tendance des indicateurs du produit 3 de la composante santé de la mère et de l'enfant de 2012 à 2017 32
Tableau 9 :Evolution comparative des données administratives/officielles/estimations OMS/UNICEF pour le PENTA3 de 2001 à 2015 33
Tableau 10 : Matrice de la tendance des indicateurs du produit 5 de la composante santé de la mère et de l'enfant de 2012 à 2017 35
Tableau 11 : Performance en matière d'adoption de pratiques familiales recommandées entre 2012 et 2016 36
Tableau 12 : Etat de la préparation et de la réponse aux urgences 37
Tableau 13 : Evolution du nombre d'unités d'isolement construites et équipées 38
Tableau 14 : Evolution du pourcentage du budget de l'Etat alloué à la nutrition 40
Tableau 15 : Evolution des indicateurs relatifs à l'allaitement de 2012 à 2017 41
Tableau 16 : Evolution de la supplémentation en vitamine A 42
Tableau 17 : taux de couverture de la vitamine A 43
Tableau 18 : Pourcentage des ménages qui consomment le sel iodé 43
Tableau 19 : Evolution de la prévalence de la malnutrition 44
Tableau 20 :indicateur et cible du produits 1 46
Tableau 21 : indicateurs et cibles pour le produits 2 48
Tableau 22 : Indices sur le dépistage des femmes pendant la grossesse 49
Tableau 23 : Evolution du nombre de sites PTME offrant le DBS 50
Tableau 24 : evolution du % de femmes et d'hommes de 15-24 ans conanissant leur statut serologique du VIH50
Tableau 25 : Evolution des connaissances et comportements dans la réduction du risque lié au VIH 51
Tableau 26 : Evolution des connaissances liées au VIH, des rapports sexuels et de l'utilisation du condom chez les 15-24 ans 52
Tableau 27 : Indicateurs et cibles relatifs au produit 1 l'EHA 54
Tableau 28 : Indicateurs et cibles relatifs au produit 2 l'EHA 55
Tableau 29 : Evolution du % de personnes ayant accès aux toilittes améliorées entre 2012 et 2016 56
Tableau 30 : Evolution du % des ménage sayant unlieu pour le lavage des mains avec eau et savon entre 2012 et 2016 56
Tableau 31 : Evolution du % de personnes ayant accès à une source d'eau améliorée entre 2012 et 2016 57
Tableau 32 : Evolution du % de femmes et de jeunes dans les comité d'EHA et des OCB entre 2013 et 2014 dans les sites visités dans les régions de Boké,franah et Nzérékoré 58
Tableau 33 : nombre moyen de réunions annuelles organisées par les comités et des OCB entre 2013 et 2014 dans les sites visités dans les régions de Boké,Faranah et Nzérékoré 59
Tableau 34 : situation de l'EHA dans les hôpitaux, centres de santé et poste de santé visités 61
Tableau 35 : indicateurs et cibles du produit 3 de l'HA 61
Tableau 36 : Budget total du Programme de Coopération 2013-2017 62
Tableau 37 : Budget total du Programme de Coopération estimé sur une base linéaire pour 2013-2016 63
Tableau 38 : Taux d'exécution du budget par composante du CSD 63

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

A/GTN	:	Technique de Nutrition
AC	:	Agent communautaire
ACD	:	Atteindre Chaque District
AEN		Actions Essentielles en Nutrition
AFD	:	Agence Française de Développement
AME	:	Allaitement maternel exclusif
ANJE	:	Alimentation et Nutrition du jeune Enfant
ARV	:	Anti Retro Viraux
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
ATPC	:	Assainissement Total Piloté par la Communauté
ATS	:	Agent de santé
AVS	:	Activités de Vaccination Supplémentaires
BAD	:	Banque Africaine de Développment
BID	:	Banque Interaméricaine de Développement
BSD	:	Bureau Stratégique de Développement
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention
CDE	:	Convention relative aux droits de l'Enfant
CDF	:	Chaîne de Froid
CECOJE	:	Centre d'Ecoute, de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CEDEF	:	Convention sur l'Elimination de toute Forme de Discrimination à l'égard des Femmes
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le Sida
CPAP	:	Programme Pays
CPD	:	Document de programmation
CPN	:	Consultation Prénatal
CRENAS	:	Centre de récuperation nutritionelle ambulatoire pour sevères
CRENI	:	Centre de Réhabilitation Nutritionnel Intensif
CS	:	Centre de Santé
CSD	:	Survie et Développement de l'Enfant (Child Survival and Development)
CTPS	:	Comités Techniques Préfectoraux de Santé
CTRS	:	Comités Techniques Régionaux de Santé
DAF	:	Direction des Affaires Financières
DBS	:	Dried Blood Spot
DHIS2	:	Approches intégrées de gestion de l'information sanitaire
DNACV	:	Direction Nationale de l'Assainissement et du Cadre de Vie
DNHP	:	Direction Nationale de l'Hygiène Publique
DP	:	Direction Départementale
DR	:	Direction Régional
DRS	:	Direction Régional de la Santé
DSRP	:	Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté
EDS	:	Enquête Démographique de la Santé
EHA	:	Eau, Hygiène et Assainissement
ELEP	:	Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté
FAO	:	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FDAL	:	Fin de Défécation à l'Air Libre
FICR	:	La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FIDA	:	Fonds international de développement agricole
FMG	:	Farternite Medicale Guinee
HKI	:	Hellen Keller International

INRAP	:	Institut national de recherche-action pédagogique
IR	:	Infection Respiratoire
IRA	:	Infection Respiratoire Aigüe
IRE	:	Inspection Régionale de l'Education
JICA	:	L'Agence japonaise de coopération internationale
JSI	:	John Snow, Inc
MICS	:	Multiple Indicators Case Survey
MILDA	:	Moustiquaire Impregnée à Longue Durée d'Action
MODA	:	Multiple Overlapping Deprivation Analysis
MSF	:	Medecin Sans Frontières
MVE	:	Maladie à Virus Ebola
ND	:	Non Déterminé
OIM	:	Organisation International pour les Migrations
OCB	:	Organisation Communautaire de Base
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PAM	:	Programme Alimentaire Mondial
PAO	:	Plan d'Action Opératoire
PCIMA	:	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCIMNE	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant.
PCG	:	Phamarcie Centrale de Guinée
PCV	:	Pneumococcal conjugate vaccine
PEC	:	Prise en charge
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planification Familiale
PFE	:	Pratiques familiales essentielles
PMI	:	American Presidential Malaria Initiative
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNUAD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTAs	:	Plan de Travail Annuel
PTF	:	Partenaire Techniques et Financiers Partenaire Techniques et Financiers
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	:	Personnes Vivants avec le VIH
REACH	:	Regional East African Community Health
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMP	:	Revue à mi-parcours
SDE	:	Survie et Développement de l'Enfant (Child Survival and Development)
SMART	:	Methode d'enquête
SMAM		Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
SMI	:	Santé maternelle et infantile
SMT	:	Système Minimal de Tresoreie
SNIS	:	Système National de l'Information Stratégique
SNAPE	:	Service National des Points d'Eau
SNU	:	Système Des Nations Unies
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence
SUN	:	Mouvement SUN a été créé à Genève en 2010 par les agences des Nations Unies impliquées dans la Nutrition
UE	:	Union Européenne
UNDAF	:	Le plan cadre des Nations unies pour le développement
UNFPA	:	Fond des Nation Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des Etats Unis pour le Développement International
USD	:	Dollars Américains
VIH	:	Virus de l'Immuno Humaine
WASH	:	Eau, Hygiène et Assisnissment (Water, Sanitation and Higiene)

1 – RESUME EXECUTIF

1.1 – Contexte et objectif de l'évaluation

L'UNICEF et le Gouvernement guinéen se sont engagés en fin 2012 dans un nouveau cycle de programme de coopération allant de 2013 à 2017. Le « Programme-Pays » ou CPAP 2013-2017 qui s'inscrit d'ailleurs dans les objectifs du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUAD) pour la période 2013-2017. Ce « Programme-Pays » 2013-2017 vise à contribuer à la réduction de 25% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à l'augmentation du taux d'achèvement de l'enseignement primaire de 20% et à la protection des enfants d'une manière équitable et durable.

Déclenchée en Décembre 2013 et reconnue officiellement comme épidémie à partir de Mars 2014, l'épidémie de la MVE a perturbé les plans d'investissement de l'UNICEF comme des autres agences du SNU et radicalement changé les priorités. C'est ainsi que l'exécution de bon nombre des programmes au niveau des différentes composantes a été mise à mal au plus fort de l'épidémie (2014-2015) au profit de l'urgence Ebola.

Cette crise a montré la nécessité d'une meilleure intégration programmatique, particulièrement des composantes 1-Sante de la mère et de l'enfant, 2-Nutrition pour la Survie , 3-Enfants et le VIH/sida , 4-EHA, autour du concept de « Survie et Développement de l'Enfant » (Child Survival and Development – CSD). Par ailleurs, la revue à Mi-Parcours du programme en Novembre 2015 a certes abouti à la décision de maintenir les 7 composantes pour un meilleur alignement avec le Plan Stratégique global d'UNICEF mais a surtout renforcé la perspective d'une meilleure intégration entre les volets 1-Sante de la mère et de l'enfant ; 2-Nutrition pour la Survie ; 3-Enfants et le VIH/sida et 4-EHA, autour du Programme « Survie et Développement de l'Enfant ».
Le but de faire une évaluation de l'ensemble du CSD, plutôt que seulement le volet Santé, est de vérifier jusqu'où l'approche CSD aura permis d'aboutir à une meilleure performance et impact des différentes composantes du CSD, comparée à la situation antérieure (avant Juillet 2015) ou elles étaient conduites séparément.
L'objectif principal de cette évaluation est d'appréhender la pertinence et les performances du Programme Survie et Développement de l'Enfant (CSD) et de ses différentes composantes, sur la période Janvier 2013 – Juillet 2016. De façon spécifique, il s'agit de : (i) vérifier la pertinence du Programme « Survie et Développement de l'Enfant » et de ses différentes composantes vis-à-vis du contexte et des priorités nationales et internationales ; (ii) évaluer la contribution de l'UNICEF à la prise en compte des droits de l'enfant dans les politiques et stratégies nationales relatives à la survie de l'enfant ; (iii) analyser/évaluer les résultats spécifiques des différentes composantes du CSD et en quoi l'intégration de ces composantes autour de l'approche CSD a favorisé ces résultats ; (iv) analyser/évaluer l'impact de l'intégration des composantes du CSD vis-à-vis de l'atteinte des objectifs nationaux ; (v) analyser l'adéquation entre les résultats poursuivis, les ressources du programme CSD et son positionnement (globalement et celui de chaque composante) par rapport au mandat de l'UNICEF ; (vi) proposer des recommandations opérationnelles pour l'amélioration du programme en 2017 et pour le nouveau programme de coopération 2018-2022.

1.2 –Méthodologie

Elaboré sur la base des termes de référence et des clarifications obtenues lors des échanges de démarrage, la note de cadrage méthodologique, premier rapport élaboré, présente les observations et les limites l'étude ainsi que l'approche méthodologique et le plan de travail. Les observations et limites ont porté sur les cadres relatifs à la couverture temporelle, à l'étendue et à la disponibilité et la qualité des données provenant des systèmes d'information de routine. La méthode de recherche s'est focalisée suur la révue documentaire, les entretiens individuels et de groupes et les visites de terrain. La revue documentaire a été basée sur les données d'enquête comme l'EDS, la MICS, l'ELAP et l'enquête SMART, les documents de plolitiques et stratégiques et les documenst de la mise en œuvre opérationnelle. Les données ont été recherché à tous les niveaux. Il faut noter que la disponibilité de la documentation et son accès a été une difficulté rencontrée au cours de l'évaluation. Les rencontres des structures et d'informateurs clés au niveau central a concerné (i) les Ministères charégs de la Santé, du Plan, des Affaires sociales,de l'Enseignement Pré-universitaire, de l'Hydraulique, (ii) l'unicef et les autres agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, ONUSIDA, PAM), les autres PTF y compris les ONG internationale (USAID, HKI, ..), (iii) les Oragnisations de la Sociteé civiles. Le visites de terrain ont concerné

3 régions (Boké, Faranah, Nzérékoré) et a permis de toucher : 03 DRSanté, 02 DR Hydraulique, 02 IRE Education, 03 DR Plan, 03 Coordinations régionale du CNLS, 03 Gouvernotas , 07 DPS, 7 DPE Education, 04 Préfectures , 07 hôpitaux, 08 centres de santé , 07 postes de santé, 40 prestataires de santé, 40 organisations dont 20 chargés de l'EHA.Le traitement de données a été réalisé par les logiciels Excel et SPSS. Ainsi l'analyse secondaires des données d'enquêtes et de routine ont été réaliésé par Excel, les données des visites de terrain ont été exploités par SPSS. la méthode de traingulation a été utilisée. Ainsi , une analyse croisé entre le sdonnées de revue documentaire ou les données d'enquête a été faite avec les données des entretiens au niveau central et les données des visites de terrain. Ce qui a permis de mieux documenter les tendances observées, mieux apprécier le sperceptions des acteurs et des partenaires perceptions des acteurs, des informateurs clés et des bénéficiaires avec les tendances données et de confirmer et d'argumenter les constats

1.3 – principaux résultats

1.3.1 Pertinence du programme

Questions évaluatives 1. Les interventions du programme répondent-elles aux objectifs du programme et aux priorités fixées par le pays et les partenaires au développement ? 2. Dans quelle mesure les interventions du programme sont-elles en ligne avec les priorités du gouvernement et les demandes des partenaires nationaux, y compris au niveau local et régional ? 3. Les interventions du programme contribuent-elles à la réduction de la mortalité maternelle et infantile ? 4. Les résultats attendus du programme et la redevabilité de l'UNICEF sont-ils clairement définis ?	
Points positifs	**Points faible ou à améliorer**
1. La pertinence du programme est reconnue par tous les acteurs et les partenaires rencontrés à tous les niveaux ; 2. La planification conjointe à travers les outils de l'UNDAF constitue des instruments qui favorisent la cohérence et la pertinence du programme Pays Unicef-Guinée et particulièrement la composante Survie ; 3. L'ensemble des interventions s'inscrivent en droite ligne des interventions développées dans le cadre des documents de politique nationale comme le DSRP III, le PNDS ; 4. Le programme CSD intervient sur les déterminants de la santé maternelle en s'appuyant sur une analyse des goulots d'étranglement et des stratégies de réduction de la mortalité maternelle telles que définies par la feuille de route avec les interventions conjointes avec l'UNFPA et l'OMS ; 5. Les actions en matière de nutrition, la PCIMNE, l'eau et l'assainissement sont abordées avec des stratégies approuvées et efficaces pour la lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile ; 6. Le programme a pu s'adapter à l'urgence dans la mesure où l'Unicef a joué un rôle de leader dans la riposte sur le terrain et l'élaboration du programme de résilience post-Ebola.	1. La planification opérationnelle du programme n'est pas intégrée dans les planifications déconcentrées des régions et des directions préfectorales des secteurs couverts ; 2. Absence de mécanisme pour la prise en compte des opinions des bénéficiaires au cours de programmation des interventions

1.3.2 Efficacité du programme

Questions évaluatives

1. Les activités planifiées suffisent-elles (en quantité et en qualité) pour atteindre les résultats, ou y a-t- il des gaps non couverts par d'autres partenaires ou le gouvernement ?
2. Dans quelle mesure les interventions de la SMI, VIH/sida, WASH et Nutrition sont intégrées et permettent d'offrir un paquet d'intervention à haut impact aux enfants les plus vulnérables ?
3. Dans quelle mesure le programme s'appuie sur des procédures adaptées pour appuyer les partenaires et assurer un transfert de compétence ?
4. Les interventions du programme sont-elles suffisamment concentrées et hiérarchisées pour atteindre des résultats et éviter le saupoudrage ?
5. Les détenteurs de droit ont-ils été identifiés et leurs capacités évaluées dans la phase de planification du programme ?

Santé de la mère et de l'enfant	
Points positifs	**Points faibles ou à améliorer**
1. Le dialogue politique avec le ministère de la santé a favorisé une augmentation des ressources nationales allouées à la santé et le recrutement d'agents de santé ; 2. Le programme a apporté une contribution au renforcement des capacités des formations sanitaires à travers la formation, l'approvisionnement en équipements, médicaments et intrants ; 3. Les efforts de renforcement des soins obstétricaux ont contribué à une progression de la couverture des accouchements assistés; 4. Le programme a continué à apporter un appui à l'ensemble des districts sanitaires et au niveau de la coordination centrale pour les activités de routine ainsi que la mise en œuvre des AVS à travers des stratégies approuvées malgré l'urgence de la crise MVE ; 5. L'approche communautaire de la PCIMNE a été favorisée par la riposte de crise Ebola et a permis de dynamiser les partenariats avec les organisations communautaires	1. La volonté politique affichée par le Gouvernement pour le secteur de la santé et particulièrement la santé maternelle et infantile n'est pas accompagnée par une allocation suffisante de ressources nationales pour les actions opérationnelles ; 2. Les goulots d'étranglement liés à l'utilisation adéquate des services de santé et leurs causes demeurent encore une préoccupation et devront être traitées à travers le renforcement des interventions communautaires visant à développer capacités des organisations communautaires de base ; 3. L'insuffisance implication de la PCG à la gestion des médicaments et intrants du programme ; 4. L'insuffisance capacités des prestataires à la gestion des médicaments et intrants est une préoccupation pour l'efficacité de la prise en charge des enfants ; 5. La baisse de la confiance entre les populations et les prestataires de santé à l'issue de la crise Ebola est une préoccupation à considérer pour une meilleure utilisation des services de santé ; 6. La faible intégration des activités de PCIME clinique et PECIMA réduit la qualité de la prise en charge des enfants ; 7. L'insuffisance de supervision intégrée est une préoccupation affichée par la partie nationale ;
Nutrition pour la survie	
1. Le programme a fortement contribué au renforcement de la coordination nationale de la nutrition à travers l'appui au comité technique Ntu A/GTN, à l'élaboration ou la révision normatifs de la nutrition, comme la politique nationale de nutrition avec l'élaboration et la validation du plan multisectoriel de lutte contre la malnutrition, la validation et la diffusion des normes de ANJE ; 2. Le renforcement de la mobilisation des ressources particulièrement le plaidoyer de haut niveau réalisé en vue d'obtenir l'ouverture d'une ligne budgétaire de l'Etat spécifique pour la nutrition, avec de bonnes perspectives ; 3. Le développement des capacités avec le soutien du programme à la formation des étudiants en master nutrition 4. La mise à jour de la situation nutritionnelle à travers les enquêtes SMART, la cartographie des actions 5. Les appuis apportés par le programme ont fortement contribué à une appropriation progressive des interventions observées chez	1. L'engagement financier de l'Etat évalué à 7 612 903 USD sur les 5 ans représente environ 0,09% des budgets moyens cumulés sur 5 ans si l'on considère le budget estimé à 1,8 milliards USD en 2017, ce qui est très faible par rapport à la cible de 3% adopté par le programme pour la composante nutrition. 2. Les données sur la nutrition ne sont pas bien intégrées au SNIS qui connait d'ailleurs des difficultés de fonctionnement en termes de promptitude et de complétude des rapports ; 3. Il existe des pesanteurs socioculturelles en matière d'habitudes alimentaires qui freinent l'application des recommandations et aussi des considérations de genre qui font que les hommes ont une faible implication dans la prise en charge et les soins des nouveaux nés et aux enfants à domicile ; 4. Insuffisante intégration des activités de lutte contre la malnutrition et des activités d'EHA au niveau communautaire en d'une amélioration efficace des PFE ; 5. Une faible capacité organisationnelle des organisations communautaires et particulièrement des groupements féminins pour la conduite des activités

l'ensemble des acteurs de la partie nationale à l'amélioration des ressources pour la nutrition. 6. L'augmentation significative des prestataires impliqués dans la réhabilitation des cas de malnutrition modérée et sévère 7. L'augmentation de la disponibilité en intrants dans les structures sanitaires ; 8. Forte implication du programme dans le processus de fortification est en cours avec la redynamisation de l'Alliance Guinéenne pour la fortification (AGFA). 9. L'appui au renforcement de capacité des contrôleurs du ministère du commerce au contrôle de la qualité du sel iodé et dotés avec de Icheck-Iodine à commencer à avoir des résultats positif avec l'augmentation signification de la consommation du sel iodé. La mise en œuvre des actions de renforcement des capacités des organisations communautaires, particulièrement des groupements féminins pour la promotion de l'alimentation complémentaire adéquate pour les enfants de 6 à 24 mois	6. L'absence d'intervention visant à renforcer l'autonomisation des femmes à travers la mise en œuvre de micro-projets d'AGR ; 7. Le faible fonctionnement du système de référence et de contre référence pour une meilleure prise en charge de la malnutrition aigüe
Enfant et VIH	
1. L'élaboration d'une note conceptuelle et le processus d'élaboration d'un plan d'action opérationnel de la PTME pour la subvention du Fond Mondial et l'élaboration d'un plan GAS pour le cadre stratégique national 2013-2017. 2. Renforcement des capacités en planification, suivi et évaluation y compris le MoRES de 41 cadres nationaux, régionaux et préfectoraux des 15 districts cibles ; 3. Le renforcement de la coordination des partenaires au niveau décentralisé 4. Gestion et intégration des programmes et activités SMNI/ PTME/PECP 5. La révision et reproduction des outils de gestion selon les nouvelles directives de l'OMS (registres PTME, fiches PTME, de l'enfant exposé et de collecte mensuelle des données) 6. Le renforcement des capacités en PTME par : (i) l'appui aux formations du personnel en PTME, (ii) l'approvisionnement en kits d'accouchement, kits césariennes, tests et réactifs pour la détection du VIH, médicaments pour la PTME, (iii) l'appui à la supervision du personnel formé et l'évaluation de l'intervention et (iv) la sensibilisation des hommes et leur implication dans la PTME 7. Le soutien aux campagnes de sensibilisation à la pratique systématique du test de dépistage du VIH notamment chez les femmes enceintes et les jeunes	1. La faiblesse généralisée de l'offre de services de dépistage chez les femmes enceintes et de PTME y compris le dépistage rapide qui ne couvre pas tous les sites de PTME 2. L'importance des ruptures des intrants liées à l'indisponibilité des outils dans certains sites PTME, la mauvaise utilisation des outils de gestion disponible dans les sites , la complexité du circuit de gestion des intrants VIH dans les sites et la faible capacité des prestataires à établir correctement les commandes ; 3. Le manque d'implication de la PCG dans la gestion des médicaments du programme constitue un manque d'opportunité de renforcement des capacités de cette structure centrale d'achat et de gestion des médicaments 4. La mise en œuvre du Plan eTME requiert le développement et l'adoption de directives techniques ; 5. Absence d'offre de service convivial de dépistage y conviviale pour les adolescentes, 6. Absence/insuffisance pour la promotion de la communication parent-adolescent sur la santé sexuelle et reproductive et le VIH 7. Le manque d'interventions visant à favoriser l'engagement, la mobilisation et l'autonomisation des adolescents en tant que leaders et acteurs du changement social dans le cadre de la lutte contre le VIH y compris la santé sexuelle et reproductive ; 8. L'insuffisance de synergie entre les acteurs nationaux impliqués dans la santé des adolescents, le service de santé scolaire et le ministère chargé de la jeunesse ; 9. Les écoles secondaires en général ne dispensent pas de formation sur l'éducation sexuelle complète et le VIH sida,
Eau , Hygiène et Assainissement	
1. Le programme a fortement contribué aux changements positifs au niveau de la coordination (élaboration de documents de stratégies et normatifs) apprécié par l'ensemble des acteurs et partenaires ; 2. Le programme a assuré le leadership des activités de plaidoyer qui a conduit à la mobilisation des ressources financières ; 3. La promotion de l'accès à des latrines hygiéniques grâce à l'ATPC+ a permis d'accroitre le nombre de	1. Le manque de suivi devient la faiblesse plus inquiétant de la composante WASH parce que les entretiens et les visites de terrain ont montré un (début de) retour important à des pratiques inadéquates y compris le lavage des mains et la disponibilité des kits EHA en milieu scolaire ou sanitaire ; 2. L'insuffisance de capacités des organisations communautaires locales ;

personnes ayant accès à des latrines hygiéniques dans les zones d'intervention 4. Le programme a contribué à l'accès à l'eau potable au niveau des zones d'intervention à travers l'installation et la réhabilitation des forages ainsi que la formation des artisans réparateurs pour les entretiens légers 5. Le nombre de personnes desservies en eau potable avec l'appui du programme a fortement augmenté 6. Le programme a contribué fortement à la promotion de l'hygiène pendant la riposte de la crise Ebola 7. La dynamique communautaire a été renforcée en matière de gestion de l'EHA avec une plus forte participation des femmes qui représentent la moitié des membres des comités de gestion 8. L'accès aux paquets de services EHA dans les écoles a été amélioré y compris le renforcement de capacités et des compétences des acteurs de l'école en matière d'EHA 9. Le nombre de structures sanitaires équipées de points d'eau et de latrines a augmenté ; 10. Le nombre de personnel de santé formés sur les pratiques d'hygiène a fortement augmenté	3. L'accès combiné de la population à une source améliorée et aux toilettes hygiéniques est très faible 4. Une tendance baissière est observée au niveau du fonctionnement des organisations communautaires 5. L'implication insuffisante des autorités administratives et techniques des régions et des préfectures au suivi de l'action communautaire. 6. Le non prise en compte de certains problèmes structurels comme l'autonomisation des femmes, les considérations socio-culturelles en matière genre, risque de mettre en cause les acquis et les impacts positifs d'un tel programme; 7. L'absence du renforcement de la gestion des déchets notamment en milieu hospitalier est une préoccupation ; 8. L'insuffisante implication des hommes au traitement de l'eau ménagère 9. L'insuffisance supervision des agents chargés de la santé scolaire qui se focalisent plus sur la prise en charge curatifs que la prévention et la promotion des bonnes pratiques pour la santé ;

1.3.3 Efficience du programme

Questions évaluatives 1. Le programme dispose-t-il des ressources financières et humaines nécessaires pour atteindre les résultats ? 2. Les ressources disponibles sont-elles utilisées de façon efficace, aux yeux des résultats obtenus ? 3. Existe-t-il d'autres alternatives qui peuvent produire les mêmes résultats à moindre coût ?	
Points positifs	**Points faible ou à améliorer**
Le programme a mobilisé plus de ressources financières que le budget initial	1. L'augmentation des ressources constitue un défi à une utilisation efficiente dans le contexte où les partenaires ont des retards dans la transmission des justificatifs 2. Les résultats intermédiaires qui sont liés au système de santé souffrent de l'inefficience structurelle du système : les programmes nationaux de santé sont verticaux conduisant ainsi à l'insuffisance d'optimisation des ressources humaines et logistiques 3. Le manque d'intégration des aspects de la MAM est une limite à l'efficience de la sous-composante de nutrition 4. La gestion déficiente des intrants du programme au niveau opérationnel entrave l'efficience du programme 5. L'insuffisance de suivi post FDAL pourrait réduire l'efficacité de l'ATPC qui est une activité pourtant efficiente en elle-même

1.3.4 Impact du programme

Questions évaluatives 1. Dans quelle mesure le programme a contribué aux progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant ? 2. Dans quelle mesure, l'UNICEF assure-t-elle la cohérence et la complémentarité des interventions avec les autres composan programme-pays et les interventions des autres agences du SNU	
Points positifs	**Points faible ou à améliorer**
1. Le programme participe directement à atteindre les effets de l'Axe 3 du PNUAD sur l'amélioration des conditions de vie des populations guinéennes par l'accroissement (en quantité et qualité) de l'utilisation des services sociaux de base 2. L'UNDAF est un outil pertinent pour le suivi de l'impact du cadre de coopération dans ses aspects de formulation, inter-sectorialité, 3. Perception positive des acteurs, des partenaires et des leaders communautaires sur la contribution du programme sur les changements pour réduire la mortalité infantile même si les pesanteurs socio-économique influencent négativement l'utilisation adéquate des paquets de services à haut impact offerts par le programme	1. Le manque d'alignement et de complémentarité entre les activités financées par le budget national et celles financées dans le cadre de la composante survie 2. Les sous-composantes du programme survie de l'UNICEF sont faiblement ou pas du tout intégrées ; les autres domaines d'intervention de l'UNICEF (éducation, protection) ne sont considérés ni à la programmation, ni à l'exécution 3. Le financement direct des PTF du niveau opérationnel sans l'intégration dans la planification et la programmation et la manque de système d'information efficace devient une entrave à la mesure des effets et l'impact ex-post ; 4. L'appui d'activités pouvant être considérées comme antagonistes (systèmes d'information parallèles) par les PTF menace la cohérence et la complémentarité des interventions ; 5. La contribution aux progrès réalisés dans le domaine de la survie ne pourra pas être quantifiée et liée directement à un cycle de programme comme celui actuellement évalué

1.3.5 Durabilité du programme

Questions évaluatives 1. L'appropriation nationale du programme est-elle satisfaite ? 2. Les conditions nécessaires pour une appropriation des interventions par la partie nationale sont-elles satisfaites ? 3. Y-a-t-il des interventions du programmes qui ont été complètement intégrées et financées sur le budget propre du pays au lieu ou en complément de celui du programme de l'UNICEF ? 4. Le programme, a-t-il identifié et développé les partenariats nécessaires pour la réalisation des résultats attendus ? 5. Les interventions prennent-elles suffisamment en compte la résilience des communautés ? 6. Dans quelle mesure les interventions humanitaires, notamment contre Ebola contribuent à la résilience post-crise et au processus de développement ?	
Points positifs	**Points faible ou à améliorer**
1. Le programme pays a été adapté pour le renforcement du continuum urgence-développement ; 2. Les partenariats avec les ONG pour la mise en œuvre des activités est une opportunité de renforcement des capacités locales mais les PCA sont souvent de courtes durées.	1. Les conditions requises pour une appropriation effective du programme constituent encore un défi par (i) l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, (ii) la faible implication des responsables nationaux, en particulier au niveau opérationnel et (iii) manque de la prise en compte des engagements des bénéficiaires dans les phases planification-programmation, la mise en œuvre et le suivi et évaluation du programme 2. Le suivi évaluation conjoint à travers des supervisions intégrées a été une faiblesse de la mise en œuvre du programme 3. La quasi-totalité des activités en lien direct avec le programme restent supportées par les financements extérieurs malgré l''augmentation du budget alloué à la santé par l'Etat ; 4. La contribution aux progrès réalisés dans le domaine de la survie ne pourra pas être quantifiée et liée directement à un cycle de programme comme celui actuellement évalué

1.3.6 Prise en compte du genre , équité, et approches basée sur les droits humains par le programme

Questions évaluatives 1. Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-elle intégré l'approche genre dans la conception et la mise en œuvre de ses interventions ? 2. Les priorités stratégiques du programme sont-elles basées sur une analyse des problèmes d'équité et leurs causes ont été suffisamment profondes ? 3. Dans quelle mesure le plaidoyer et les interventions de l'UNICEF ont-ils contribué à un dialogue politique focalisé sur l'équité ? 4. Dans quelle mesure les outils d'opérationnalisation du programme pays permettent-ils le ciblage des enfants exclus ? 5. Les recommandations de la CDE et la CEDEF ont-elles été prises en compte lors de l'élaboration du programme ?	
Points positifs	**Points faible ou à améliorer**
1. UNICEF a développé une position globale de plaidoyer et de leadership dans le cadre de la promotion et de la défense des droits des enfants, des femmes et des plus défavorisées 2. Les recommandations CDE et CEDEF sont clairement prises en compte dans les formulations stratégiques, et l'UNICEF s'engage activement pour améliorer la situation des droits des femmes et des enfants en République de Guinée 3. Les poches de pauvreté sont connues au niveau national	1. Manque de mécanisme et d'outils pour le suivi des progrès en matière d'équité ; 2. Retard dans le développement et la mise à jour de DevInfo ; 3. Insuffisance appropriation de l'outil MODA au niveau national, 4. Insuffisance d'analyse de données désagrégées par régions/préfecture et le genre 5. Manque d'analyse secondaire des séries de données d'enquête ELEP, EDS, MICS et SMART basé sur les déterminants de la demande des services et des comportements et pratiques des populations 6. Manque d'analyse de type MARP avant l'implémentation des interventions au niveau communautaire 7. Insuffisance de formation des acteurs sur le genre et les droits humainsun cycle de programme comme celui actuellement évalué

1.3.7 Cohérence, coordination et mécanisme de mise en œuvre du programme

Questions évaluatives 1. Les partenariats établis sont-ils les plus indiqués pour l'atteinte des résultats escomptés ? 2. Dans quelle mesure les procédures administratives d'attribution des financements et de gestion du programme favorisent-elles ou freinent-elles l'adaptation des actions aux besoins des bénéficiaires ? 3. Dans quelle mesure, l'introduction de VISION et l'outil FACE améliore-t-elle significativement les chances d'obtenir les résultats attendus ? 4. Dans quelle mesure les mécanismes de suivi et de coordination ont-ils d'une part été focalisés sur les résultats et d'autre part ont-ils contribué à les améliorer et à assurer le continuum urgence-développement ?	
Points positifs	**Points faibles ou à améliorer**
1. Les partenariats institutionnels établis sont adéquats pour une réalisation durable des résultats ; 2. L'introduction des outils VISION et FACE participe de la traçabilité des financements et offre une opportunité de bonne gouvernance des fonds publics 3. La présence de l'UNICEF a permis de maintenir l'attention des responsables étatiques autour de l'importance de la coordination et de la supervision, et à mieux canaliser les besoins de coordination autour des actions communautaires	1. Les difficultés structurelles des Départements d'ancrage institutionnel de la composante (MS, Ministère chargé de l'Eau, Ministère de l'Action Sociale de la femme et de l'Enfant) limitent le leadership national; 2. La nécessité de renforcer les capacités des partenaires techniques d'exécution pour la réalisation des résultats dans des délais raisonnables; 3. La faiblesse de la coordination au niveau régional constitue un obstacle à l'amélioration de la performance du programme 4. L'absence d'indicateurs de performance au niveau opérationnel ne facilite pas le suivi au niveau régional et local ; 5. L'implication des relais communautaires et des bénéficiaires dans le suivi de la mise en œuvre au niveau local va favoriser la dynamique communautaire autour des interventions de la CSD.

1.4 – Principales recommandations

1. Renforcer la planification et le suivi participatif avec les partenaires institutionnels à travers (i) l'élaboration d'un plan conjoint de suivi, (ii) la mise en place ou la redynamisation de la coordination entre le Ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers et (iii) l'implication des responsables au niveau opérationnel et (iv) l'engagement des populations bénéficiaires dans les planifications opérationnelles ;

2. Continuer à mener le plaidoyer pour le renforcement du leadership gouvernemental et une harmonisation des appuis dans le cadre d'une mise en œuvre effective du Compact pour le Ministère de la Santé :

3. Conduire une évaluation conjointe de la mise en œuvre effective de l'UNDAP au niveau du SNU et l'évaluation du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté au niveau du Gouvernement afin de mieux apprécier la cohérence des interventions et développer des outils garantissant la complémentarité effective des actions du CSD avec le PNUAP et le DRSP3.

4. Assurer l'intégration effective dans la mise en œuvre des sous-composantes du CSD par (i) le regroupement des résultats intermédiaires (produits) ayant les mêmes effets au lieu de les séparer par sous-composante comme les questions sur l'urgence, les pratiques familiales recommandées (PFE), le renforcement communautaire, (ii) l'appui et la conduite de supervisions opérationnelles conjointes par niveau dans les zones d'intervention, (iii) l'appui à la mise en œuvre du Plan de renforcement du SNIS par l'intégration des principaux indicateurs de suivi notamment ceux de la nutrition et les activités des postes de santé, (iv) l'appui à la mise en œuvre effective de Devinfo comme système intégré de suivi de la lutte contre la pauvreté et de l'ODD ;

5. Améliorer le prise en compte la dimension équité lors des phases de planification, de mise en œuvre et de suivi et d'évaluation par (i) l'élaboration d'une cartographie des groupes à risque d'exclusion à l'intérieur des préfectures, (ii) élaborer des directives et des outils pour une meilleure prise en compte de l'équité dans les différentes planifications sectorielles sociales, (iii) l'identification d'indicateurs traceurs pour le suivi de la prise en compte de l'équité dans les exercices de monitorage décentralisé et (iv) le renforcement des appuis de proximité à travers les ONGs ;

6. Renforcer la mise en œuvre de l'approche communautaire par (i) l'appui à la coordination centrale et opérationnelle de la mise à échelle d'une approche communautaire multisectorielle, (ii) la mise en place d'une unité interne d'appui à la mise en œuvre de l'approche communautaire avec participation des différentes sections de l'UNICEF en vue de garantir l'intersectorialité, (iii) documenter les bonnes pratiques des actions communautaires dans le cadre de la riposte de la crise de la MVE et faire le suivi dans la perspective de la mise en œuvre du plan de resilience ;

7. Continuer le renforcement des capacités opérationnelles par (i) la mise à niveau des personnes nouvellement recrutées par le MS, (ii) le renforcement des ressources humaines pour la coordination du renforcement communautaire, (iii) le renforcement de la présence de l'UNICEF sur le terrain à travers les sous-bureaux.

Situation des Indicateurs et Cibles

	Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
1	**Santé de la mère et de l'Enfant**				
1.1	Pourcentage du budget national alloué au secteur de la santé	*1,75%*	*3,6%*	*8,9%*	*7%*
1.2	Collecte et transmission des données de routine (désagrégées par sexe) sur l'état de santé des enfants et des femmes	Collecte et transmission irrégulières	Collecte et transmissi on irrégulière	Collecte et transmission irrégulière	Collecte et transmission régulière
1.3	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié	39,3%		63% / 79%	75%
1.4	Pourcentage de femmes enceintes vues en CPN4	ND EDS-MICS 2012 : 57%	50%	51%	85%
1.5	Pourcentage de nouveaux nés ayant reçu le paquet de soins essentiels immédiats	ND EDS-MICS : 25%	ND	27%	80%
1.6	Taux de consultations postnatales	43%	ND	47%	75%
1.7	% d'enfants (filles/garçons) complètement vaccinés	ND EDS-MICS 2012 :37%	60%	MICS -2016: 26% ECV -2016: 53%	80%
1.8	Nombre d'AS formés/recyclés sur la promotion des pratiques familiales essentielles avec intégration de l'enregistrement des naissances	*ND*	*910*	*ND*	*2980*
1.9	Proportion de ménages qui connaissent et adoptent sur les PFE	*ND*	*ND*	*ND*	*80%*
1.10	Existence d'un stock de contingence sante	*ND*	*ND*	*ND*	*TBD*
1.11	Proportion de femmes et enfants affectes et ayant obtenu les items essentiels	*ND*	*ND*	*ND*	*80%*
1.12	Nombre d'unités d'isolement construites et équipées	*ND*	*ND*	*ND*	*6*
2	**Nutrition pour la survie de l'Enfant**				
2.1	% du Budget de l'État alloué aux activités nutrition	ND	ND	ND	3%
2.2	Taux de couverture de l'allaitement maternel	18%	21%	MICS 2016 :35%	30%
2.3	Nombre de communautés certifiées Amies des bébés	ND	0	ND	40
2.4	Taux de couverture d'alimentation complémentaire adéquate	4%	4%	MICS 2016 : 3%	20%
2.5	Taux de couverture en vitamine A	41%	76%		80%
2.6	Taux de couverture en mebendazole	30%	74%		80%
2.7	Proportion de ménages consommant le sel iodé	ND	64%	MICS 2016 : 81%	80%
2.8	% des hôpitaux et CS publics intégrés et fonctionnels en CRENAS et CRENI	15%	75%		100%
2.9	% de CS ayant inclut dans le paquet de services offerts l'éducation nutritionnelle	5%	30%		80%
3	**VIH /sida**				
3.1	-% des ressources disponibles pour des activités de lutte contre le VIH chez l'enfant	ND	ND	ND	$ 65 millions sur 4 ans
3.2	-% des gestionnaires avec capacités renforcées en planification, suivi-évaluation, approches genre, droits et équité	ND	ND	ND	90%
3.3	Taux de transmission Mère -Enfant	22%	ND	ND	2,5%
3.4	% mères séropositives sous ARV prophylactiques	17%	ND	ND	50%
3.5	Nombre de sites intégrés PTME sans rupture de test de plus de 5 jours	89	157	ND	207
3.6	Nombre de sites PTME offrant le DBS	9	9		575
3.7	% d'adolescents de 15-19 ans (filles) qui connaissent les méthodes de prévention du VIH-SIDA	14% EDS-MICS 2012 :20%		MICS 2016 : 14%	60%
3.8	% d'adolescents de 15-19 ans (garçons) qui connaissent les méthodes de prévention du VIH-SIDA	17% EDS-MICS 2012 :29%		ND	60%

	Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
3.9	% d'adolescent(e)s sexuellement actifs qui utilisent le préservatif (filles)	30% EDS-MICS 2012 :21%		MICS 2016 : 18%	50%
3.10	% d'adolescent(e)s sexuellement actifs qui utilisent le préservatif (garçons)	23% EDS-MICS 2012 :39%		ND	50%
4	**Eau, Hygiène et Assainissement**				
4.1	Nombre de documents de stratégie élabores et valides	0	0	1 Documentde stratéie du service public de l'eau	3
4.2	Nombre de documents de politique/Stratégie du secteur EHA diffusé/vulgarisé	0	0	revision politique, strategie assainissement, plan d'investissement 2017-2030, politique hygiene	7
4.3	Montant alloué par le gouvernement et les bailleurs de fonds pour le secteur EHA pour les 5 ans	US$ 54 M	$ 300 000		US$ 1,100M
4.4	Existence d'une stratégie nationale pour promouvoir l'hygiène et le marketing de l'assainissement	Absente		réalisé	Stratégie élaborée et adoptée
4.5	Inclusion de la participation communautaire et la gestion décentralisée des services dans les politiques/stratégies nationales	Modalités pour la gestion décentralisée des services EHA en phase d'élaboration			Modalités intégrées dans les politiques et guides opérationnelles adoptées
4.6	Existence de plans sectoriels de développement approuvés et soucieux du genre, des droits et de l'équité.	0 (plans absents)			plans élaborés et approuvés
4.7	- % régions avec un mécanisme de coordination des partenaires du secteur fonctionnel et dirigé par le gouvernement	0			100%
4.8	Incidence de la diarrhée les filles et garçons de 0-5 ans dans les zones d'intervention	ND		10,1%	-15%
4.9	Incidence des infections respiratoires et parasitaires pour les filles et garçons de 0-5 ans dans les zones d'intervention			2,2%	-15%
4.10	% de ménages ayant accès à des sources d'eau protégées à distance de 500m	75%		82%	85%
4.11	% de femmes/ hommes/filles et garçons qui utilisent des latrines hygiéniques à la maison	35%		29%	60%
4.12	% de femmes, hommes, filles et garçons qui pratiquent le lavage des mains avec du savon aux moments critiques.	45% (après défec.)			60% (après défec.)
4.13	% de ménages utilisant des méthodes de traitement des eaux ménagères	10%		13%	30%
4.14	% d'hommes qui participent à la collecte et le traitement des eaux ménagères	ND		13%	30%
4.15	% d'élèves (filles et garçons) utilisant des latrines améliorées (séparées par sexe) dans les écoles.	25%			35%
4.16	% centres de santé avec latrines améliorées et séparées par sexes	ND			+10%
4.17	% de femmes dans les Comités EHA	ND			50%
4.18	Nombre de coordination nationale humanitaire WASH mise en place et opérationnelle	*0*	*0*		*1*
4.19	% des mères sensibilisées sur les bonnes pratiques d'hygiène	*ND*	*0%*		*50%*
4..20	Nombres de zones à risque et de sites sentinelles disposant d'un stock de Contingence	*3*	*3*		*20*
4.21	Nombre de simulations réalisées dans les zones à risque	*ND*	*1*		*8*

2 - INTRODUCTION

2.1 – Contexte et justification de l'évaluation

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) a pour mandat de promouvoir la protection des droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leurs chances d'atteindre leur plein potentiel. Le rôle de l'UNICEF est de mobiliser la volonté politique et les ressources matérielles afin d'aider les pays à placer les enfants au rang d'une priorité absolue. L'UNICEF s'est engagé à répondre aux besoins spécifiques des enfants les plus défavorisés et à protéger les droits des enfants dans les situations d'urgence. Elle estime que nourrir et prendre soin des enfants sont les pierres angulaires du progrès humain et préconise des mesures pour donner aux enfants le meilleur départ possible dans la vie.

C'est donc dans ce cadre que l'UNICEF et le Gouvernement guinéen se sont engagés en fin 2012 dans un nouveau cycle de programme de coopération allant de 2013 à 2017. Le « Programme-Pays » ou CPAP 2013-2017 qui s'inscrit d'ailleurs dans les objectifs du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUAD) pour la période 2013-2017, lui-même aligné sur les priorités et besoins nationaux reflétés notamment dans le Plan Quinquennal de Développement Socio-économique 2011-2015 et dans les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP) II et III, met un accent particulier sur les enfants les plus vulnérables et défavorisés.

Le « Programme-Pays » 2013-2017 vise à contribuer à la réduction de 25% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à l'augmentation du taux d'achèvement de l'enseignement primaire de 20% et à la protection des enfants d'une manière équitable et durable.

Un an avant la fin du cycle du programme UNICEF-Guinée 2013-2017, la Guinée est toujours à un point critique de son processus de développement politique, économique et social. Le pays reste l'un des plus pauvres au monde malgré sa très grande richesse en ressources naturelles selon les données disponibles.

La crise de la Maladie à Virus Ebola (MVE) a exacerbé le niveau du système global de prestation des services sociaux de base qui était déjà faible avant la crise. Le pays a donc a été soumis à une très forte pression supplémentaire due aux répercussions économiques et sociales de la crise Ebola qui a duré 2 années entières (2014 et 2015). Déclenchée en Décembre 2013 et reconnue officiellement comme épidémie à partir de Mars 2014, la maladie a touché 31 districts sanitaires sur les 38 que compte le pays, représentant une population de 9 millions d'habitants sur les 10,6 millions d'habitants que compte le pays (RGPH, 2014). Entre 2014 et 2015, 3.351 personnes ont été confirmées infectées par Ebola parmi lesquelles 2.083 personnes en sont décédées.

L'épidémie de la maladie à Virus Ebola a été révélateur des faiblesses du système de santé notamment en ce qui concerne i) le sous-financement du secteur santé, ii) la mauvaise gouvernance à tous les niveaux avec l'inexistence de structures et mécanismes fiables de redevabilité, iii) la faible capacité des districts sanitaires à assurer leurs fonctions essentielles, iv) la faible densité des ressources humaines de qualité, particulièrement au niveau décentralisé, v) la faible implication des communautés, vi) la faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle, vii) la faible disponibilité de médicaments, vaccins, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité, viii) la mauvaise gestion de l'information sanitaire pour les prises de décisions et la gestion des services particulièrement au niveau décentralisé.

Dans le domaine de la mise en œuvre du CPAP, la crise Ebola a surtout perturbé les plans d'investissement de l'UNICEF comme des autres agences du SNU et radicalement changé les priorités. En effet, la riposte à l'épidémie Ebola a contraint l'UNICEF, comme le gouvernement et tous ses partenaires à réorienter l'essentiel des ressources disponibles vers l'urgence Ebola. De ce point de vue, l'épidémie Ebola a été une contrainte majeure dans la mise en œuvre du Programme. L'exécution de bon nombre des programmes au niveau des différentes composantes a été mise à mal au plus fort de l'épidémie (2014-2015) au profit de l'urgence Ebola.

L'intervention de l'Unicef a connu une certaine réforme programmatique : alors que le Programme de coopération 2013-2017 avait été conçu initialement avec 7 composantes (1-Sante de la mère et de l'enfant, 2-Nutrition pour la Survie , 3-Enfants et le VIH/sida , 4-EHA , 5-Education de base de qualité, 6-Protection des enfants, 7- Politiques Sociales, Plaidoyer, Suivi et Evaluation), la crise Ebola a montré la nécessité d'une meilleure intégration programmatique, particulièrement des composantes 1, 2, 3 et 4 plus haut, autour du

concept de « Survie et Développement de l'Enfant » (Child Survival and Development – CSD).C'est ainsi qu'autour de Juillet 2015, l'approche intégrée CSD a commencé à se matérialiser, avec le recrutement d'un chef CSD chargé de coordonner et favoriser l'intégration des programmes Sante et VIH, Nutrition et WASH.

La Revue à Mi-Parcours du programme en Novembre 2015 a certes abouti à la décision de maintenir les 7 composantes pour un meilleur alignement avec le Plan Stratégique global d'UNICEF mais a surtout renforcé la perspective d'une meilleure intégration entre les volets 1-Sante de la mère et de l'enfant ; 2-Nutrition pour la Survie ; 3-Enfants et le VIH/sida et 4-EHA, autour du Programme « Survie et Développement de l'Enfant ».

Les résultats visés par les composantes du CSD sont les suivants :

1. **Santé de la mère et de l'enfant** : D'ici fin 2017, les femmes, les enfants surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions de santé à haut impact et les communautés connaissent et adoptent les Pratiques Familiales Essentielles de la santé pour réduire la mortalité maternelle et infantile y compris en situation d'urgence.
2. **Nutrition pour la Survie :** D'ici 2017, la malnutrition infantile et maternelle est réduite chez les plus vulnérables et les ménages adoptent les comportements favorables à la bonne nutrition et hygiène alimentaire.
3. **Enfants et le VIH/sida :** D'ici 2017, les enfants (incluant les adolescents) et les femmes surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions à haut impact appropriées pour réduire la transmission, la morbidité et la mortalité liées au VIH/sida et éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
4. **Eau – Hygiène- Assainissement :** La prévalence des maladies diarrhéiques est réduite de 15% et l'incidence par helminthiases diminuée de 10% et au moins 30% des parents, tuteurs, chefs de familles et enfants lavent leurs mains à l'eau et au savon aux moments cruciaux, consomment de l'eau potable et savent traiter l'eau à domicile avant sa consommation et utilisent des latrines hygiéniques.

Le programme, exécuté sur l'ensemble du territoire national, couvre 8 régions administratives et une population totale de 10.6 millions d'habitants (RGPH 2014).

Le but de faire une évaluation de l'ensemble du CSD, plutôt que seulement le volet Santé, est de vérifier jusqu'où l'approche CSD aura permis d'aboutir à une meilleure performance et impact des différentes composantes du CSD, comparée à la situation antérieure (avant Juillet 2015) ou elles étaient conduites séparément. La RMP du CPD (tenue en Novembre 2015) a été un premier pas dans cette analyse mais on en était encore pratiquement au début de l'approche CSD et donc avec pas assez d'éléments pour une bonne analyse. L'objectif de la présente évaluation (environ un an après la mise en pratique de l'approche CSD) est de tirer des leçons de cette nouvelle approche, dans la perspective de préparation du nouveau CPD.

La présente évaluation se propose entre autres vérifier et mesurer l'effectivité et l'impact de l'intégration de ces 4 composantes. L'analyse montrera aussi la pertinence de ce choix vis-à-vis des ODD, de l'initiative mondiale « Une promesse renouvelée pour la survie de l'enfant », et du plan stratégique à moyen terme 2014-2017 de l'UNICEF au niveau global.

2.2 – Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette évaluation est d'appréhender la pertinence et les performances du Programme Survie et Développement de l'Enfant (CSD) et de ses différentes composantes, sur la période Janvier 2013 – Juillet 2016.

- Les objectifs spécifiques sont les suivants :vérifier la pertinence du Programme « Survie et Développement de l'Enfant » et de ses différentes composantes vis-à-vis du contexte et des priorités nationales et internationales ;
- évaluer la contribution de l'UNICEF à la prise en compte des droits de l'enfant dans les politiques et stratégies nationales relatives à la survie de l'enfant ;
- analyser/évaluer les résultats spécifiques des différentes composantes du CSD et en quoi l'intégration de ces composantes autour de l'approche CSD a favorisé ces résultats ;

- analyser/évaluer l'impact de l'intégration des composantes du CSD vis-à-vis de l'atteinte des objectifs nationaux ;
- analyser l'adéquation entre les résultats poursuivis, les ressources du programme CSD et son positionnement (globalement et celui de chaque composante) par rapport au mandat de l'UNICEF ;
- proposer des recommandations opérationnelles pour l'amélioration du programme en 2017 et pour le nouveau programme de coopération 2018-2022.

3 – METHODOLOGIE

Elaboré sur la base des termes de référence et des clarifications obtenues lors des échanges de démarrage, la note de cadrage méthodologique, premier rapport élaboré, présente les observations et les limites l'étude ainsi que l'approche méthodologique et le plan de travail.

3.1 – Observations et limites de l'étude

Les observations et limites ont porté sur les cadres relatifs à la couverture temporelle, à l'étendue et à la disponibilité et la qualité des données provenant des systèmes d'information de routine.

3.1.1 Sur le cadre relatif à la couverture temporelle

Il faut souligner que le cadre temporel de la présente évaluation se limite au développement du programme entre 2013 et 2016, le programme de suivi n'a été mis en place qu'en 2015. Ceci constitue une première limite pour consolider des résultats compte tenu du temps limité à évaluer ; l'attribution de résultats au programme sera difficile dans ce délai. Cependant, l'évaluation pourra se focaliser sur le processus (mesurer l'adéquation des activités prévues par le programme), ainsi que la pertinence et l'adaptation desdites activités, les goulots d'étranglement et les difficultés opérationnelles. Eventuellement, si les données disponibles le permettent, la collecte de données à moins de trois à quatre ans antérieurs au programme pourra permettre de faire une estimation du Trend pour avoir des indications sur la tendance des indicateurs de résultats intermédiaires (IR).

3.1.2 Sur le cadre relatif à l'étendue

En plus de la mesure de la contribution du programme à l'amélioration de l'offre des services, l'utilisation et qualité des services, l'évaluation est censé apprécier les changements des comportements en faveur de la survie et développement de l'enfant. Les résultats de cette partie seront limités uniquement dans les zones qui seront visitées et prendront en compte les paquets de services fournis par le programme de ces zones. Il sera donc difficile de faire des extrapolations au plan national sur ces résultats

Dans ce cadre, il sera intéressant de comparer les résultats en termes d'amélioration des services entre les zones visitées en tenant compte de paquets de services pour apprécier les différentielles mais aussi en tenant compte des contextes socioculturels et environnementaux des zones. Les consultants vont tenter dans ces conditions de faire une analyse d'effets, dans la mesure du possible, en prenant pour chaque paquet d'intervention, les zones qui en bénéficient à comparer avec les autres zones ne bénéficiant pas comme témoins ou contrefactuelle. Cette analyse pourrait certainement avoir des limites compte tenu de la faible disponibilité des informations nécessaires éventuellement.

3.1.3 Sur le cadre relatif à la disponibilité et la qualité des données provenant des systèmes d'information de routine

Les données du SNIS 2016 ne sont pas disponibles actuellement. En effet, le dernier annuaire de statistique sanitaire publié est de 2014 et ceux de 2015 et 2016 sont en cours d'élaboration. Certains programmes ont développé des systèmes de collecte parallèles pour répondre à leurs besoins d'information mais les données collectées ne couvrent pas souvent l'ensemble des régions. Ces insuffisances seront des limites pour l'appréciation objective de l'atteinte des cibles en 2015 et 2016. Pour avoir plus d'information sur la qualité des données, des entretiens seront organisés avec le service du SNIS afin d'apprécier la complétude des données disponibles et les efforts réalisés pour améliorer la qualité des données.

3.1.4 Sur l'évaluation des effets directs du programme

Il serait très difficile d'évaluer les indicateurs d'effet et d'impact pour les raisons suivantes : (i) le programme est encore en cours , (ii) d'autres partenaires réagissent dans les mêmes domaines d'interventions, (iii) les données d'enquête MICS ou EDS sur les indicateurs d'impact telle que la mortalité infantile et maternelle estime la situation entre 5 à 7 ans en arrière par rapport à la date de collecte de données ; (iv) des dispositions pour une évaluation d'impact à moyen terme à la fin du programme n'ont pas été prises en compte et donc difficle de définir les contrefactuels pour mésurer les effets à moyen terme. Cependant, il est possible de faire une analyse des changements ou début de changement à partir des indicateurs de processus et de produits basés sur (i) l'efficacité de la conduite des activités, (ii) la perception des acteurs ou des structures bénficiaires et (iii) déterminer des hypothèses de changements à travers des paquets de services de haut impact approuvés.

3.2 Approche méthodologique

3.2.1 – Revue documentaire

La revue documentaire a été basée sur les données d'enquête comme l'EDS, la MICS, l'ELAP et l'enquête SMART, les documents de politique et stratégique et les documents de la mise en œuvre opérationnelle. Les données ont été recherchées à tous les niveaux. Il faut noter que la disponibilité de la documentation et son accès a été une difficulté rencontrée au cours de l'évaluation.

3.2.2 – Collecte de données au niveau central

Les rencontres des structures et d'informateurs clés au niveau central se sont réalisées en trois phases. La première phase a démarré le 10 février 2017 et a concerné particulièrement l'Unicef, quelques structures du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Energie et de l'Hydraulique qui n'ont pas exigé de courrier avant de répondre. La deuxième phase a démarré le 16 février 2017 sur la base du courrier transmis par l'Unicef. A la suite d'un compte rendu fait à l'Unicef, une troisième a été réalisée à partir du10 mars pour compléter les entretiens.

D'une manière générale, lorsque les informateurs sont disponibles, les entretiens se sont déroulés normalement et les interlocuteurs étaient heureux de participer à l'évaluation du programme CSD qu'ils considèrent comme prioritaire pour la Guinée.Cependant certaines structures n'ont pas été visitées à cause du conflit d'agenda de certains informateurs clés, occupés à d'autres activités hors de Conakry.

La disponibilité de la documentation est relativement faible. En effet, les données disponibles ne couvrent pas l'ensemble de la période du programme à cause du retard dans le traitement des données de 2015 à 2016, notamment au Ministère de la santé. Les documents demandés ne sont pas systématiquement mis à la disposition de l'équipe.

Malgré le retard accusé dans l'excution du programme, toutes les catégories de structures ont été visitées dans l'ensemble. La collecte de données au niveau centrale a permis aux consultants de consolider leur niveau de connaissance sur l'exécution du programme et de mieux préparer les visites de terrain dans la seconde phase de collecte.

3.2.3 – Collecte de données au niveau reégional

La collecte de données au niveau régional a concerné trois régions (Boké, Faranah, Nzérékoré) et sept préfectures (Boffa, Boké, Fria, Faranah, Macenta, Lola Nzérékoré). Les principales cibles étaient i) le Gouvernorat et préfecture, ii) les Directions régionales des secteurs de la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation, du CNLS (VIH/sida) et du plan, iii) les Directions préfectorales secteurs de la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation ; du CNLS (VIH/sida) et du plan, iv) les formations sanitaires (hôpitaux régionaux et préfectoraux, centre de santé, poste de santé), v) les prestataires des service de santé (médicales

et paramédicales), les Organisations communautaires (leaders communautaires, organisations de femmes, gestionnaires de l'EHA).
Les visites terrain ont été organisées suivant deux axes : BOKE-BOFFA-FRIA et FARANAH-MACENTA-NZEREKORE-LOLA sur la période du 20 au 29 mars 2017. La collecte de données a été réalisée par les experts et avec l'appui de 12 enquêteurs (médecins et sociologues) préalablement formés. D'une manière générale, les services et les communautés rencontrées ont bien accueilli les équipes. Cependant quelques difficultés liées à la disponibilité des personnes au niveau des Directions ont été notées notamment les interférences d'activités dans les régions.
Ces visites de terrain dont le but était d'observer les réalités de la mise en œuvre opérationnelle du programme ont permis de i) rencontrer les acteurs et les parties prenantes de la mise en œuvre du programme au niveau régional, préfectoral et les prestataires de services dans le domaine de la santé, la nutrition, le VIH, l'eau et l'assainissement, ii) de conduire des entretiens et des discussions de groupe avec les ONG et les leaders communautaires et de iii) collecter les données secondaires complémentaires dans les services.
Les structures rencontrées sont (i) au niveau régional , 03 DRS, 02 DR Hydraulique, 02 IRE Education, 03 DR Plan, 03 Coordinations régionale du CNLS, 03 Gouvernotas (ii) au niveau préfectoral 07 DPS, 7 DPE Education, 04 Préfectures ; (iii) au niveau des structures de santé 07 hôpitaux, 08 centres de santé , 07 postes de santé, 40 prestataires de santé et (iv) au niveau communautaires 40 organisations dont 20 chargés de l'EHA.

3.2.4 – Traitement et analyse de données

Le traitement des données a été réalisé par les logiciels Excel et SPSS. Ainsi, l'analyse secondaires des données d'enquêtes et de routine ont été réaliésé par Excel, les données des visites de terrain ont été exploitées par SPSS.L'analyse de contenu et des synthèses thématiques des entretiens et de la revue documenatire a été réalisée . En effet, l'analyse de contenu a consisté en un examen systématique et méthodique de documents textuels ou visuels. Cette analyse qualitative a pris en compte en compte les normes socioculturelles, les influences communautaires et les stratégies communautaires qui influencent négativement ou positivement l'utilisation des services de santé. L'analyse des percetions a été réalisée en utilisant des scores à échelle ordinale qui ont permis de déterminer des taux de satisfation ou de perception, au niveau de l'utilisation des services et de son évolution, le taux de perception de la disponibilté des médicamente et autres intrants,…

Enfin, la méthode de traingulation a été utilisée. Ainsi , une analyse croisée entre les données de revue documentaire ou les données d'enquête a été faite avec les données des entretiens au niveau central et les données des visites de terrain. Ce qui a permis de mieux documenter les tendances observées, mieux apprécier les perceptions des acteurs et des partenaires, des informateurs clés et des bénéficiaires avec les tendances données et de confirmer et d'argumenter les constats.

4 – PERTINENCE DU PROGRAMME

4.1 Rappel des questions évaluatives sur la pertinence

1. Les interventions du programme répondent-elles aux objectifs du programme et aux priorités fixées par le pays et les partenaires au développement ?
2. Dans quelle mesure les interventions du programme sont-elles en ligne avec les priorités du gouvernement et les demandes des partenaires nationaux, y compris au niveau local et régional ?
3. Les interventions du programme contribuent-elles à la réduction de la mortalité maternelle et infantile ?
4. Les résultats attendus du programme et la redevabilité de l'UNICEF sont-ils clairement définis ?

4.2 Principaux constats sur la pertinence

A -Points positifs

1. La pertinence du programme est reconnue par tous les acteurs et les partenaires rencontrés à tous les niveaux ;
2. La planification conjointe à travers les outils de l'UNDAF constituent des instruments qui favorisent la cohérence et la pertinence du programme Pays Unicef-Guinée et particulièrement la composante survie ;
3. L'ensemble des interventions s'inscrivent en droite ligne dans les interventions développées dans le cadre des documents de politique nationale comme le DSRP III, le PNDS ;
4. Le programme CSD intervient sur les déterminants de la santé maternelle en s'appuyant sur une analyse des goulots d'étranglement et des stratégies de réduction de la mortalité maternelle telles que définies par la feuille de route avec les interventions conjointes avec l'UNFPA et l'OMS ;
5. Les actions en matière de nutrition, la PCIMNE, l'eau et l'assainissement sont abordées avec des stratégies approuvées et efficaces pour la lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile ;
6. Le programme a pu s'adapter à l'urgence dans la mesure où l'Unicef a joué un rôle de leader dans la riposte sur le terrain et l'élaboration du programme de résilience post-Ebola .

B- Points à améliorer ou à renforcer

1. La planification opérationnelle du programme n'est pas intégrée dans les planifications déconcentrées des régions et des directions préfectorales des secteurs couverts ;
2. Absence de mécainsme pour la prise en compte des opinions des bénéficiaires au cours de programmation des interventions .

4.3 - Résultats sur la pertinence

L'analyse des documents stratégiques nationaux et sectoriels (PNDS, …) ainsi que la matrice de l'UNDAF avec les entretiens des informateurs clés du niveaux central et ceux du niveau régional ont permis de faire les constats suivants :

1. Le processus d'élaboration et d'adoption du CPD et des PTAs, et la planification conjointe à travers les outils de l'UNDAF constituent des instruments qui favorisent la cohérence et la pertinence du programme Pays Unicef-Guinée et particulièrement la composante survie. L'implication effective des acteurs des programmes aux différentes phases allant de la conception à la validation en passant par la définition des actions prioritaires, la ciblage des zones d'intervention, la détermination des objectifs et cibles à atteindre et l'élaboration du plan de suivi et évaluation et l'estimation des besoins et des coûts des interventions sous-tendent la cohérence et la pertinence du programme.
2. Les acteurs nationaux rencontrés et les PTF sont tous unanimes sur la pertinence du programme CSD Guinée-Unicef ainsi que de l'ensemble de ses composantes. L'ensemble des interventions s'inscrivent en droite ligne des interventions développées dans le cadre des documents de politique nationale comme le DSRP III, le PNDS qui font des composantes du CSD des axes d'interventions privilégiés du gouvernement guinéen. Le programme CSD s'inserre ainsi sans ambiguité dans le

cadre des stratégies nationales et du système des nations unies. Une unanimité se dégage toutefois sur le caractère ambitieux du programme notamment en son volet relatif à la lutte contre la malnutrition.

3. De 2014 à 2015, lors de la crise Ebola, l'UNICEF a pu adapter son intervention pour contribuer efficacement à la riposte. Ceci s'est traduit par son rôle de conseiller technique dans l'élaboration des stratégies de riposte à l'urgence ;
4. Les goulots d'étranglement, notamment ceux de causes structurelles posent des défis complexes, qui doivent être ciblés par des approches spécifiques, afin de mieux cibler les groupes les plus vulnérables et/ou exclus ;
5. Concernant le ciblage des groupes vulnérables, l'utilisation des données de l'ELEP 2012 estimant les taux de pauvreté monétaire selon les régions a été complété par l'analyse multidimensionnelle de la pauvreté non monétaire faite à travers MODA réalisé par l'Unicef en 2013 qui a permis d'apprécier l'accès aux services de santé et sociaux de base. En effet, une analyse sur la pauvreté multidimensionnelle des enfants a été réalisée en 2014 selon l'outil MODA. Cet outil a permis de produire un document de plaidoyer qui a abouti à la signature des 12 engagements de l'Etat en faveur des enfants guinéens par le Gouvernement et l'Assemblée Nationale, pour lutter contre les disparités et les privations multidimensionnelles dont souffrent les enfants en Guinée. Cependant, les parties nationales ne se l'ont pas encore approprié ;
6. Le programme pris en compte dans la mise en œuvre des interventions, l'analyse de goulots d'étranglement et des stratégies liés à la réduction de la mortalité maternelle et infantile telles que définies par le document de stratégie de lutte contre la pauvreté et la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle en coordination conjointement avec l'UNFPA, pour le renforcement des services de prévention et de prise en charge des grossesses précoces et rapprochées ;
7. Concernant la crise de la MVE, le programme a pu s'adapter à l'urgence dans la mesure où l'Unicef a joué un rôle de leader dans la riposte sur le terrain et l'élaboration du programme de résilience post-Ebola. Malgré que la MVE ait ébranlé le système de soins guinéen, elle n'a pas remis en cause la mise en œuvre du CSD. Grâce à une judicieuse adaptation dudit programme, le cadre logique est resté pertinent. Toutefois, en dépit de la synergie d'action des partenaires au développement, l'ensemble des ressources financières n'ont pu être mobilisées pour la mise en œuvre du programme ;
8. La revue à mi-parcours du programme pays réalisé en 2015 a été très déterminante pour garantir la pertinence du programme CSD en regard des défis de la résilience post-Ebola. En effet, le programme pays de l'Unicef s'est adapté pour la période 2015-2017 en tenant compte de la stratégie nationale, du contexte socio-économique et de résilience post-Ebola au niveau global et des orientations de la politique nationale de la santé qui a été élaborée ainsi que les stratégies de résilience post-Ebola du secteur de la santé.
9. le programme CSD intervient sur les déterminants de la santé maternelle et infantile en s'appuyant sur une analyse des goulots d'étranglement et des stratégies de réduction de la mortalité maternelle telles que définies par la feuille de route avec les interventions conjointes avec l'UNFPA et l'OMS ;
10. Pour ce qui concerne la mortalité infantile et infanto-juvénile, les acteurs pensent que les actions en matière de nutrition, la PCIMNE, l'eau et l'assainissement sont abordées avec des stratégies approuvées et efficaces ;
11. La planification opérationnelle du programme n'est pas intégrée dans les planifications déconcentrées des régions et des directions préfectorales des secteurs couverts, ce qui rend difficile le suivi et l'évaluation au niveau opérationnel par manque d'indicateurs de performance au niveau régional et préfectoral ;
12. Les opinions et besoins des bénéficiaires directs ciblés ne sont pas pris en considération dans les exercices de plainification-programmation et d'implantation des interventions.

5 – RESULTATS INTERMEDIAIRES SUR L'EFFICACITE

5.1 - Rappel des questions évaluatives à l'efficacité

1. Les activités planifiées suffisent-elles (en quantité et en qualité) pour atteindre les résultats, ou y a-t- il des gaps non couverts par d'autres partenaires ou le gouvernement ?
2. Dans quelle mesure les interventions de la SMI, VIH/sida, WASH et Nutrition sont intégrées et permettent d'offrir un paquet d'intervention à haut impact aux enfants les plus vulnérables ?
3. Dans quelle mesure le programme s'appuie sur des procédures adaptées pour appuyer les partenaires et assurer un transfert de compétence ?
4. Les interventions du programme sont-elles suffisamment concentrées et hiérarchisées pour atteindre des résultats et éviter le saupoudrage ?
5. Les détenteurs de droit ont-ils été identifiés et leurs capacités évaluées dans la phase de planification du programme ?

5.2 – Efficacité par composante

5.2.1 Composante santé de la mère et de l'enfant

Le changement attendu pour la composante santé de la mère et de l'enfant est : *D'ici fin 2017, les femmes, les enfants surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions de santé à haut impact et les communautés connaissent et adoptent les Pratiques Familiales Essentielles de la santé pour réduire la mortalité maternelle et infantile y compris en situation d'urgence*. Sept résultats intermédiaires constituant les produits attendus de cette composante.

5.2.1.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante santé de la mère et de l'enfants

A -Points positifs

1. Le dialogue politique avec le ministère de la santé a favorisé une augmentation des ressources nationales alloués à la santé et le recrutement d'agents de santé ;
2. Le programme a apporté une contribution au renforcement des capacités des formations sanitaires à travers la formation, l'apporovisonnement en équipement, médicament et intrants ;
3. Les efforts de renforcement des soins obstétricaux ont contribué à une progression de la couverture des accouchements assistés;
4. la programme a continué d'apporter un appui sur l'ensemble des districts sanitaires et au niveau de la coordination centrale pour les activités de routine ainsi que la mise en oeuvre des AVS à travers des stratégies approuvées malgré l'urgence de la crise MVE ;
5. l'approche communautaire de la PCIMNE a été favorisé par la riposte de crise ébola ait permis de dynamiser les partenariats avec les organisations communautaires

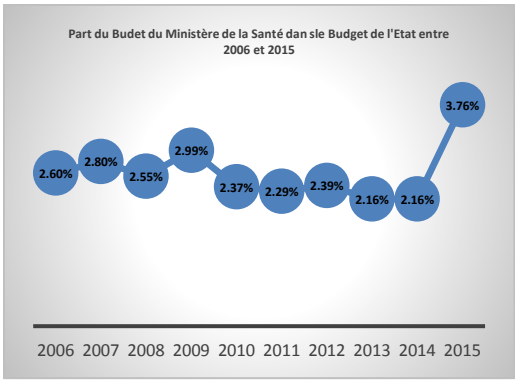
B- Points à améliorer ou à renforcer

1. La volonté politique affichée par le Gouvernement pour le secteur de la santé et particulièrement la santé maternelle et infantile n'est pas accompagnée par une allocation suffisante de ressources nationales pour les actions opérationnelles ;
2. Les goulots d'étranglement liés à l'utilisation adéquate des services de santé et leurs causes démeurent encore une préoccupation et devront être traitées à travers le renforcement des interventions communautaires visant à développer les capacités des organisations communautaires de base ;
3. L'insuffisance implication de la PCG à la gestion des médicaments et intrants du programme ;
4. L'insuffisnace des capacités des prestataires à la gestion des médicaments et intrants est une précoccuation pour l'efficacité de la prise en charge des enfants ;
5. La baisse de la confiance et les populations avec les prestataires de santé à l'issu de la crise ébola constitue une préoccupation pour une meilleure utilisation des services de santé ;
6. la faible intégration des activités de PCIME clinique et PECIMA réduit la qualité de la prise en charge des enfants ;
7. L'insuffisance de supervision intégrée est une préoccupation affichée par la partie nationale.

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Pourcentage du budget national alloué au secteur de la santé	*1,75%*	*3,6%*	*8,9%*	*7%*

Le Ministère de la santé de la République de Guinée connait un sous financement de la part du budget de l'Etat. En effet, depuis 2006, les allocations accordées à ce ministère connaissent une évolution en dents de scie, influençant négativement les performances du secteur. Le plus fort taux d'allocation observé depuis la décennie étant celui prévu pour l'année 2015 (3,76%). Les échanges avec les acteurs du secteur montrent que le budget que l'Etat affecté à la santé est constitué en quasi-totalité des dépenses de personnel (salaires).

Ce niveau de financement est insuffisant et se classe derrière celui atteint par d'autres pays ayant un niveau de revenu similaire, recommandé par les organismes internationaux de développement et, surtout, exigé par les besoins du pays. Cependant, il faut apprécier la hausse du budget alloué à la santé avec une progression de 69,13 % et la part du budget alloué au Ministère de la santé a atteint 8,91% du budget de l'Etat. Une telle dotation est à encourager vu que le département de la santé a beaucoup de réformes courageuses à mener dans la cadre de la mise en œuvre du PNDS 2015-2014 et plus spécifiquement du plan de résilience de la MVE au niveau du secteur de la santé.



Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau), soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants principalement ceux de la Diapora selon les données des Compte nationaux de la Santé de 2010 (CNS, 2010). La non régularité de l'exercice d'élaboration des CNS de la Guinée limite l'analyse des tendances en matière de financement du système de santé.

5.2.2.1 Produits 2 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant

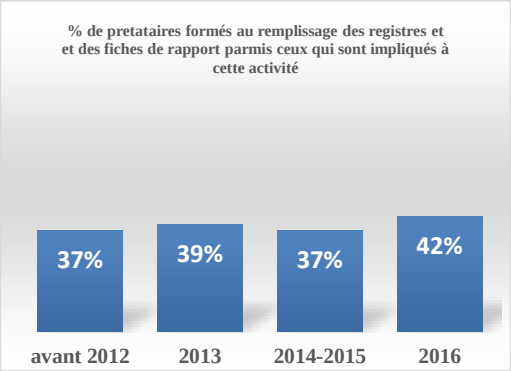
D'ici fin 2017, des données fiables, désagrégées par sexe, renseignant sur l'effectivité et l'impact des interventions préventives, curatives et promotionnelles à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, sont régulièrement produites et utilisées à tous les niveaux.

Tableau 2 : Situation de la collecte et de la transmission des données de routine

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Collecte et transmission des données de routine (désagrégées par sexe) sur l'état de santé des enfants et des femmes	Collecte et transmission irrégulières		Collecte et transmission irrégulières Retard dans la production des annuaires statistiques la multiplication des circuits de collecte parallèles	Collecte et transmission régulière
Disponibilité annuelle des données d'enquête	Disponibilité biannuelle			Disponibilité annuelle

5.2.2.2 Collecte et transmission des données sanitaires de routine

Les annuaires de statistique de 2004, 2005 et 2006 ne sont pas encore publiés par faute de transmission à temps des données et de la faible capacité de gestion et d'analyse des données en dépit de l'appui apporté par l'Unicef en 2013-2014. Cette faiblesse, encourage la multiplication des circuits de collecte parallèles.



Lors des visites de terrain dans les régions sanitaires de Boké, Faranah et Nzerékoré, l'enquête auprès de 40 prestataires de santé dans les HR, HP, centres de santé et postes de santé a montré que 42% ont reçu une formation au remplissage des outils de collecte du système d'information sanitaire ou autres systèmes de collecte de routines en 2016. Cette proportion était 39% en 2013 et 37% entre 2014 et 2015. Ces données montrent la faible capacité des prestataires de santé à la collecte et à la transmission régulière des données de qualité. Au niveau des DPS et des DRS, les visites ont montré que tous les chargés de statistiques sanitaires ne sont pas formés (Boké, Fria). Les données ne sont pas transmises à temps et certains indicateurs pertinents, notamment dans le domaine des SONU et des activités communautaires ne sont pas intégrés au rapports du SNIS. Ces données disponibles souvent dans les registres ou sur d'autres supports non harmonisés sont mis à la disposition des partenaires qui en font la demande. Même si les DRS et les DPS visitées ont montré l'utilisation des données lors des CTRS et des CTPS, l'analyse des données reste assez limitée et irrégulière, parce que la retro-information n'est pas systématique. C'est ainsi que la formation en gestion de données et en suivi et évaluation a été relevée comme une priorité indiquée par les DRS visitées (Boké, Faranah, Nzérékoré).

Il faut noter que l'amélioration du SNIS constitue une priorité du MS et des principaux partenaires du système de santé. Nous notons par exemple, l'appui apporté par l'USAID à travers JSI qui apporte un appui institutionnel au BSD dans le cadre du renforcement du SNIS. Cette réforme va permettre à la Guinée d'utiliser la plateforme DHS2. L'Unicef a également apporté une contribution pour l'analyse des données et la production des rapports entre 2013-2014, notamment la production des annuaires par région sanitaire.Disponibilité annuelle des données d'enquête

Il n'existe pas de répertoire des études et enquêtes dans les ministères : la revue documentaire a permis d'identifier des rapports d'enquête. La disponibilité est disparate car il n'existe pas une base de données du suivi des rapports d'enquête malgré que le BSD ait une section consacrée à la recherche en santé. Sur la période de l'évaluation, nous notons la disponibilité de rapport d'enquête permettant d'avoir des données sur la survie et le développement de l'enfant.

5.2.3 Produits 3 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant

D'ici fin 2017, D'ici fin 2017, les enfants et les femmes surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions à haut impact de santé maternelle et néonatale appropriées pour réduire la morbidité et la mortalité

Tableau 4 : Matrice de la tendance des indicateurs du produit 3 de la composante santé de la mère et de l'enfant

Tableau 3 : Etat des indicateurs relatifs à la santé de la mère et de l'enfant

N	Indicateur	EDS-MICS 2012	Référence 2013	Revue 2015	MICS 2016	Projection 2017	Cible 2017
1	**Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié**	26%	39,3%	67%	63%	79%	75%
2	**Pourcentage de femmes enceintes vues en CPN4**	57%	ND	50%	51%	49%	85%
3	**Pourcentage de nouveaux nés ayant reçu le paquet de soins essentiels immédiats**	25%	ND	ND	27%	27%	80%
4	**Taux de consultations postnatales**	30%	43%	ND	47%	52%	75%

Ce résultat intérimaire cible santé reproductive, notamment l'accès aux consultations nationales, aux soins obstétricaux et néonataux. Pour atteindre ce résultat, en outre du renforcement des capacités en matière de SONU à travers la formation et l'équipement, le programme a visé :

- l'organisation des activités foraines et mobiles ;
- l'organisation de semaines/journées nationales de la santé de la mère et de l'enfant **;**
- l'appui à la Communication pour le Changement de Comportement et pour le Changement Social ;
- la coordination avec l'UNFPA pour le renforcement des services de prévention et de prise en charge des grossesses précoces et rapprochées.

5.2.3.1 Soins obstétricaux et néonataux.

Il ressort du tableau ci-dessus que le taux des accouchements assistés par un personnel qualifié qui était déjà faible en 2012 selon l'EDS-MICS 2012 (26 % dont 32 % en milieu rural et 84 % en milieu urbain) est passé à 63% en 2016 selon la MICS 2016 dont 46% en milieu rural et 94% en milieu urbain. Le taux de progression annuelle est estimée à 25% au niveau national, soit 10% en milieu rural et 3% en milieu urbain. Selon le niveau régional, la proportion des accouchements assistés est plus élevée à Conakry (98% avec un taux d'accroissement annuel de 2% et plus faible à Mamou (30%) avec un taux d'accroissement annuel de 10%. Sur la base du taux moyen d'accroissement annuel, la proportion d'accouchement par un personnel qualifié serait de 79% au niveau national, ce qui traduit de façon quantitative l'atteinte de la cible fixée à 75%. Cependant, en dehors de Conakry (99%) et Boké (83%), le taux projeté pour les autres régions est en deçà de la cible de 75% de 2017. Le progrès de l'utilisation de services de santé pour l'accouchement entre 2013 et 2016 a été soutenu par l'ensemble des acteurs rencontrés au niveau national, régional, dans les DPS et dans les formations sanitaires malgré la survenue de la crise Ebola entre 2014 et 2015.

La perception des centres de santé visités sur l'utilisation a montré que l'indice d'utilisation est de 56% en 2013, 50% entre 2014 et 2015 et 72% entre 2016 et 2017, soit un progrès de 16 points entre 2013 et 2017.

Cependant, les acteurs, notamment les équipes cadres de district et les responsables des formations sanitaires pensent qu'il existe encore des goulots d'étranglement à une utilisation adéquate et de qualité. Il s'agit notamment de l'insuffisance des moyens d'évacuation des parturientes notamment en milieu rural, l'insuffisance d'action communautaire notamment la recherche active, la multiplication des cabinets privés d'accouchement parfois non autorisés, les habitudes d'accouchement à domicile.

Tableau 4 : Accès des nouveaux nés au paquet de soins essentiels immédiats entre 2012 et 2016

Milieu/région		2012	2016	Différence de points entre 2012 et 2016	Taux variation sur la période 2012-2016	Taux moyen de progression annuelle sur la période 2012-2016	Projection 2017
Guinée		**26%**	**63%**	**37%**	**146%**	**25%**	**79%**
Milieu	Urbain	84%	94%	10%	12%	3%	97%
	Rural	32%	46%	15%	46%	10%	51%
Région	Boké	40%	72%	32%	79%	16%	83%
	Conakry	91%	98%	6%	7%	2%	99%
	Faranah	29%	48%	18%	63%	13%	54%
	Kankan	44%	53%	10%	22%	5%	56%
	Kindia	41%	65%	24%	58%	12%	73%
	Labé	32%	45%	14%	42%	9%	50%
	Mamou	21%	30%	10%	47%	10%	33%
	N'Zérékoré	43%	60%	18%	41%	9%	66%

Au niveau des soins néonataux immédiats, des actions essentielles ont porté sur : i) la supervision des unités de néonatologie de Labé, Kankan et NZerekore ; ii) la fourniture de médicaments et d'équipements aux sites ; iii) la formation des agents de santé des hôpitaux et des CS en soins essentiels du NN, la réanimation et les soins maternels; iv) l'appui à la mise en place des soins du nouveau-né. Malgré ces actions appréciables, il ressort du tableau ci-dessus que le pourcentage de nouveaux nés ayant reçu le paquet de soins essentiels immédiats qui était déjà faible en 2012 selon l'EDS-MICS 2012 (25 % dont 20 % en milieu rural et 39 % en milieu urbain) est passé à 27% en 2016 selon la MICS 2016 dont 23% en milieu rural et 34% en milieu urbain. Le taux de progression annuelle est estimé à 1,5% au niveau national. La cible de 80% fixée en 2017 ne sera pas atteinte.

Tableau 5 : Evolution de l'utilisation des services de santé pour l'accouchement entre 2012 et 2016

Milieu/région		2012	2016	Différence de points entre 2012 et 2016	Taux variation sur la période 2012-2016	Taux moyen de progression annuelle sur la période 2012-2016	Projection 2017
Guinée		**25%**	**27%**	**1,5%**	**6,0%**	**1,5%**	**27%**
Milieu	Urbain	39%	34%	-4,7%	-12,1%	-3,2%	33%
	Rural	20%	23%	2,6%	12,9%	3,1%	23%
Région	Boké	30%	31%	1,2%	4,1%	1,0%	31%
	Conakry	38%	37%	-0,7%	-1,9%	-0,5%	37%
	Faranah	27%	29%	2,7%	10,1%	2,4%	30%
	Kankan	22%	23%	1,3%	5,9%	1,5%	24%
	Kindia	16%	31%	14,7%	89,6%	17,3%	36%
	Labé	23%	9%	-13,9%	-60,7%	-20,8%	7%
	Mamou	7%	10%	3,1%	45,6%	9,8%	11%
	N'Zérékoré	30%	29%	-1,3%	-4,3%	-1,1%	28%

L'évolution de l'utilisation des services de santé pour l'accouchement n'est pas suivie d'une prise en charge adéquate des nouveaux nés au regard des données qui précèdent, malgré les appuis apportés par le programme survie. En effet, les actions de renforcement des capacités en Soins Obstétricaux et Néonataux, à travers la mise à disposition des équipements SONU et l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires , la formation des prestataires de santé en SONU particulièrement en soins des nouveau-nés, la formation des techniciens en maintenance des équipements fournis et la conduite des activités de supervision et formation.

Au niveau de la formation, les entretiens conduits auprès des prestataires de santé dans les régions de Boké, Faranah et Nzérékoré montrent que le taux de personnels formés en SONU a connu un progrès entre 2012 et 2016. En effet, le taux de prestataires impliqués dans les activités de SONU était de 40% en 2012, 27% en 2013, 38% entre 2014 et 2015 et 67% en 2016, soit une progression de 40 points. Cette progression est plus faible pour la césarienne qui est passé de 33% en 2012 à 38% en 2016.

Malgré ces progrès enregistrés au niveau de la formation des agents en matière de SONU, les prestataires pensent que les capacités de prise en charge de qualité n'est pas optimale à cause de l'insuffisance de personnel de santé d'une manière générale et du pourcentage du personnel qualifié.

Concernant la disponibilité des intrants dans les centres de santé, l'indice de disponibilité déterminé à partir de la perception des prestataires montre une amélioration au niveau des médicaments, les matériels de SONU y compris les produits sanguins. L'indice de disponibilité des médicaments SONU a progressé de 12% entre 2013 et 2017 mais le niveau actuelle n'est pas très élevé (66%), l'indice de disponibilité des produits sanguins a augmenté de 26 points entre 2013 et 2017 mais le niveau actuel est encore faible (43%), l'indice de disponibilité des matériels SONU n'a pas significativement évolué entre 2013 et 2017 avec un niveau actuel relativement acceptable (68%). Les entretiens avec les responsables de la PCG et les autres partenaires du système de santé ont montré qu'il y a encore des défis à relever en matière de gouvernance dans la gestion des médicaments d'une manière générale.

Concernant la mobilisation et la participation communautaire, la gestion de la crise Ebola a apporté une impulsion en matière de partenariat avec les communautés pour un mouvement social pour le changement. S'appuyant sur cette opportunité, le Bureau de l'Unicef a mis en place en 2016 le SMS rapide pour surveiller la santé maternelle dans le pays. 496 décès maternels ont été signalés à partir de données recueillies et signalées par les centres de santé. Par la suite, des vérifications de la mortalité maternelle ont été menées et des recommandations ont été faites pour améliorer la prestation des services dans 42 centres de santé. En effet, les activités communautaires ont connu une augmentation avec un indice qui est passé de 50% en 2013 à 63% à partir de 2014. Le partenariat entre les formations sanitaires et les organisations communautaires ou ASC pour mener des activités communautaires ont connu également un progrès quantitatif avec un indice qui est passé de 63% en 2013 à 88% en 2017. L'analyse des capacités auprès des organisations à base communautaire a montré une insuffisance de capacités et une baisse de l'engouement favorisé par la riposte de la MVE. C'est ainsi que le Directeur régional de la santé rencontré à Nzérékoré pense qu'il est prioritaire de renforcer le leadership communautaire qui est un gage d'une pérennisation des interventions de la santé maternelle et infantile.

5.2.3.2 Consultations prénatales

Il ressort du tableau ci-dessous que le pourcentage des femmes enceintes vues en CPN4 qui était déjà faible en 2012 selon l'EDS-MICS 2012 (57 % dont 49 % en milieu rural et 77 % en milieu urbain) est passé à 51% en 2016 selon la MICS 2016 dont 40% en milieu rural et 71% en milieu urbain, soit une baisse de 6 point au niveau national correspondant à une décroissance moyenne annuelle de -3% entre 2012 et 2016. La cible de 85% en 2017 parait donc très ambitieuse.

Tableau 6 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes ayant réalisé au moins 4 CPN avant l'accouchement entre 2012 et 2016

Milieu/région		2012	2016	Différence de points entre 2012 et 2016	Taux variation sur la période 2012-2016	Taux moyen de progression annuelle sur la période 2012-2016	Projection 2017
Guinée		**57%**	**51%**	**-6%**	**-11%**	**-3%**	**49%**
Milieu	Urbain	77%	71%	-7%	-9%	-2%	69%
	Rural	49%	40%	-8%	-17%	-5%	38%

Le pourcentage des femmes enceintes ayant réalisé au moins 4 visites prénatales avant l'accouchement varie selon les régions sanitaires. En effet, la région de Conakry a enregistré le fort taux en 2016 (71%), les autres régions ont enregistré moins de 50% avec les plus faibles proportions dans les régions de Kankan (39%), Faranah (40%) et Mamou (44%). Ainsi donc, aucune région ne peut atteindre la cible de 90% en 2017.

L'insuffisance de l'utilisation adéquate des services de CPN par les femmes pendant la grossesse est reconnue par l'ensemble des acteurs au niveau opérationnel. Au niveau des centres de santé, les prestataires considèrent que les causes sont liées aux difficultés d'accès aux services, à l'insuffisance d'information et de sensibilisation des femmes sur l'importance de la CPN, à l'insuffisance voire l'absence de suivi communautaire et de la recherche active. Au niveau des DPS, les causes indiquées sont entre autre : l'insuffisance de la mobilisation sociale, la crise de confiance entre les agents de santé et la population à cause de la crise de la MVE. Les Directions régionales quant à elles, pensent que les causes majeures sont les normes sociales et l'insuffisance des intrants. Cette situation montre que les actions de renforcement de capacités des organisations communautaires dans le cadre de la riposte contre la MVE n'ont pas suffisamment été prises en compte dans le suivi des femmes enceintes ; les actions ayant plus ciblé les autres secteurs de la survie notamment l'eau et l'assainissement. Les postes de santé qui sont proches des populations rurales n'ont pas de moyens conséquents de fonctionnement.

Les formations sanitaires mènent très peu d'activités en stratégies avancée ou mobile intégrant les consultations prénatales avec un indice qui est passé de 28% à 38% entre 2013 et 2017.

L'analyse des entretiens avec les organisations communautaires montre que celles-ci participent de plus en plus au suivi de la grossesse avec un indice qui varie entre 47% et 77% entre 2013 et 2013. Cependant, les entretiens avec les organisations communautaires de base montrent que celles-ci ont des capacités organisationnelles et de gestion relativement faibles.

5.2.3.3 Consultations postnatales

Il ressort du tableau ci-dessous que le taux de consultation postnatale qui était déjà faible en 2013 selon l'EDS-MICS 2012 (30% dont 24 % en milieu rural et 47 % en milieu urbain) est passé à 47 % en 2016 selon la MICS 2016 dont 29% en milieu rural et 43% en milieu urbain, soit une hausse de 16 points au niveau national correspondant à une croissance moyenne annuelle de +11,5% entre 2012 et 2016.

Le taux de progression annuelle est estimé à 12% au niveau national, soit 5% en milieu rural et une baisse de 2% en milieu urbain. Malgré ce progrès en milieu rural, la cible fixée à 75% en 2017 ne sera pas atteinte. Le léger progrès de l'utilisation de services de santé après l'accouchement pour le suivi postnatal entre 2013 et 2016 a été soutenu par l'ensemble des acteurs rencontrés au niveau national, régional, dans les DPS et dans les formations sanitaires malgré la survenue de la crise Ebola entre 2014 et 2015.

La perception des centres de santé visités sur les consultations postnatales montre que l'indice d'utilisation est de 56% en 2013, 38% entre 2014 et 2015 et 63% entre 2016 et 2017, soit un progrès de 7 points entre 2013 et 2017. Cette évolution est aussi jugée faible par les prestataires de santé qui ont identifié les accusés qui sont entre autres l'insuffisance de sensibilisation, le manque de fréquentation des mamans à la 1ère semaine de l'accouchement à cause des normes socio-culturelles (Boké), à la non sortie des mamans avant leur baptême,

l'insuffisance de collaboration entre les agents de santé et la population. La mobilisation et la participation communautaires au niveau du suivi postnatal est quasiment inexistant.

Tableau 7 ; Taux de consultation postnatales entre 2012 et 2016

Milieu/région		2012	2016	différence de points entre 2012 et 2016	Taux variation sur la période 2012-2016	Taux moyen de progression annuelle sur la période 2012-2016	Projection 2017
Guinée		**30%**	**47%**	**16,4%**	**54,5%**	**12%**	**53%**
Milieu	Urbain	47%	43%	-3,3%	-7,1%	-2%	42%
	Rural	24%	29%	4,8%	19,9%	5%	30%
Région	Boké	33%	37%	4,3%	13,2%	3%	38%
	Conakry	47%	47%	-0,3%	-0,6%	0%	47%
	Faranah	31%	36%	4,7%	15,0%	4%	37%
	Kankan	25%	34%	9,6%	39,0%	8%	37%
	Kindia	20%	37%	16,5%	82,1%	17%	43%
	Labé	23%	19%	-4,7%	-20,2%	-5%	18%
	Mamou	9%	13%	4,1%	48,2%	10%	14%
	N'Zérékoré	40%	33%	-7,8%	-19,4%	-5%	31%

5.2.4 Produit 4 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant

D'ici fin 2017, au moins 80% des enfants (filles et garçons) de moins d'un an sont complètement vaccinés et 95% des enfants cibles sont couverts par les campagnes locales ou nationales contre la polio et la rougeole.

Tableau 8 : Matrice de la tendance des indicateurs du produit 3 de la composante santé de la mère et de l'enfant de 2012 à 2017

	Indicateur	EDS-MICS 2012	Référence 2013	Revue 2015	ECV 2016	MICS 2016	Cible 2017
1	% d'enfants (filles/garçons) complètement vaccinés	37%	ND	60%	53%	26%	80%

Ce résultat intérimaire concerne le renforcement du Programme Elargi de Vaccination en vue de maintenir les services de vaccination fonctionnels, intégrés aux autres services de santé de la mère et de l'enfant en routine, en stratégie fixe et avancée ; ainsi que l'appui aux campagnes nationales ou locales de vaccination en vue d'augmenter la couverture notamment pour la poliomyélite, la rougeole et le tétanos . Pour atteindre ce résultat le programme a visé :

- La mise en œuvre de l'approche ACD (Atteindre Chaque District) ;
- L'approvisionnement en vaccins, en matériel de vaccination et chaîne de froid ;
- L'organisation des activités foraines et mobiles ;
- L'organisation de semaines/journées nationales de la santé de la mère et de l'enfant ;
- L'appui à la Communication pour le Changement de Comportement et pour le Changement Social.

La proportion des enfants de 12-23 mois complétement vaccinés est passée de 36,5% en 2012 à 53% en 2016, soit une augmentation de 16,5 points correspondant à une progression relative 42,5% (11,3% en moyenne par an). ***Sur la base de cette progression, la couverture en 2017 sera de 59%, donc la cible ne sera pas atteinte en 2017***.

Les entretiens avec les DRS et les DPS ont montré qu'il y a dans l'ensemble une perception positive sur l'évolution de la performance du PEV en terme de couverture vaccinale malgré les effets de la crise de la MVE. La perception des centres de santé visités sur l'utilisation des services du PEV a montré que l'indice d'utilisation est de 72% en 2013, 56% entre 2014 et 2015 et 81% entre 2016 et 2017, soit un progrès de 9 points entre 2013 et 2017 sur la base de la tendance des couvertures administratives dont ils disposent tout en indiquant que les résultats obtenus sont insuffisants. Il existe selon eux des goulots d'étranglement qui entravent l'efficacité du PEV. Les causes des goulots d'étranglement concernent (i) la faible disponibilité des ressources humaines, (ii) l'insuffisance d'agents formés en PEV de routine, (iii) les ruptures de vaccins, (iv) l'insuffisance d'équipement et de fonctionnement de la CDF (iv) l'insuffisance voire le manque de financement pour les stratégies avancées, (v) la réticence due à l'Ebola, (vi) l'insuffisance de recherche active des enfants et des femmes enceintes, (vii) le mouvement saisonnier des populations vers les zones minières (Faranah).

A ces insuffisances identifiées pour les acteurs de terrain, il faut ajouter la disparité des données de couverture vaccinale provenant des enquêtes disponibles, du système spécifique de collecte des données du PEV et des données du SNIS. Une révision et une consolidation des données du PEV garantiraient leur fiabilité pour une prise de décision pertinente en vue du renforcement de cette couverture.

Tableau 9 :Evolution comparative des données administratives/officielles/estimations OMS/UNICEF pour le PENTA3 de 2001 à 2015

ANNEE			2011	2012	2013	2014	2015
Penta3	Adm. (PEV)		95	102	103	91	80
	Off. (SNIS)		85	102	90	60	60
	OMS/	UNICEF	63	63	63	51	51

La disponibilité de données de routine de qualité est nécessaire pour le monitorage en vue d'une meilleure surveillance de l'approche ACD. En effet, la mise en œuvre de l'ACD est réalisée dans tous les districts mais avec des difficultés identifiées par les acteurs de terrain et qui en constituent les causes des goulots d'étranglement notamment (i) l'insuffisance de personnel de santé en nombre et en qualité dans les CS ruraux, (ii) la faible capacité de stockage des districts et centres de santé 53% contre 80% requis, (iii) l'accessibilité géographique difficile de certains centres de santé en zone rurale (plus de 50 kms des communautés, mauvais état des routes, obstacles géographiques).

Les actions conduites par le programme dans le cadre du renforcement du PEV sont orientées pour réduire les effets des causes de goulots d'étranglement.

Concernant les ressources humaines, le Gouvernement a fait des efforts de recrutement de personnel de santé mais ces derniers n'ont pas souvent la formation adéquate pour assurer des services de qualité.

Concernant la formation, les entretiens conduits auprès des prestataires offrant les services de PEV ont montré que le taux de formation des agents impliqués dans la vaccination des enfants est passé de 31% en 2013 à 33% en 2016. Celui des agents impliqués dans la vaccination des femmes enceintes est passé de 30% en 2013 à 36% en 2016. Pour les agents impliqués dans la gestion des vaccins et des autres matériels de vaccination, ce taux est passé de 25% en 2013 à 45% en 2016. En ce qui concerne les agents participants aux campagnes de vaccination, le taux est passé de 63% en 2013 à 64% en 2016. Ces données montrent que le programme a plus contribué à la formation des agents, particulièrement à la gestion de la logistique de vaccination. Cependant les taux observés dans les régions visitées montrent que la formation constitue toujours un défi du programme.

Concernant la gestion de la logistique, la perception des agents de santé sur la disponibilité des vaccins et du matériel de vaccination a été appréciée. Ainsi le score de disponibilité des vaccins est de 75% en 2013 et 2016

(inférieur à 80%), le score de disponibilité des matériels de vaccination est de 79% et le score sur la disponibilité des boites de sécurité est de 96%. Ce qui montre que la question de la disponibilité des vaccins n'a pas été améliorée ou les causes liés à la disponibilité sont d'ordre structurel. En effet, au niveau central, l'utilisation d'un système informatisé SMT permet le suivi des stocks, mais la saisie des sorties ne se fait pas au jour le jour ce qui crée un décalage entre le stock théorique et le stock physique. Ce problème est dû à une insuffisance de personnel et de formation du personnel existant. La gestion des stocks n'est pas informatisée au niveau e la région et du district sanitaire. Elle est uniquement manuelle à travers le remplissage des registres ou fiches de stock, des bons de commande/livraisons pour les districts sanitaires et des centres de santé. Ces outils ne sont pas harmonisés et l'on note une insuffisance d'informations utiles comme l'état de la PCV, le numéro de lot, le fabricant, etc. Ceci qui indiquerait que la gestion des vaccins n'est pas efficace. En effet, l'évaluation de l'efficacité de la gestion des vaccins et de chaîne du froide, conduite en 2016, a montré qu'à tous les niveaux, les critères d'appréciation n'atteignent pas le seuil de 80% comme recommandée par l'OMS en dehors de la ''Capacité de stockage'' au niveau central qui a eu un score de 85%.

Concernant la maintenance de la CDF, le PEV bénéficie de l'assistance technique d'un technicien de la maintenance mis à disposition par Unicef. Le niveau régional bénéficie de l'appui technique de deux techniciens en maintenance préventive recrutés localement. L'absence de pièces de rechange constitue un problème majeur pour la réparation à temps des équipements en panne, tant au niveau du district sanitaire qu'au niveau du centre de santé.

Concernant la mobilisation et la participation communautaire, la gestion de la crise de l'Ebola a apporté une impulsion en matière de partenariat avec les communautés pour un mouvement social pour le changement. En effet, l'UNICEF a dans toutes les phases de l'évolution de la riposte par rapport à l'épidémie, apporté un appui à la coordination dans le domaine de la communication et de l'engagement communautaire à travers le déploiement de mobilisateurs sociaux internationaux et nationaux dans tous les foyers actifs, soutenu l'engagement communautaire à travers les plateformes communautaires au niveau des préfectures et des sous-préfectures et des Unités opérationnelles (130 au niveau des communes de Conakry) et des 2 549 membres de Comités de Veille Villageois. Cet appui a concerné aussi le renforcement des radios communautaires et le soutien en communication de toutes les campagnes de micro-cerclage. Il faut souligner la contribution importante des agences des nations unies (OMS, UNFPA, OIM), des ONG Nationales et Internationales (CDC, FICR, MSF, Internews, Media Impact, Relief international, Save the children, Fondation Hirondelle etc.) et des structures nationales.

Cependant, les entretiens avec les prestataires ont montré que la collaboration entre les centres de santé et les organisations communautaires a connu une évolution positive mais n'est pas encore systématique. En effet, 63% des centres de santé visités ont eu un partenariat avec des organisations communautaires en 2013 contre 75% entre 2014-2015 et 88% en 2016. Le PEV est pris en compte dans 88% des cas. Les entretiens avec les acteurs montrent une plus forte collaboration avec les organisations communautaires lors des AVS que les activités de vaccination de routine. La mise en œuvre du plan intégré de communication élaboré avec l'appui du programme prenant en compte la vaccination de routine, la surveillance des maladies cibles, les campagnes de vaccination de masse et l'introduction des nouveaux vaccins sera une opportunité de renforcer les capacités des organisations communautaires impliquées dans le PEV et la formation en communication des prestataires qui reste encore faible (dans les régions visités, 47% des prestataires impliqués dans le PEV sont formés en suivi communautaire des enfants et 35% sont formés pour le suivi des femmes enceintes.

5.2.5 Produit 5 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant

D'ici fin 2017, au moins 70% des enfants surtout ceux vivant dans les zones d'accès difficile, bénéficient d'une prise en charge sanitaire adéquate pour les pathologies prioritaires, notamment le paludisme, les Infections Respiratoires Aigües (IRA) et les maladies diarrhéiques y compris en situation d'urgence et au moins 50% des ménages connaissent et adoptent les Pratiques Familiales Essentielles de santé avec une implication des hommes et une participation accrue des femmes dans les décisions en matière de santé.

Tableau 10 : Matrice de la tendance des indicateurs du produit 5 de la composante santé de la mère et de l'enfant de 2012 à 2017

N	Indicateur	EDS-MICS 2012	Référence 2013	Revue 2015	MICS 2016	Cible 2017
1	Nombre d'AS formés/recyclés sur la promotion des pratiques familiales essentielles avec intégration de l'enregistrement des naissances	ND		910		2980
2	Proportion de ménages qui connaissent et adoptent sur les PFE	ND	ND	ND	ND	80%

Ce résultat intérimaire concerne le renforcement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) effective et de qualité. A ce niveau, les principales activités qui sont exécutées sont :

- L'approvisionnement en équipements nécessaires pour les postes de santé, les CS, les hôpitaux et les sites de PCIME Communautaire ;
- La formation du personnel de santé et communautaire en PCIMNE ;
- L'appui à la supervision des CS et des postes de santé en vue de maintenir les services de vaccination fonctionnels, intégrés aux autres services de santé de la mère et de l'enfant en routine en stratégie fixe et avancée.

5.2.5.1 Renforcement de la PCIME clinique

Malgré la crise de la MVE, l'UNICEF en partenariat avec d'autres intervenants a appuyé l'introduction de la PCIMNE clinique et communautaire dans 17 districts sanitaires (Dubréka, Coyah, Forécariah, Boffa, Fria, Dabola, Mandiana, Beyla, Mali, Labé, Koubia, Nzérékoré, Kankan, Koundara, Gaoual, Teleméle et Labé) depuis 2014. La mise à disposition des médicaments PCIMNE dans les structures sanitaires et l'implication des agents communautaires ont permis d'assurer la prise en charge et la référence de 54 840 enfants pour le paludisme, de 14 406 pour la diarrhée, de 44 913 pour les IRA et de 19 558 pour la MAS dont 11 069 dépistés et référés par les agents communautaires. La distribution de plus de 3 000 000 de MILDA lors du volet 3 de la campagne de distribution financée par le Fonds Mondial, la BID et PMI en vue du renforcement de la lutte contre le paludisme.

Ces efforts sont bien appréciés par les acteurs du système de santé au niveau central, intermédiaire et au niveau opérationnel mais ils considèrent qu'il y a encore des défis à relever. En effet, sur la base des entretiens organisés avec les centres de santé, l'utilisation des services de PCIME reste faible avec un léger accroissement. En effet, le score d'utilisation est passé de 63% en 2013 (inférieur à 80% qui est le seuil) à 59% entre 2014 et 2015 et à 69% en 2016. Par ailleurs, la qualité de cette prise en charge ne serait pas systématiquement garantie si l'on s'en tient aux causes de la faible utilisation citées par les DRS, DPS et centres de santé qui sont entre autres (i) la survenue de l'épidémie Ebola, (ii) la faiblesse des compétences des personnels en charge de cette PCIME, (iii) le manque de supervision intégrée, (iv) l'insuffisance de

disponibilité et d'analyse de données et de monitorage , (v) l'insuffisance d'intégration des activités de PCIME et PCIMA malgré les directives et les protocoles de PEC, (vi) l'existence des structures clandestines, (vii) la rupture de médicaments et intrants, (viii) l'insuffisance d'actions communautaires, le retrait de l'ONG AACG à Lola à titre illustratif.

Concernant le renforcement de capacités des prestataires, les entretiens conduits auprès des prestataires montrent que les acteurs des niveaux central, régional et opérationnel sont tous unanimes que la formation en matière de PCIME est insuffisante et que les postes de santé n'ont pas été couvertes par les formations. Au niveau de centres de santé, 13% des prestataires impliqués dans les activités de PCIME ont été formés avant 2013, 38% en 2013, 50% entre 2014 et 2015 et 41% en 2016, ce qui montre une évolution positive entre 2013 et 2016 même si la couverture est insuffisante. La supervision est jugée également insuffisante et non intégrée par les acteurs du niveau central. Cependant, les entretiens portant sur les dernières supervisions des prestataires dans les centres de santé montrent que celles-ci, conduites par les DPS dans certains centres de santé sont intégrées et prennent en compte aussi bien la PCIME et les autres activités de SMI et la nutrition même si les rapports des superviseurs ne sont pas systématiquement transmis aux centres de santé supervisés.

Concernant l'approvisionnement en matériels et médicaments pour la PCIME clinique, il ressort des entretiens réalisés auprès des formations sanitaires que la disponibilité s'est relativement améliorée. En effet, le score de disponibilité est passé de 86% en 2013 à 91% en 2017 selon les prestataires. Le score de disponibilité de la moustiquaire imprégnée est passé de 57% en 2013 à 81% en 2017, celui des autres matériels et équipements de la prise en charge des enfants est passé de 86% en 2013 à 94% en 2017. Malgré ces performances, les acteurs pensent qu'il faut poursuivre les efforts pour améliorer l'approvisionnement en médicaments et autres matériels de prise en charge des enfants et des nouveaux nés.

5.2.5.2 Renforcement de la PCIME communautaire

Concernant la PCIME communautaire, la performance attendue est d'avoir au moins 80% des ménages qui adoptent les pratiques familiales recommandées. Il s'agit entre autres de (i) l'allaitement et l'alimentation de l'enfant, (ii) du traitement et du recours aux soins en cas de Diarrhée, de l'IRA et de la fièvre, (iii) de l'utilisation de la moustiquaire imprégné, (iv) du lavage des mains et de la vaccination. Bien qu'il n'existe pas d'indicateur composite qui mesure la proportion de ménages qui adoptent les PFE, les enquêtes EDS et MICS permettent d'avoir des indicateurs séparés sur les pratiques familiales recommandées présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Performance en matière d'adoption de pratiques familiales recommandées entre 2012 et 2016

		2012	2016	Taux variation sur la période 2012-2016	Taux moyen de progression annuelle sur la période 2012-2016
l'allaitement et l'alimentation de l'enfant	**Pourcentage des derniers-nés nés vivants au cours des 2 dernières années qui ont été allaités au sein, dans l'heure qui a suivi la naissance**	17%	**34%**	104%	**19,5%**
le traitement et la recours aux soins en cas de Diarrhée, IRA et Fièvre	**%d'enfants âgés de 0-59 mois avec diarrhée dans les deux dernières semaines pour qui un conseil ou un traitement a été recherché, dans un centre de santé**	38%	**58%**	53%	**11,2%**
	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois avec diarrhée dans les deux dernières semaines et traitement avec sels de réhydratation orale (SRO), liquides maison recommandés et zinc	52%	**47%**	-10%	**-2,5%**
	Pourcentage d'enfants âgés 0-59 mois avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou traitement ont été	37%	**30%**	-21%	**-5,6%**

	recherchés, par source des conseils ou traitement				
	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois avec fièvre dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés, selon la source des conseils ou traitement	33%	42%	27%	**6,1%**
l'utilisation de la moustiquaire imprégné	**Pourcentage d'enfants qui ont dormi sous MII la nuit dernière dans les ménages qui ont au moins une MII**	26%	79%	206%	**32,3%**
	Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière dans les ménages avec au moins une MII	28%	83%	197%	**31,3%**
le lavage des mains	**Pourcentage de ménages avec lieu spécifique pour le lavage des mains où de l'eau et du savon ou autre produit nettoyant sont présents**	22%	13%	-42%	**-12,8%**
Vaccination des enfants	**Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu**	37%	**26%**	-28%	**-7,9%**

Il ressort du tableau ci-dessus que des progrès sont observés au niveau de l'allaitement maternel, du recours aux services de santé en cas de diarrhée ou de fièvre chez l'enfant, de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée par l'enfant. Par contre des progrès n'ont pas été observés au niveau du traitement recommandé de la diarrhée, des IRA, de la vaccination des enfants et du lavage des mains.

Les entretiens auprès des organisations communautaires ont montré une insuffisance de capacités des organisations communautaires à conduire des actions auprès des familles malgré la mobilisation apportée lors de la crise de la MVE qui est marqué par l'accroissement des partenariats avec les organisations communautaires à travers des scores qui sont passé de 63% en 2013 à 88% en 2016 selon la perception des centres de santé. Par ailleurs, les DRS et les DPS ont relevé lors des entretiens que le maintien de la dynamique de mobilisation sociale, favorisée par la riposte contre Ebola, constitue un défi majeur. Ces inquiétudes dénotent certainement d'une insuffisante appropriation de la mobilisation sociale par le niveau régional et opérationnel du système de santé indispensable au succès d'un programme si complexe telle que la mise en place d'une approche communautaire intégrée.

Etant donnée qu'un certain nombre des résultats attendus du programme UNDAF dépend de cette initiative communautaire, et malgré que d'autres agences appuient des programmes nationaux appelés à utiliser cette approche, il reste que l'UNICEF est retenue à l'UNDAF comme l'agence leader pour la coordination des appuis liés à la mise à échelle de cette approche communautaire; il sera donc nécessaire de revitaliser cette approche en l'instituant de manière formelle, en impliquant tous les niveaux et en renforçant les volets de planification opérationnelle et de supervision régulière.

5.2.6 Produit 6 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant

Ce résultat intermédiaire attendue stipule qu'en 2017, la préparation et la réponse aux épidémies et autres urgences sont assurées.

Tableau 12 : Etat de la préparation et de la réponse aux urgences

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Existence d'un stock de contingence sante	*ND*	*ND*		*TBD*
Proportion de femmes et enfants affectes et ayant obtenu les items essentiels	*ND*	*ND*		*80%*

Les activités de préparation aux urgences (formations, plans de contingence, etc.) ont été mises en veille à partir de 2014 à cause de la vacance du poste de Spécialiste des Urgences. Cependant l'Unicef a appuyé le gouvernement à répondre à plusieurs urgences : (i) réponse aux inondations et à la crise nutritionnelle dans la région de Kankan et à Beyla, (ii) la crise intercommunautaire à Nzérékoré et (ii) la réponse aux épidémies de rougeole.

Concernant la réponse aux inondations et à la crise nutritionnelle dans la région de Kankan et à Beyla les actions ont permis (i) le dépistage de 7 627 enfants de moins de 5 ans avec MAS et la prise en charge dans les centres approvisionnés en intrants nutritionnels et médicaments essentiels, avec 96% de guérison, (ii) la réhabilitation complète de 7 points d'eau et la construction de trois nouveaux, (iii) la couverture de 5 255 ménages, soit environ 36 785 personnes des zones touchées par les inondations dotées en chlore et en savon dans le cadre de la promotion de l'hygiène et du traitement de l'eau à domicile.

Concernant la réponse à la crise intercommunautaire à Nzérékoré, les réponses suivantes ont été apportées: (i) 600 ouvrages réhabilités, dont 300 points d'eau et 300 latrines, (ii) 22 Pompes à Motricité Humaine (PMH) réparées, (iii) 3,080 ménages victimes des conflits dotés de 61,600 morceaux de savon et de 15,400 flacons de chlore en 2014.

Concernant la réponse aux épidémies, on note la vaccination de 1.425.296 enfants de 6 mois à 9 ans contre la rougeole dans les districts sanitaires de Kaloum, Dixinn, Coyah, Dubreka, Boké, Kissidougou, Kerouané, Forecariah, Boffa, Lélouma, Friah, Mamou, Dalaba, Dabola, Kindia et Mandiana, entre Février et Mars 2014, permettant ainsi une couverture vaccinale administrative supérieure à 95% dans les tous les districts sanitaires (100%).

5.2.7 Produit 7 de la sous-composante santé de la mère et de l'enfant

D'ici 2017, la préparation et réponse à l'épidémie Ebola, la relance du système de santé et renforcement de la résilience communautaire sont assurés.

Tableau 13 : Evolution du nombre d'unités d'isolement construites et équipées

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Nombre d'unités d'isolement construites et équipées	ND	ND		6

Ce résultat intermédiaire a été pris en compte par le programme suite à la revue de 2015 et dans la perspective du renforcement de la résilience post-Ebola. 6 unités d'isolement sont construites et équipées

5.3 Composante Nutrition

Le changement attendu par la composante nutrition est : *D'ici 2017, la malnutrition infantile et maternelle est réduite chez les plus vulnérables et les ménages adoptent les comportements favorables à la bonne nutrition et hygiène alimentaire*.

Les résultats intermédiaires constituant les quatre produits attendus de cette composante sont :

5.3.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante nutrition pour la survie

A -Points positifs

1. Le programme a fortement contribué au renforcement de la coordination nationale de la nutrition à travers l'appui au comité technique Ntu A/GTN, l'élaboration ou la révision normatifs de la nutrition, comme la politique nationale de nutrition avec l'élaboartion et la validation du plan multisectoriel de lutte contre la malnutrition, la validation et la diffusion des normes de ANJE ;
2. Le renforcement de la mobilisation des ressources particulièrement le plaidoyer de haut niveau est réalisé en vue d'obtenir l'ouverture d'une ligne budgétaire de l'Etat spécifique pour la nutrition, avec de bonnes perspectives
3. Le développement des capacités, le programme soutient le programme de formation des étudiants en master nutrition
4. La mise à jour de la situation nutritionnele à travers les enquêtes SMART, la cartographie des actions
5. Les appuis apportés par le programme ont fortement contribué à une appropriation progressive des interventions observée chez l'ensemble des acteurs de la partie nationale à l'amélioration des ressources pour la nutrition.
6. L'augmenttaion significative des prestataires impliqués dans la réhabilitation des cas de malnutrition modérée et sévère
7. L'augmenttaion de la disponibilité en intrants dans les structures sanitaires ;
8. Forte implication du programme dans le processus de fortification est en cours avec la redynamisation de l'Alliance Guineene pour la fortification (AGFA).
9. L'appui au renforcement de capacité des contrôleurs du ministère du commerce au contrôle de la qualité du sel iodé et dotés avec de Icheck-Iodine a commcer à avoir des résultats positif avec l'augmentation signification de la consommation du sel iodé.
10. La mise en œuvre des actions de renforcement des capacités des organisations communautaires, particulièrement des groupements féminin pour la promotion de l'alimentation complémentaire adéquate pour les enfants de 6 à 24 mois

B- Points à améliorer ou à renforcer

1. L'engagement financier de l'Etat évalué à 7 612 903 USD sur les 5 ans, représentent environ 0,09% des budgets moyens cumulés sur 5 ans si l'on considère le budget estimé à 1,8 milliards USD en 2017, ce qui est très faible par rapport à la cible de 3% adopté par le programme pour la composante nutrition.
2. Les données sur la nutrition ne sont pas bien intégrées au SNIS qui connait d'ailleurs des difficultés de fonctionnement en termes de promptitude et de complétude des rapports ;
3. Il existe des pésanteurs socio-culturelles en matière d'habitudes alimentaires qui freinent l'applicaltion des recommandations et aussi des considérations de genre qui font que les hommes ont une faible implication dans la prise en charge et les soins des nouveaux nés et aux enfants à domicile ;
4. Insuffisance d'intégration des activités de lutte contre la manultrition et les activités d'EHA au niveau communautaire en une amélioration efficace des PFE ;
5. une faible capacité organisationnelle des organisations communautaires et particulièrement des groupement féminins pour la conduite des activités
6. l'absence d'intervention visant à renforcer l'autonomisation des femmes à travers la mise en œuvre de micro-projets d'AGR ;
7. le faible fonctionnement du système de référence et de contre référence pour une meuillere prise en charge de la malnutrution aigüe.

5.3.2 Produit 1 de la sous-composante nutrition

D'ici fin 2017, le soutien financier national accordé à la lutte contre la malnutrition est accru de 10 points de pourcentage.

Tableau 14 : Evolution du pourcentage du budget de l'Etat alloué à la nutrition

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
% du Budget de l'État alloué aux activités nutrition	*ND*	*ND*		*3%*

Pour atteindre ce résultat intérimaire les principales actions ciblées sont :

- La coordination des acteurs de la Nutrition
- L'élaboration/Révision des documents normatifs de la Nutrition
- la mobilisation des ressources
- Le développement des capacités

Concernant l'appui à la coordination des acteurs de la nutrition, (i) 28 réunions de réunions de coordination de comité technique Ntu A/GTN ont été organisés entre 2013 et 2016 sur 40 prévues par le programme, soit un taux de réalisation de 70% ; (ii) 8 groupes techniques régionaux ont été mis sur pied, (iii) le programme a soutenu 44 réunions, (iv) un appui est apporté au mouvement SUN et à l'initiative REACH par le recrutement d'un facilitateur national et international en partenariat avec l'OMS, le PAM et la FAO. Ces actions ont permis de renforcer la coordination nationale de la nutrition.

Concernant l'élaboration ou la révision normatifs de la nutrition, le programme a contribué à l'élaboration de la politique nationale de nutrition avec l'élaboration et la validation du plan multisectoriel de lutte contre la malnutrition, la validation et la diffusion des normes de ANJE (Alimentation et Nutrition du jeune Enfant), l'élaboration de normes de lutte contre la carence en micronutriments, la révision du protocole national de lutte contre la malnutrition aigüe ainsi que le processus de rectification et de mise en application du code d'utilisation de substitut de lait maternel en cours. Le programme a également redynamisé la plateforme multisectorielle par l'organisation de réunions bimensuelles depuis 2016.

Au titre du renforcement de la mobilisation des ressources, il faut noter d'une manière générale la forte dépendance du financement extérieur mais aussi le caractère multisectoriel de la nutrition qui ne facilite pas une meilleure évaluation de la contribution financière de l'Etat en dehors des dépenses liées aux ressources humaines payées par l'Etat qui travaillent dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation ainsi que les cours d'amortissement des installations des structures nationales. C'est ainsi qu'avec l'appui du programme, la Politique Nationale de Nutrition/alimentation a été révisée et un plan stratégique triennal a été adopté. Le coût du plan stratégique multisectoriel d'alimentation et de nutrition est estimé à 47 672 887 USD sur la période 2016-2020. L'analyse budgétaire basée sur les intentions de financement a permis d'estimer à 27 872 216 USD les montants qui sont prévus pour être dépensés sur la période des cinq années de mise en œuvre représentant 58% des besoins de financement, soit un gap de 19 800 671 USD. Sur la Période, les prévisions budgétaires de l'UNICEF arrivent en tête avec 45% (12 636 380 USD) des montants globaux des prévisions. L'UNICEF est suivi par le Gouvernement Guinéen avec 27% (7 612 903 USD) du montant total des prévisions de la période. En troisième position, on trouve le PAM avec 14% (soit 3 926 867 USD) du montant total suivi de Helen Keller International 6% (soit 1 585 460 USD) ensuite l'Agence Française de Développement 4% (soit 31 065 414 USD) et de TERRE DES HOMMES 3% (soit 2737 746 USD). Le FIDA et la BAD ferment la marche avec des montants absolus prévus respectivement 187 446 USD et 120 000 USD sur la période.

Un plaidoyer de haut niveau est réalisé en vue d'obtenir l'ouverture d'une ligne budgétaire de l'Etat spécifique pour la nutrition, avec de bonnes perspectives. La Guinée a aussi adhéré au mouvement SUN et à l'initiative REACH au cours de l'année 2013. Il faut toutefois noter que l'engagement financier de l'Etat évalué à 7 612 903 USD sur les 5 ans, représentent environ 0,09% des budgets moyens cumulés sur 5 ans si l'on

considère le budget estimé à 1,8 milliards USD en 2017, ce qui est très faible par rapport à la cible de 3% adopté par le programme pour la composante nutrition.

Concernant le développement des capacités, le programme soutient le programme de formation des étudiants en master nutrition dans la révision de curricula afin de répondre aux normes standard et de faciliter les échanges avec d'autres universités. C'est ainsi que plus de 68 étudiants sont formés ou en formation bénéficient du curriculum révisé. Aussi, plus de 9 séminaires ont été organisés en milieu universitaire en appui à l'enseignement supérieur et à l'adaptation du programme de master au besoin du pays. C'est dans ce même cadre que 12 projets de recherches ont été appuyés entre 2015 et 2016 dans le cadre du master nutrition. Les états généraux de la Nutrition ont été également organisés avec l'appui du programme en 2016.

Pour la mise à jour de la situation nutritionnelle, il faut noter que les données sur la nutrition ne sont pas bien intégrées au SNIS qui connait d'ailleurs des difficultés de fonctionnement en termes de promptitude et de complétude des rapports. La réalisation de l'enquête SMART chaque année est donc le moyen pour mettre à jour les indicateurs sur la nutrition. L'enquête SMART a été réalisée en 2015, la cartographie des interventions nutritionnelles a été également conduite par le programme.

Ces différentes actions relatives à ce résultat intermédiaire ont été efficaces. La tendance à une appropriation progressive des interventions est observée chez l'ensemble des acteurs de la partie nationale à l'amélioration des ressources pour la nutrition.

5.3.3 Produit 2 de la sous-composante nutrition

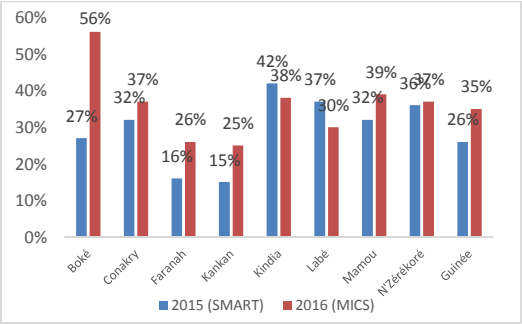
D'ici fin 2017, le taux d'allaitement maternel exclusif est accru de 10 points de pourcentage et le taux d'alimentation de complément adéquat de 15 points de pourcentage.

Tableau 15 : Evolution des indicateurs relatifs à l'allaitement de 2012 à 2017

	Indicateur	EDS-MICS 2012	Référence 2013	Revue 2015	SMART 2015	MICS 2016	Cible 2017
1	Taux de couverture de l'allaitement maternel	21%	18%	21%	26%	35%	30%
2	Nombre de communautés certifiées Amies des bébés	ND	ND	0		ND	40
3	Taux de couverture d'alimentation complémentaire adéquate		4%	4%		3%	20%

Ce résultat intermédiaire de la composante nutrition pour la survie a prévu (i) la promotion de l'allaitement maternel exclusif de enfants de 0 à 6 mois et (ii) la promotion de l'alimentation complémentaire adéquate pour les enfants de 6 à 23 mois comme principales axes d'intervention du programme.

Au niveau de la pratique de l'allaitement maternel exclusif par les mères, la progression de l'AME a été plus rapide que prévue si nous considérons les données de la MICS de 2016. En effet, le taux d'AME est estimé à 35% en 2016 au niveau national alors que la cible fixée en 2017 est de 30%. Cette cible est atteinte au niveau rural (32%) et au niveau 43%. Cependant, ce taux connait des disparités régionales. En effet, sur la base des données de la MICS 2016, la cible n'est pas atteinte dans les régions de Kankan (25%) et de Faranah (26%) et les taux les plus élevés sont observés à Boké (56%), Mamou (39%) et Kindia (38%). Sur la base des données d'enquête SMART 2015, les régions de Kankan (15%) et de Faranah (16%) ont les taux d'AME les plus faibles.



Cette performance, observée au niveau de l'AME jusqu'à 6 mois, est le résultat de la mise à échelle de l'initiative Hôpitaux amis des Bébés : le nombre hôpitaux et de centres de santé certifiés est passé de 5 en 2013 à 20 en 2015 puis à 40 en 2016 et l'organisation de la SMAM dans les 8 régions sanitaires en 2016. Les entretiens avec les acteurs au niveau régional et opérationnel ont montré l'insuffisance d'AC pour sensibiliser les familles sur l'allaitement maternel.

Concernant la promotion de l'alimentation complémentaire adéquate pour les enfants de 6 à 24 mois, le programme a permis (i) de recenser et d'accompagner 600 groupements féminins entre 2013 et 2016, (ii) de former 2500 agents communautaires pour la promotion des AEN et des PFE à travers l'outil boite à image, (iii) de superviser les activités communautaires d'ANJE, (iv) de sensibiliser 2000 groupements féminins à la diversification alimentaire. Ces actions restent insuffisantes au regard des pratiques des ménages en matière d'ANJE. En effet, selon les données de l'enquête MICS de 2016, 9% des enfants de 6-23 mois bénéficient d'une diversité alimentaire minimale et seulement 3% bénéficient d'un régime alimentaire minimum acceptable. Les entretiens avec 40 organisations communautaires montrent (i) une insuffisance de capacités (20% des organisations communautaires rencontrées ont reçu une formation sur la nutrition), (ii) une faible capacité organisationnelle et de conduite des activités (25% sont formées en organisation associative), iii) une insuffisance d'intégration des activités communautaires (57% sont impliqués dans les activités communautaires sur la nutrition alors que 74% mènent des activités de sensibilisation sur l'eau et l'assainissement). En matière de PFE , les organisations communautaires rencontrées pensent qu'il existe des pesanteurs socio-culturelles en matière d'habitudes alimentaires qui freinent l'application des recommandations et aussi des considérations de genre qui font que les hommes ont une faible implication dans la prise en charge et les soins des nouveaux nés et aux enfants à domicile.

5.3.4 Produit 3 de la sous-composante nutrition

D'ici 2007, la couverture en supplémentation en Vitamine A est supérieure à 90%, la couverture en déparasitage est supérieure à 90% et la proportion des ménages consommant du sel iodé est supérieure à 75%.

Tableau 16 : Evolution de la supplémentation en vitamine A

N	Indicateur	EDS-MICS 2012	Référence 2013	Revue 2015	SMART 2015	MICS 2016	Cible 2017
1	Taux de couverture en vitamine A	41%	41%	76%	69%		80%
2	Taux de couverture en mebendazole		30%	74%	68%		80%
3	Proportion de ménages consommant le sel iodé	64%	ND	64%		81%	80%

Pour atteindre ce résultat intérimaire les principales actions ciblées sont :

- la supplémentation en micronutriments ;
- la fortification alimentaire et l'iodation du sel de consommation ;

Concernant la supplémentation en micronutriments, le programme a contribué à l'organisation de campagnes annuelles de vitamine A et de déparasitage ; le renforcement de la supplémentation en vitamine A en routine dans les centres de santé, le déparasitage dans les écoles et la supplémentation en FAF des femmes enceintes et allaitantes. Ces activités sont conduites en partenariat avec le MS (PEV, DAN, DRS) et HKI.

Entre 2014 et 2015, malgré la suppression des Journées Nationales de Vaccinations (Polio, Vitamine A, Déparasitage) à cause de l'épidémie à fièvre hémorragique Ebola, la stratégie d'intensification de la vaccination de routine a permis de supplémenter en Vitamine A, 315,936 filles et 278,942 garçons de 6-59 mois et de déparasiter 256,463 filles et 233,384 garçons de 12-59 mois dans 19 préfectures. 80% des femmes enceintes ont reçu des capsules de fer /acide folique.

Le taux de couverture des enfants en vitamine A est passé de 41% en 2013 à 76% en 2015, soit une augmentation de 35 points. L'enquête SMART a montré que 68% des enfants de 6-59 mois ont été supplémentés en vitamine A. La couverture en supplémentation est plus faible dans les régions de Faranah (57%) et Kankan (64%).

Le taux de couverture des enfants en mebendazole est passé de 30% en 2013 à 74% en 2015, soit une augmentation de 44 points. Ce taux est proche de la cible fixée à 80% en 2016.

Les entretiens avec les DRS, DPS et les formations sanitaire ont montré une perception de satisfaction relative à l'évolution des activité de supplémentation de la vitamine A.

Tableau 17 : Taux de couverture de la vitamine A

Région	2012	2015	différence de points	Taux variation	Taux moyen de progression annuelle
Guinée	**41%**	69%	**28%**	**68%**	**18,8%**
Boké	32%	72%	40%	122%	**30,4%**
Conakry	56%	80%	25%	44%	**12,9%**
Faranah	57%	57%	0%	1%	**0,2%**
Kankan	28%	64%	37%	131%	**32,2%**
Kindia	33%	66%	33%	102%	**26,3%**
Labé	55%	77%	22%	40%	**11,9%**
Mamou	19%	66%	47%	248%	**51,6%**
N'Zérékoré	45%	79%	35%	77%	**21,1%**

Concernant la fortification alimentaire et l'iodation du sel, Les contrôleurs du ministère du commerce ont été formés au contrôle de la qualité du sel iodé et dotés de Icheck-Iodine, le processus de fortification est en cours avec la redynamisation de l'Alliance Guinéenne pour la fortification (AGFA). La consommation du sel iodé par les ménages a connu une nette évolution entre 2012 et 2016. En effet, la proportion de ménages qui consomment le sel iodé est passé de 64% en 2012 (EDS-MICS 2012) à 81% en 2016 (MICS2016). Ce qui montre que la cible de 2017 est atteinte. Cependant nous notons que cette cible de 80% n'est pas atteinte dans les régions de Kindia (65%), Boké (70%) et Conakry (78%).

Tableau 18 : Pourcentage des ménages qui consomment le sel iodé

Milieu/région		2012	2016	différence de points entre 2012 et 2016	Taux variation sur la période 2012-2016	Taux moyen de progression annuelle sur la période 2012-2016
Guinée		**64%**	**81%**	**17%**	**26%**	**6%**
Milieu	Urbain	61%	82%	20%	33%	7%
	Rural	66%	81%	16%	24%	5%
Région	Boké	38%	70%	32%	84%	16%
	Conakry	57%	78%	21%	37%	8%
	Faranah	65%	85%	20%	30%	7%
	Kankan	87%	97%	10%	12%	3%
	Kindia	46%	65%	19%	42%	9%
	Labé	77%	82%	5%	6%	1%
	Mamou	56%	85%	29%	51%	11%
	N'Zérékoré	85%	90%	5%	6%	1%

5.3.5 Produit 4 de la sous-composante nutrition

D'ici fin 2017, la prévalence de la malnutrition aigüe est réduite de 3 points de pourcentage et les urgences adéquatement préparés.

Tableau 19 : Evolution de la prévalence de la malnutrition

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
% des hôpitaux et CS publics intégrés et fonctionnels en CRENAS et CRENI	*15%*	*75%*		*100%*
% de CS ayant inclut dans le paquet de services offerts l'éducation nutritionnelle	*5%*	*30%*		*80%*

Ce résultat intermédiaire de la composante nutrition pour la survie est relatif à l'amélioration de la qualité de la prise en charge à travers (i) l'appui à Intégration de tous les Centres de Santé en CRENAS et de tous les hôpitaux en CRENI, (ii) la formation/recyclage à la détection précoce de la malnutrition et sur la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère : 40 formateurs nationaux et régionaux formés sur 60 prévus jusqu'en fin 2017, 500 prestataires des centres de santé formés/recyclés à la prise en charge de la MAS ; la formation et l'accompagnement des AC à le détection précoce de la malnutrition. ; (iii) l'approvisionnement en intrants de toutes les structures de prise en charge (ATPE, Lait thérapeutique, médicaments pour la prise en charge systématique et spécifique, outils de gestion…), (iv) Appui à l'éducation nutritionnelle et aux démonstrations culinaires dans les CS, (v) Supervisions formatives conjointes niveau périphérique, (vi) le Renforcement des consultations prénatales incluant la supplémentation en fer-acide folique pour les femmes enceintes.

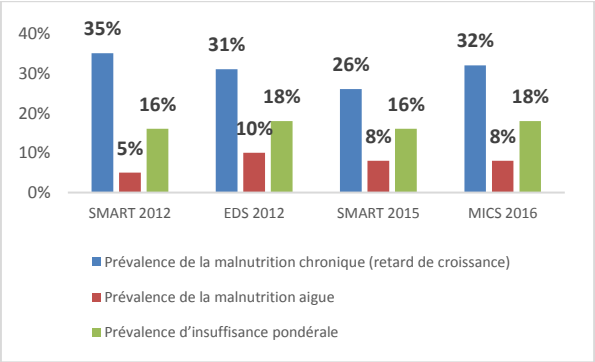
Concernant l'intégration de la nutrition dans les formations sanitaires, toutes les 22 formations sanitaires réalisent des activités sur la nutrition et les entretiens auprès de 40 prestataires de santé montrent que le pourcentage des prestataires impliqués dans la réhabilitation nutritionnelle est passé de 11% en 2013 à 19% en 2016, ceux impliqués dans le counseling sur la nutrition est passé de 16% à 29%.

Concernant la formation, les entretiens ont montré que le taux de formation des prestataires impliqués dans les activités de nutrition a augmenté entre 2013 et 2017. En effet, le pourcentage des prestataires impliqués dans la réhabilitation des cas de malnutrition modérée formés pour cette activité est passé de 33% en 2013 à 91% 2017, le pourcentage de ceux qui sont impliqués dans la réhabilitation des cas de MAS sans complication ou avec complication est passé de 67% en 2013 à 100% en 2017.

Concernant la disponibilité des intrants dans les structures de santé, le score de disponibilité est passé de 53% en 2013 à 78% en 2017 (un peu moins de 80% qui est le seuil d'efficacité). Cette situation pourrait s'expliquer en partie par les faibles capacités de gestion des intrants. En effet, seulement 40% des personnes impliquées dans la gestion des intrants sont formées à la gestion des intrants pour les activités nutritionnelles même si ce pourcentage s'est améliorée dans le temps (20% en 2013 sont formés en gestion des intrants).

Concernant l'éducation nutritionnelle, dans les centres de santé, le pourcentage des prestataires formés en counseling sur la nutrition est passé de 44% en 2013 à 75% en 2016 et 50% en 2017. L'insuffisance de couverture de la formation en counseling et les ruptures des intrants ont certainement un effet négatif qur la qualité des prestations.

La prévalence de malnutrition aigüe est passée de 5% (SMART) en 2012 à 8% en 2015 (SMART), soit une augmentation de 3 points. Si l'on considère les données de l'INS, la prévalence de la malnutrition aigüe est passée de 10% en 2012 (EDS-MICS) à 8% en 2016 (MICS), soit une baisse de 2 points. Lorsqu'on considère les données de l'enquête SMART 2015, la plus forte prévalence de la MAG est retrouvée dans la région de Kankan (9%) et particulièrement dans la DPS de Suigiri avec un taux de 14,5%. Les données de la MICS 2016 montrent que la région de Nzérékoré a la plus forte prévalence (12%). Selon les tranches d'âge, la prévalence de la MAG est plus élevée chez les enfants de 6-11 mois (11,2%) et 12-23 mois (10,9%). Les données de l'enquête MICS 2016 montre également les enfants de 6-11 mois (12,7%) et les enfants de 12-23 mois (10,4%) sont les plus malnutris. Ces données confirment ainsi l'insuffisance dans la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois.



La situation nutritionnelle n'a pas connu une amélioration significative au regard des données disponibles. Cette situation pourrait être expliquée par des informations recueillies auprès des acteurs du système de santé. Ainsi, avec la faible utilisation des services de PCIME clinique, la majorité des enfants souffrant de malnutrition n'ont pas accès aux services de santé malgré les actions des AC formés à la détection précoce de la malnutrition. En effet, sur la base des entretiens organisés avec les DRS , DPS et les formations sanitaires, la perception d'une amélioration de la nutrition est considérée comme un acquis mais encore insuffisant.

Pour les acteurs nationaux et les partenaires, la réduction de la malnutrition et sa prise en charge est un des acquis de la mise en œuvre du programme. Pour eux, l'intérêt de l'engagement de l'Etat pour la question de la nutrition et la synergie d'action entre l'ensemble des parties prenantes permettra une riposte adaptée pour le bien être de la société guinéenne.

Les entretiens ont montré que certains facteurs contrarient la nutrition pour la survie de l'enfant. Il s'agit principalement de (i) l'insuffisance de communication et d'information sur le bon usage des produits alimentaires, (ii) le faible dépistage des enfants par les AC, (iii) le manque de sensibilisation, l'ignorance des populations sur l'intérêt de la nutrition pour la santé et (iv)l'absence d'outils harmonisés au niveau national pour suivre et évaluer continuellement les progrès dans le domaine en dehors des enquêtes sont plus coûteuses et périodiques.

5.4 Composante Enfant et VIH

D'ici 2017, les enfants (incluant les adolescents) et les femmes surtout les plus vulnérables ont accès et utilisent les interventions à haut impact appropriées pour réduire la transmission, la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA et éliminer la transmission.

5.4.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante enfant et VIH

A -Points positifs

1. La réalisation d'une note conceptuelle a été élaborée et le processus d'élaboration d'un plan d'action opérationnel de la PTME pour la subvention du Fond Mondial est et l'élaboration d'un plan GAS pour le cadre stratégique national 2013-2017.
2. 41 cadres nationaux, régionaux et préfectoraux des 15 districts cibles ont eu leurs capacités planification, suivi et évaluation y compris le MoRES.
3. Le renforcement de la coordination des partenaires au niveau décentralisé
4. La gestion et l'intégration des programmes et activités SMNI/ PTME/PECP
5. Les outils de gestion révisés selon les nouvelles directives de l'OMS (registres PTME, fiches PTME, de l'enfant exposé et de collecte mensuelle des données) ont été reproduits pour couvrir
6. Les activités mises en œuvre sont essentiellement : (i) l'appui aux formations du personnel en PTME, (ii) l'approvisionnement en kits d'accouchement, kits césariennes, tests et réactifs pour la détection du VIH, médicaments pour la PTME, (iii) l'appui à la supervision du personnel formé et l'évaluation de l'intervention et (iv) la sensibilisation des hommes et leur implication dans la PTME
7. Le soutien aux campagnes de sensibilisation à la pratique systématique du test de dépistage du VIH notamment chez les femmes enceintes et les jeunes

B- Points à améliorer ou à renforcer

1. La faiblesse généralisé de l'offre de services de dépistage chez les femmes enceintes et de PTME y compris le dépistage rapide qui ne couvre pas tous les sites de PTME
2. L'importance des ruptures des intrants liées à l'indisponibilité des outils dans certains sites PTME, la mauvaise utilisation des outils de gestion disponibles dans les sites , la complexité du circuit de gestion des intrants VIH dans les sites et la faible capacité des prestataires à établir correctement les commandes ;
3. Le manque d'implication de la PCG dans la gestion des médicaments du programme constitue une manque d'opportunité de renforcement des capacités de cette structure centrale d'achat et de gestion des médicaments ;
4. La mise en œuvre du Plan eTME requiert le développement et l'adoption de directives techniques ;
5. L'absence d'offres de service convivial de dépistage y conviviale pour les adolescentes,
6. L'absence/insuffisance pour la promotion de la communication parent-adolescent sur la santé sexuelle et reproductive et le vih
7. Le manque d'inteventions visant à favoriser l'engagement, mobilisation et autonomisation des adolescents en tant que leaders et acteurs du changement social dans le cadre de la lutte contre le VIH ya compris la santé sexuelle et reproductive ;
8. L'insuffisance de synergie entre les acteurs nationaux impliqué dans la santé des adolescents, le service de santé scolaire et le ministère chargé de la jeunesse ;
9. Les écoles écoles secondaires en général ne dispensent pas de formation sur l'éducation sexuelle complète et le VIH sida.

5.4.2 Produit 1 de la sous-composante VIH

D'ici fin 2017, le dialogue politique et budgétaire est renforcé, et au moins 90% des gestionnaires de programme, de prestataires y compris les communautaires au niveau national ont une capacité renforcée pour planifier, mettre en œuvre et suivre les interventions VIH à haut impact pour les enfants, les femmes et les adolescent(e)s basées sur l'équité, le genre et l'analyse des goulots et des disparités.

Tableau 20 :indicateur et cible du produits 1

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
-% des ressources disponibles pour des activités de lutte contre le VIH chez l'enfant	*ND*	*ND*		*$ 65 millions sur 4 ans*
-% des gestionnaires avec capacités renforcées en planification, suivi-évaluation, approches genre, droits et équité	*ND*	*ND*		*90%*

Ce résultat intérimaire permet de contribuer à l'élaboration des politiques, stratégies et directives nationales et régionales et les systèmes de suivi et évaluation prenant en compte en compte les priorités nationales en matière de lutte contre le VIH/SIDA chez l'enfant et sont adéquatement soutenues et financées. Dans ce domaine, les grandes activités sont : (i) l'appui à la mobilisation et l'orientation des ressources nationales, l'opérationnalisation de la planification et la budgétisation aux niveaux central et décentralisé et leur mise en œuvre, (ii) l'appui technique pour l'élaboration et la vulgarisation des politiques, stratégies et directives nationales en matière de lutte contre le VIH chez l'enfant, (iii) le renforcement des capacités des acteurs en planification, suivi et évaluation et sur les approches genre, droits et équité, (iv) l'appui au Ministère de la Santé pour la mise en place d'un système national de suivi-évaluation et la validation des indicateurs nationaux (sensibles au genre) de lutte contre le VIH chez l'enfant, (v) l'appui à la collecte des données VIH/SIDA, désagrégées par sexe, au niveau des sites PTME et de la communauté, (vi) l'appui logistique pour la collecte et l'exploitation des données à tous les niveaux.

Dans le cadre de l'appui politique au VIH, une note conceptuelle a été élaborée et le processus d'élaboration d'un plan d'action opérationnel de la PTME pour la subvention du Fond Mondial est en cours, il faut noter aussi l'élaboration d'un plan GAS pour le cadre stratégique national 2013-2017.

Pour mieux planifier, suivre et évaluer des interventions de la santé de la mère, néonatale et infantile y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge du sida pédiatrique (SMNI/PTME/PECP) à travers l'approche suivi des résultats axés sur l'équité, 41 cadres nationaux, régionaux et préfectoraux des 15 districts cibles ont renforcé leurs capacités en planification, suivi et évaluation y compris le MoRES.

Dans le cadre de l'effectivité de l'intégration de la PTME et le renforcement de la coordination des partenaires au niveau décentralisé, plus de 441 prestataires de santé, 15 Directeurs préfectoraux de la santé (DPS), 15 médecins chargées de la prévention et la lutte contre la maladie (MCM) et 3 Chefs de section Planification, formation et recherche des Directions Régionales de la Santé de Boké, Kindia et Labé ont vu leurs capacités renforcées en gestion et intégration des programmes et activités SMNI/ PTME/PECP ;

Dans le souci d'améliorer et de renforcer la collecte des données, les outils de gestion révisés selon les nouvelles directives de l'OMS (registres PTME, fiches PTME, de l'enfant exposé et de collecte mensuelle des données) ont été reproduits pour couvrir les 219 sites intégrés dans le pays afin de renforcer la collecte des données. Cependant, nous notons que ces outils sont en cours d'intégration dans le SNIS sous l'approche du modèle DH2.

Le financement de la lutte contre le sida est tributaire du financement extérieur même la participation du budget de l'Etat a connu une augmentation dans le temps :le montant de la ligne budgétaire sur le VIH dans la loi des finances est passé d'environ 19% en 2013 à 22% en 2014.

5.4.3 Produit 2 de la sous-composante VIH

D'ici fin 2017, au moins 90% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour la PTME sont en mesurede prendre en charge adéquatement les accouchements et d'offrir un service adéquat de PTME.

Tableau 21 : indicateurs et cibles pour le produits 2

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Taux de transmission Mère - Enfant	*22%*	*ND*		*2,5%*
% mères séropositives sous ARV prophylactiques	*17%*	*ND*		*50%*
Nombre de sites intégrés PTME sans rupture de test de plus de 5 jours	*89*	*157*		*207*

Les activités mises en œuvre sont essentiellement : (i) l'appui aux formations du personnel en PTME, (ii) l'approvisionnement en kits d'accouchement, kits césariennes, tests et réactifs pour la détection du VIH, médicaments pour la PTME, (iii) l'appui à la supervision du personnel formé et l'évaluation de l'intervention et (iv) la sensibilisation des hommes et leur implication dans la PTME

La couverture géographique, l'accessibilité et l'utilisation des services PTME et la Prise en charge pédiatrique y compris le traitement des adolescents restent encore un défi avec les résultats à la fin de l'année 2014 qui suivent:

- 75% des femmes enceintes VIH positives attendues ont bénéficié des ARV prophylactique.

Une analyse secondaire des données de l'enquête MICS 2016 permet d'avoir une idée des goulots d'étranglement de la PTME.

Le tableau ci-dessous montre que 86% des femmes effectuent au moins une CPN avant l'accouchement, 81% des femmes vues en CPN ont des échantillons de sang prélevés et parmi les femmes qui ont eu le sang prélevé, 44% sont testés au VIH, soit 35% des femmes vues en CPN qui sont testées au VIH. Aussi, 53% des femmes qui ont accouchés dans une formation sanitaire, sont testés au VIH pendant la grossesse ou pendant l'accouchement et 94% des femmes testés connaissent le résultat du test VIH.

Ces données permettent de tirer les enseignements suivants :

Environ une femme sur sept (14%) n'a pas accès aux services de santé pendant le grossesse, ce qui les prive de la PTME

Environ une sur cinq qui ont eu accès à la CPN (19%) n'est pas prélevé pour diverses raisons, soit parce que le service n'offre pas la PTME, soit le test n'est pas proposé, soit la femme refuse de faire le test, soit parce que le matériel de prélèvement n'existe pas ou en rupture.

Sur 100 femmes prélevées, seulement 44 sont testées au VIH pour des raisons qui peuvent être l'absence de l'offre de dépistage (PTME) ou la rupture des intrants de dépistage. Donc en définitif, sur 100 femmes vues en CPN, seulement 35 sont testées au VIH.

Sur 100 femmes qui ont accouché dans une formation sanitaire, seulement 53 sont testées au VIH pendant la grossesse ou pendant l'accouchement (seulement 57% des femmes ont accouché dans une formation sanitaire).

Ces données montre que la PTME a une faible couverture à causes de certains facteurs que sont l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, les difficultés d'accès au service de santé, la disponibilité de services marquée les ruptures des intrants, l'insuffisance de continuité de l'utilisation de la CPN et l'accouchement hors des établissements sanitaires.

Tableau 22 : Indices sur le dépistage des femmes pendant la grossesse

Lieu de résidence		% des femmes ayant éffectué au moins une CPN avant l'accouchement	Rapport entre femme dont le sang est prelévé et les femmes vues en CPN	Rapport femmes téstées au VIH et femmes dont le sang est prélévé en CPN	Rapport femmes téstées au VIH et femmes vues en CPN	Rapport femmes téstées au VIH et femmes ayant accouché dans une FS	% femmes testées qui ont reçu le résultat
Guinée		**86%**	**81%**	**44%**	**35%**	**53%**	**94%**
Milieu de résidence	Urbain	95%	96%	64%	61%	69%	96%
	Rural	82%	72%	27%	20%	37%	93%
Région administrative	Boké	97%	80%	65%	52%	75%	92%
	Conakry	95%	97%	68%	65%	69%	96%
	Faranah	79%	83%	16%	14%	30%	86%
	Kankan	80%	69%	31%	22%	30%	93%
	Kindia	87%	80%	41%	33%	50%	96%
	Labé	80%	75%	23%	17%	37%	93%
	Mamou	74%	82%	28%	23%	65%	91%
	N'Zérékoré	90%	79%	34%	27%	45%	98%

Même si le programme a permis de faire quelques améliorations, la situation de la PTME est jugée par les acteurs au niveau régional et local comme un défi majeur. En effet, les entretiens ont montré que le pourcentage de prestataires formés en PTME est passé de 45% en 2013 à 53% en 2016. La formation de ceux qui sont impliqués dans les activités de PTME sont formés en PTME, 57% sont formés au test de dépistage et 55% sont formés à la gestion des ARV et des intrants.

Concernant la disponibilité des intrants et ARV, la perception des prestataires montre que le score de disponibilité des intrants des dépistage est passée de 56% en 2013 à 63% en 2016, soit une faible évolution et une situation très en dessous du seuil de score de qualité qui est 80%. Le score de disponibilité des ARV et autres médicament de prise en charge des PVVIH est de 88% et n'as pas connu d'évolution noble entre 2013 et 2016. Le rapport de visite de l'ONG FMG montre que les causes des ruptures sont liées à (i) l'indisponibilité des outils dans certains sites PTME, (ii) la mauvaise utilisation des outils de gestion disponibles dans les sites, (iii) la complexité du circuit de gestion des intrants VIH dans les sites et (iv) la faible capacité des prestataires à établir les commandes correctement. Les informations recueillies auprès de la PCG montrent que cette centrale d'achat et de gestion des médicaments ne se sent pas bien impliqué dans la gestion des médicaments et intrants du programme, ce qui ne permet pas à la PCG de jouer son rôle et d'accroitre ses capacités.

Selon les acteurs de terrain, les barrières liées à l'utilisation de la PTME sont (i) l'insuffisance de suivi des femmes enceintes au niveau communautaire, insuffisance d'information sur la PTME, insuffisance de ressources humaines qualifiées, les ruptures des intrants et médicaments, baisse de la confiance des populations aux agents de santé à cause de la crise d'Ebola, un manque de volonté pour les dépistages par les conjoints et la stigmatisation des PVVIH.

5.4.4 Produit 3 de la sous-composante VIH

D'ici fin 2017, au moins 90% des enfants infectés et adolescents vivants avec le VIH reçoivent le traitement antirétroviral a augmenté de 15 points dans les zones géographiques.

Tableau 23 : Evolution du nombre de sites PTME offrant le DBS

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Nombre de sites PTME offrant le DBS	9	9		575

Pour ce résultat intermédiaire, les principales actions sont (i) le renforcement de capacités de suivi et de dépistage précoce des enfants nés de mère séropositives, (iii) le renforcement de la prise en charge pédiatrique du sida, (iii) le soutien aux campagnes de sensibilisation à la pratique systématique du test de dépistage du VIH notamment chez les femmes enceintes et les jeunes, (iv) le soutien aux enfants nés de mères séropositives, (v) l'appui aux organisations de PVVIH et les associations de jeunesse et les CECOJE.

Entre 2013 et 2015, l'offre de DBS n'a pas connu de changement à cause de la crise de la MVE. Les actions dans ce sens ont repris en 2016. Par exemple, dans le cadre du programme, l'ONG FMG a organisé des sessions de formation des prestataires des 193 sites PTME sur le DBS.

Pour la prise en charge des enfants infectés et des adolescents vivants avec le VIH, le dépistage est la principale porte d'entrée.

Concernant les enfants infectés, le dépistage rapide ne couvre pas tous les sites de PTME. Avec un taux de transmission mère-enfant estimé à 2,9% en 2014 (UNGASS 2015), le suivi de l'enfant devrait se faire de façon intégrée dans tous les services de pédiatrie, le PEV ainsi que les CRENAS et CRENI. Au regard de la structure du programme et de l'insuffisance su système d'information, cette approche intégrée devient difficile. Par ailleurs, la mise en œuvre du Plan eTME requiert le développement et l'adoption de directives techniques.

Concernant les adolescents, selon les données de l'enquête MICS-2016, le taux de dépistage des adolescents est encore faible. Chez les filles de 15-19 ans, le taux global de dépistage este 8,5%. Lorsqu'on considère les 12 dernier mois précédant l'enquête, 4,7% filles de 15-19 ans ont réalisé le test du VIH et connaissent le résultat. Le taux de dépistage est plus bas que le pourcentage d'adolescentes qui connaissent un lieu où le test de dépistage est offert, soit 31,4% qui est lui-même insuffisant. Les adolescents n'utilisent les centre de dépistage soit parce qu'elles (i) ont une connaissance insuffisance sur le VIH : seulement 14% des adolescentes ont une connaissance approfondie du VIH, (ii) soit l'offre de service dépistage n'est pas conviviale pour les adolescentes, (iii) insuffisance de sensibilisation sur le dépistage, (iv) l'ampleur de la stigmatisation, (v) l'insuffisance de communication parent-adolescent sur la santé sexuelle et reproductive et le (vi) le mariage précoce.

Tableau 24 : Evolution du % de femmes et d'hommes de 15-24 ans conanissant leur statut serologique du VIH

Source / tranche d'âge		**Pourcentage de femmes de 15-24 ans**			
		Ont une connaissance approfondie du VIH	**Connaissent un lieu où se faire tester pour le VIH**	**Ont déjà fait un test et connaissent le résultat du test le plus récent**	**Ont fait un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat**
MICS 2016	15-24 ans	**15,2**	**31,4**	**15,4**	**7,7**
	15-19 ans	**14**	**24,3**	**8,5**	**4,7**
	20-24 ans	**16,7**	**39,6**	**23,3**	**11,1**
EDS-MICS 2012	15-24 ans	**22,5**	**40,9**	**8,8**	**4,5**
	15-19 ans	**19,8**	**37**	**4,7**	**2,5**
	20-24 ans	**25,7**	**45,6**	**13,8**	**7**
Ecart 2012-2016	15-24 ans	**-7,3**	**-9,5**	**6,6**	**3,2**
	15-19 ans	**-5,8**	**-12,7**	**3,8**	**2,2**
	20-24 ans	**-9**	**-6**	**9,5**	**4,1**
Source / tranche d'âge		**Pourcentage** d'homme **de 15-24 ans**			
		Ont une connaissance approfondie du VIH	Connaissent un lieu où se faire tester pour le VIH	Ont déjà fait un test et connaissent le résultat du test le plus récent	Ont fait un test VIH dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat
EDS-MICS 2012	15-24 ans	**33,8**	**46,2**	**11,9**	**4,9**
	15-19 ans	**28,7**	**40,3**	**6,8**	**3,1**
	20-24 ans	**44,2**	**56,9**	**19,5**	**6,0**

La guinée n'est pas activement engagé à l'initiative All in (Tous Inclus) . Lors de la session du 20 juillet 2014, pour mettre fin à l'épidémie chez les adolescents, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a annoncé la création l'initiative All In conjointement avec l'UNICEF. Cette initiative a démarré avec 25 pays au départ (en 2015) dans le monde dont le Cameroun et la Côte d'Ivoire et d'autres pays se sont intégrés par la suite (Gabon, Burkina Faso, …) . L'initiative devra contribuer à l'ambitieux objectif 90-90-90[1] à l'horizon 2020 est axée sur quatre principaux domaines d'action : (i) engagement, mobilisation et autonomisation des adolescents en tant que leaders et acteurs du changement social, (ii) amélioration de la collecte de données afin de mieux éclairer les programmes, (iii) stimulation d'approches innovantes pour mettre à la portée des adolescents des services essentiels de prise en charge du VIH adaptés à leurs besoins, et (iv) inscription de la lutte contre le VIH chez les adolescents en bonne place des programmes politiques afin de dynamiser une action concrète et de mobiliser des ressources. Il serait intéressant que le Programme s'inscrive dans cette initiative en se basant sur les leçons avec les pays de la région Afrique de l'Ouest et du Centre qui participent pour apprendre des leçons et les bonnes pratiques pour adapter la réponse en faveur des adolescents en Guinée.

5.4.5 Produit 4 de la sous-composante VIH

D'ici fin 2017, au moins 60% des adolescent(e)s et des femmes, surtout les plus vulnérables dans les zones géographiques à vulnérabilité accrue acquièrent des connaissances et comportements pour réduire le risque au VIH et augmenter la demande et l'utilisation des interventions à haut impact.

Tableau 25 : Evolution des connaissances et comportements dans la réduction du risque lié au VIH

Indicateurs	*Baseline*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
% d'adolescents de 15-19 ans (filles/garçons) qui connaissent les méthodes de prévention du VIH-SIDA	filles 14% garçons : 17%			60% pour les 2
% d'adolescent(e)s sexuellement actifs qui utilisent le préservatif	filles 30%, garçons 23%			50% pour les 2

Ce résultat intermédiaire se repose sur les les actions suivantes : (i) le soutien aux campagnes de sensibilisation à la pratique systématique du test de dépistage du VIH notamment chez les femmes enceintes et les jeunes, (ii) l'appui aux organisations de PVVIH et les associations de jeunesse et les CECOJE, (iii) la communication pour le changement social en faveur de l'abandon des attitudes et pratiques de stigmatisation, des violences sexuelles et basées sur le genre et du respect des droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles (y compris le renforcement du pouvoir féminin de négociation dans le couple).

Au regard des indicateurs sur la connaissance et les comportements sexuels des adolescents à travers les données d'enquête EDS2012 et MICS2016, nous notons un recul. En effet, au niveau de la connaissance approfondie sur le sida, le taux est passé de 19,8% en 2012 à 14% soit une baisse de près de 6 points chez les filles de 15-19 ans. Les données sur les garçons de 15-19 ans ne sont pas disponibles en 2016. La précocité des rapports sexuels chez les adolescentes n'a pas connu de changement notable. En effet, 22,4% des filles de 15-19 ont leur premier rapport sexuel avant 15 ans selon d'EDS 2012 et le pourcentage est de 21,3% selon l'enquête MICS en 2016. L'utilisation du préservatif par les adolescentes de 15-19 ans a connu une baisse 3 points entre 2011-2012 et 2015-2016. En effet, le taux d'utilisation du préservatif par les adolescentes de 15-19 ans était de 21% en 2012 contre 17,9% en 2016. Ainsi, la cible de 50% en 2017 est loin d'être atteinte.

Cette contre-performance au niveau du comportement des adolescents est la perception des responsables des acteurs du système scolaire. Les entretiens organisés avec la Direction de la santé scolaire a montré leur faible

[1] A l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. A l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable. A l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

implication dans le programme et l'insuffisance de synergie entre les acteurs nationaux impliqués dans la santé des adolescents, le service de santé scolaire et le ministère chargé de la jeunesse. Le programme de santé sexuelle et de lutte contre le sida en milieu scolaire ne fonctionne pas correctement selon les directeurs des inspections scolaires au niveau des préfecture et des régions. Pour les initiatives de renforcement d'intégration, la lutte contre le sida en milieu scolaire n'a pas continué.

Les écoles secondaires en général ne dispensent pas de formation sur l'éducation sexuelle complète et le VIH sida, sauf à N'zérékoré et à Macenta. Aussi, les structures ne disposent pas de données sur les grossesses en milieu scolaire donc ne dispose pas de plan de lutte. En ce qui concerne la collecte des données, aucun mécanisme spécifique n'est mise en place, les gestionnaires de données se contentent de quelques rapports périodiques.

Par ailleurs, le rapport de l'ONG FMG sur les activités en faveur des adolescents montre une insuffisante impliquation des acteurs de l'école au niveau des interventions en milieu scolaire, Au niveau communautaire, il faut noter les faibles capacités de CECOJE. L'élaboration d'un plan national intégré sur la réponse en faveur des adolescents en matière de santé sexuelle et SR devient nécessaire pour mieux mobiliser et organiser les ressources, mettre ensemble les différents intervenants et l'implication des adolescents eux même dans l'ensemble du processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. L'initiative All in offre des outils d'analyse et programmatiques qui pourraient être utilisés.

Tableau 26 : Evolution des connaissances liées au VIH, des rapports sexuels et de l'utilisation du condom chez les 15-24 ans

Source / tranche d'âge		**Pourcentage de femmes de 15-24 ans qui :**			
		Ont une connaissance approfondie du VIH	Ont eu des rapports sexuels avant 15 ans [1]	Ont déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage rapportant qu'un condom a été utilisé la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels
MICS 2016	15-24 ans	15,2	23,9	66,4	22,2
	15-19 ans	14	21,3	47,5	17,9
	20-24 ans	16,7	26,8	88	27,1
EDS-MICS 2012	15-24 ans	22,5	24,7	42,1	31,9
	15-19 ans	19,8	22,4	31,5	21
	20-24 ans	25,7	27,6	72,1	45,6
ECART 2016-2012	15-24 ans	-7,3	-0,8	24,3	-9,7
	15-19 ans	-5,8	-1,1	16	-3,1
	20-24 ans	-9	-0,8	15,9	-18,5
Source / tranche d'âge		**Pourcentage d'homme de 15-24 ans**			
		Ont une connaissance approfondie du VIH	Ont eu des rapports sexuels avant 15 ans [1]	Ont déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage rapportant qu'un condom a été utilisé la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels
EDS-MICS 2012	15-24 ans	33,8	9,6	54	50,5
	15-19 ans	28,7	9,5	34,7	38,8
	20-24 ans	44,2	9,7	82,8	57,9

5.5 Composante Eau, Hygiène et Assainissement

Le changement attendu par la composante EHA est : *la prévalence des maladies diarrhéiques est réduite de 15% et l'incidence par helminthiases diminuée de 10% et au moins 30% des parents, tuteurs, chefs de familles et enfants lavent leurs mains à l'eau et au savon aux moments cruciaux, consomment de l'eau potable et savent traiter l'eau à domicile avant sa consommation et utilisent des latrines hygiéniques*.

Les résultats intermédiaires constituant les quatre produits attendus de cette composante sont :

5.5.1 Principaux constats sur l'efficacité de la composante Eau, Hygiène et Assainissement

A -Points positifs

1. Le programme a fortement contribué aux changements positifs au niveau de la coordination (élaboration de documents de stratégies et normatifs) apprécié par l'ensemble des acteurs et partenaires
2. Le programme a assurer le leadership des activités de plaidoyer qui ont conduit à la mobilisation des ressources financières ;
3. La promotion de l'accès à des latrines hygiéniques grâce à l'ATPC+ a permis d'accroitre le nombre de personnes ayant à des latrines hygiéniques dans les zones d'intervention ;
4. Le programme a contribué à l'accès à l'eau potable au niveau des zones d'intervention à travers l'installation et la réhabilitation des forages ainsi que la formation des artisans réparateurs pour les entretienes légers ;
5. Le nombre de personnes desservies en eau potables avec l'appui du programme a fortement augmenté ;
6. Le programme a contribué fortement à la promotion de l'hygiène pendant la riposte de la crise Ebola ;
7. La dynamique communautaire a été renforcée en matière de la gestion de l'EHA avec une plus forte participation des femmes qui représente la moitié des membres des comité de gestion ;
8. L'accès aux paquets de services EHA dans les écoles a été amélioré y compris renforcement de capacités et des compétences des acteurs de l'école en matière d'EHA ;
9. Le nombre de structures sanitaires équipées de points d'eau et de latrines a augmenté ;
10. Le nombre de personnel de santé formés sur les pratiques d'hygiène a fortement augmenté

B- Points à améliorer ou à renforcer

1. Le manque de suivi devient la faiblesse la plus inquiétante de la composante WASH parce que les entretiens et les visites de terrain ont montré a un (début de) retour important à des pratiques inadéquates y compris le lavage des mains et la disponibité des kits EHA en milieu scolaire ou sanitaire ;
2. L'insuffisance de capacités des organisations communautaires locales ;
3. L'accès combiné de la population à une source améliorée et aux toilettes hygiéniques est très faibles ;
4. une tendance baissière est observé au niveau du fonctionnement des organisations communautaires ;
5. L'implication insuffisante des autorités administratives et techniques des régions et des préfectures au suivi de l'action communautaire ;
6. Le non prise en compte de certains problèmes structurels comme l'autonomisation des femmes , les considérations socio-culturelles en matière genre, risque de mettre en cause les acquis et les impacts positifs d'un tel programme ;
7. L'absence du renforcement de la gestion des déchets notamment en milieu hospitalier est une préoccupation ;
8. L'insuffisance implication des hommes au traitement de l'eau ménagère
9. L'insuffisance supervision des agents chargés de la santé scolaire se focalisent plus sur la prise en charge curativeque la prévention et la promotion des bonnes pratiques pour la santé ;

5.5.2 Produit 1 de la sous-composante Eau, Hygiène et Assainissement

D'ici fin 2017, le dialogue politique, programmatique et budgétaire avec les partenaires du secteur à tous les niveaux est renforcé en faveur d'approches coût efficientes pour améliorer l'environnement et réduire l'incidence des maladies hydriques chez les enfants.

Pour la réalisation de ce résultat intermédiaire, le programme met en œuvre les activités suivantes : (i) élaborer les stratégies nationales de marketing de l'assainissement , WASH in Nut et Post FDAL , jusqu'en 2015 aucun de ces documents n'a été élaboré ; (ii) diffuser/vulgariser des documents de politiques/stratégie du secteur EHA, le document de politique a été révisé et un plan d'investissement 2017-2030 élaboré ; (iii) renforcer la coordination des interventions dans le secteur EHA, c'est ainsi que la revue sectorielle du secteur a été réalisée, le cluster nutrition est fonctionnel, ; (iv) les activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes

et externes, ainsi qu'une forte mobilisation des ressources est faite ; (v) poursuivre le renforcement des capacités des partenaires sur la maitrise des procédures HACT, PCA, SSFA et autres.

Les changements réalisés au niveau de la coordination ont été fortement appréciés par l'ensemble des acteurs et partenaires qui considèrent que les efforts devraient être faits pour une meilleure application des stratégies élaborées et renforcer le suivi et l'évaluation afin de garantir des impacts dans le secteur.

Tableau 27 : Indicateurs et cibles relatifs au produit 1 l'EHA

Indicateurs	*Base*	*Situation 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Nombre de documents de stratégie élabores et valides	0	0	1 Document de stratégie du service public de l'eau	*3*
Nombre de documents de politique/Stratégie du secteur EHA diffusé/vulgarisé	0	0	Revision politique, strategie assainissement, plan d'investissement 2017-2030, politique hygiene	*7*
Montant alloué par le gouvernement et les bailleurs de fonds pour le secteur EHA pour les 5 ans	US$ 54 M	$ 300 000		US$ 1,100M
Existence d'une stratégie nationale pour promouvoir l'hygiène et le marketing de l'assainissement	Absente		réalisé	Stratégie élaborée et adoptée
Inclusion de la participation communautaire et la gestion décentralisée des services dans les politiques/stratégies nationales	Modalités pour la gestion décentralisée des services EHA en phase d'élaboration			Modalités intégrées dans les politiques et guides opérationnelles adoptées
Existence de plans sectoriels de développement approuvés et soucieux du genre, des droits et de l'équité.	0 (plans absents)			plans élaborés et approuvés
- % régions avec un mécanisme de coordination des partenaires du secteur fonctionnel et dirigé par le gouvernement	*0*			100%

5.5.3 Produit 2 de la sous-composante Eau, Hygiène et Assainissement

D'ici fin 2015, une population additionnelle de 1.5 million utilise de l'eau potable et des services d'assainissement, et améliore ses pratiques d'hygiène telles que le lavage des mains au savon et le traitement de l'eau à domicile, dans les communautés, les écoles et les établissements sanitaires des zones défavorisés.

Ce résultat intermédiaire comporte 02 sous composantes à savoir : (i) la mise à échelle de l'ATPC+ dans les 08 régions administratives et le marketing de l'assainissement dans les zones FDAL et (ii) le renforcement de l'accès des populations vulnérables y compris les iles aux services, le milieu scolaire et hospitalier à l'accès aux services d'EHA.

Tableau 28 : Indicateurs et cibles relatifs au produit 2 l'EHA

Indicateurs	EDS-MICS 2012	Base	MICS 2016	Cible 2017
Incidence de la diarrhée les filles et garçons de 0-5 ans dans les zones d'intervention	*16,4%*	*ND*	*10,1%*	*-15%*
Incidence des infections respiratoires et parasitaires pour les filles et garçons de 0-5 ans dans les zones d'intervention	*6,0%*		*2,2%*	*-15%*
% de ménages ayant accès à des sources d'eau protégées à distance de 500m	*75%*	*75%*	82%	*85%*
% de femmes/ hommes/filles et garçons qui utilisent des latrines hygiéniques à la maison	*21%*	*35%*	*29%*	*60%*
% de femmes, hommes, filles et garçons qui pratiquent le lavage des mains avec du savon aux moments critiques.		*45% (après défec.)*		*60% (après défec.)*
% de ménages utilisant des méthodes de traitement des eaux ménagères	*10%*	*10%*	*13%*	*30%*
% d'hommes qui participent à la collecte et le traitement des eaux ménagères		*ND*	*13%*	*30%*
% d'élèves (filles et garçons) utilisant des latrines améliorées (séparées par sexe) dans les écoles.		*25%*		*35%*
% centres de santé avec latrines améliorées et séparées par sexes		*ND*		*+10%*
% de femmes dans les Comités EHA		*ND*		*50%*

5.5.4 Renforcement de la mise en échelle de l'ATPC+ et promotion de l'assainissement

Pour ce qui concerne la mise à échelle de l'ATPC+, et la promotion de l'assainissement dans les zones FDAL, le programme a planifié et mis en œuvre les activités suivantes : (i) le nombre de villages suivis et certifiés est passé de 139 en 2012 à 1871 en 2015 (ii) le nombre de nouveaux villages déclenchés et suivis pour la certification est passé de 721 en 2012 à 1 871 en 2015 et 1000 d'autres sont en cours entre 2016 et 2017, (iii) la promotion du marketing de l'assainissement a démarré avec un retard et a ciblé 158 villages d'ici 2017, (iv) la promotion de l'accès à des latrines hygiéniques grâce à l'ATPC+ a permis d'accroître le nombre de personnes ayant des latrines hygiéniques de 60 000 en 2012 à 471 500 en 2015 et le programme vise à accroitre jusqu'à atteindre 1 422 600 personnes en fin 2017. Ces activités ont été conduites en partenariat avec le SNAPE, la DNACV, la DNHP, INRAP, les ONG, les collectivités locales, le secteur privé et les organisations communautaires de base. Dans le cadre de l'approche ATPC, le programme a appuyé la formation des ONG et OBC (27 entre 2012 et 2015) et ces formations se poursuivront jusqu'à atteindre 35 organisations communautaires en fin 2017. Pour le monitoring et l'évaluation des effets et impacts de l'ATPC+, une étude d'impact est prévue. Cependant, il faut noter que la base de données sur l'assainissement n'est pas encore actualisée. Concernant l'effet sur les maladies diarrhéiques, nous notons que l'incidence de la diarrhée chez les 0-5 ans est passée de 16% à 10%, soit une réduction de 6% de points entre 2012 et 2016. Sans une étude d'impact véritable prenant en compte des effets saisonniers et les différents facteurs qui peuvent intervenir à la réduction des cas de diarrhée chez les enfants, il sera difficile d'attribuer cette réduction à la composante EHA du programme. Par ailleurs, l'incidence des IRA a également baissé en passant de 6% à 2,2%., soit 4% de points en moins.

Tableau 29 : Evolution du % de personnes ayant accès aux toilittes améliorées entre 2012 et 2016

Milieu	2012 Toilettes améliorées	Défécation à l'air libre	2016 Toilettes améliorées	Défécation à l'air libre	Ecart entre 2016 et 2012 Toilettes améliorées	Défécation à l'air libre
Guinée	21,1	17,3	28,8	13,3	7,7	-4
Urbain	39,4	0,5	43,3	0,4	3,9	-0,1
Rural	12,3	25,4	19,9	21,2	7,6	-4,2

Concernant le lavage des mains, l'indicateur disponible à travers les enquête EDS et MISC est la disponibilité d'un lieu pour le lavage des mains avec de l'eau et du savon. Ainsi, le pourcentage de ménages disposant d'un endroit précis pour le lavage des mains où l'eau et le savon ou d'autres produits de nettoyage sont présents est passé de 7,7% en 2012 à 12,9% en 2016 selon les données provisoires de la MICS, soit une augmentation de 5,2 points correspondant à une progression moyenne annuelle de 17%.
Le pourcentage de ménages avec lieu spécifique de lavage des mains avec de l'eau, du savon ou autre produit nettoyant sont présents est plus élevé en milieu urbain (21,1%) qu'en milieu rural (8,3%) soit une différence significative de près de 13 points. Au niveau des régions, les pourcentages les plus élevés sont observés à Boké (22,1%), Conakry (21,8%) et Faranah (21,8%) et les plus faibles ont observé à Labé (2,5%) et Kankan (3,1%). Par ailleurs les plus grandes évolutions positives entre 2012 et 2016 sont observés dans les régions de Faranah (20,8 points), Boké (10,4 points) et Nzérékoré (9,7 points).
Selon les organisations à base communautaire rencontrés, la crise de la MVE a impulsé le comportement de lavage des mains entre 2014 et 2015 mais cette bonne pratique a tendance à disparaitre maintenant, depuis la fin de la crise. Les autorités chargées de l'hygiène dans les gouvernorats et les préfectures pensent que l'insuffisance de suivi des actions au niveau communautairefavorise le retour aux anciennes habitudes. Ce qui montre encore une fois, l'insuffisance de capacités des organisations communautaires locales pour assurer la durabilité des actions liées à la promotion des pratiques familiales essentielles concernant l'hygiène.

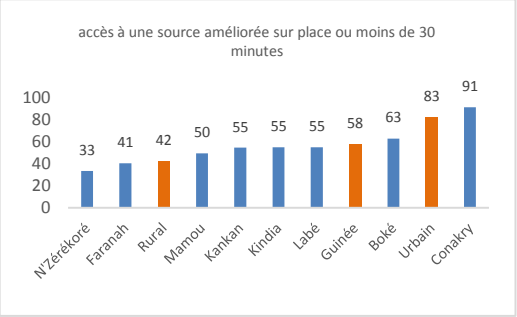
Tableau 30 : Evolution du % des ménage sayant unlieu pour le lavage des mains avec eau et savon entre 2012 et 2016

	2012		2016		Ecart entre 2016 et 2012 sur la disponibilité d'un endroit avec savon pour le lavage des mains
	Chez qui un lieu de lavage des mains a été observé	Pourcentage de ménages avec lieu spécifique pour le lavage des mains où de l'eau et du savon ou autre produit nettoyant sont présents	Chez qui un lieu de lavage des mains a été observé	Pourcentage de ménages avec lieu spécifique pour le lavage des mains où de l'eau et du savon ou autre produit nettoyant sont présents	
Guinée	**34,5**	**6,9**	**23,8**	**12,9**	**6,0**
Milieu de résidence					
Urbain	41,3	15,3	33,3	21,1	5,8
Rural	31,1	2,9	18,6	8,3	5,4
Région					
Boké	58	11,7	41,1	22,1	10,4
Conakry	43,7	15,6	38,3	21,8	6,2
Faranah	12,6	1,0	41,6	21,8	20,8
Kankan	28	0,4	25,6	3,1	2,7
Kindia	40,7	7,6	17	11,9	4,3
Labé	46,1	13,0	2,7	2,5	-10,5
Mamou	1,6	-	20,7	8,4	8,4
N'Zérékoré	27,6	1,3	9,1	11	9,7

5.5.4.1 Appui à l'accès à l'eau potable

Pour ce qui concerne l'appui du programme pour l'amélioration de l'accès des communautés à l'eau potable, les principales actions sont (i) la réalisation de forages à motricité humaine, les bornes fontaines, (ii) la réhabilitation des sources aménagées, (iii) la redynamisation des UGSPE, (iv) la formation et l'équipement des artisans réparateurs des pompes et (v) la maintenance et la mise à jour de la base de données sur l'eau potable. Ainsi entre 2013 et 2015, le nombre de pompes manuels réalisés est passé de 15 à 264, 132 forages mécaniques sont réalisés, 13 bornes fontaines sont réalisées, 2 sources sont aménagés, 397 UGS¨PES sont fonctionnels, le nombre d'artisans réparateurs formés et équipés est passé de 414 en 2012 à 464 en 2015. Le nombre de personnes desservies en eau potable avec l'appui du programme est passé de 4 277 en 2012 à 314 100 personnes avec une cible de 468475 personnes prévues en fin 2017.

Ces actions contribuent certainement à l'accès à l'eau potable au niveau national , soit une augmentation de 7 points. Les régions qui ont un taux d'accès à une source amélioré plus élevé sont Conakry (99,8%), Kankan (88%), Nzérékoré (87%), Boké (77%) les plus faibles à Mamou (60%), Kindia (69%) et Labé (73%).



Cependant, il faut noter que l'indicateur disponible ne prend pas en compte la distance de corvée d'eau de moins de 500 m qui correspond à une accessibilité adéquate. Le pourcentage de la population qui a accès à une source d'eau améliorée à moins de 30 minutes est de 58%, soit 42% en milieu rural et 83% en milieu urbain. Selon les régions l'accès à une source améliorée à moins de 30 minutes est plus élevé à Conakry (91%), Boké (63%) et plus faible à Nzérékoré (33%) et Faranah (41%).

Tableau 31 : Evolution du % de personnes ayant accès à une source d'eau améliorée entre 2012 et 2016

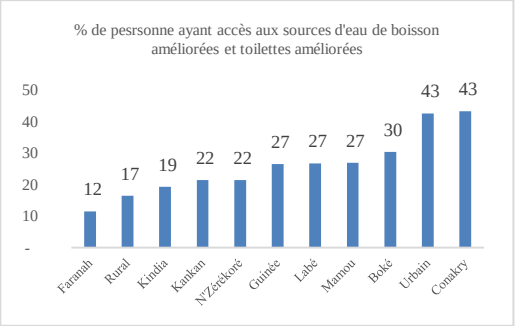
	2012		2016		Ecart	
	Forage/ Pompe	sources améliorées	Forage/ Pompe	sources améliorées	Forage/ Pompe	sources améliorées
Guinée	**38,8**	**74,9**	**37,4**	**82,1**	**-1,4**	**7,2**
Milieu de résidence						
Urbain	13,2	95,5	20,6	98	**7,4**	**2,5**
Rural	51,2	64,9	47,8	72,2	**-3,4**	**7,3**
Région de résidence						
Boké	27,8	70,2	33	76,7	**5,2**	**6,5**
Conakry	6,4	99	14,2	99,8	**7,8**	**0,8**
Faranah	66	78,6	56,3	75,8	**-9,7**	**-2,8**
Kankan	63,2	80,9	46,8	88,4	**-16,4**	**7,5**
Kindia	23,1	56	24,6	68,9	**1,5**	**12,9**
Labé	41,6	60,1	34,1	73,2	**-7,5**	**13,1**
Mamou	38,3	56,4	32,4	60	**-5,9**	**3,6**
N'Nzérékoré	61,2	81,3	63,7	86,9	**2,5**	**5,6**

L'accès combiné de la population à une source améliorée et aux toilettes hygiéniques est très faible, soit 27% avec 17% en milieu rural et 43% en milieu urbain. Selon les régions, l'accès aux toilettes hygiéniques et l'eau potable est plus élevé à Conakry (43%), Boké (30%), Mamou (27%), et Labé (27%) et plus faible dans les régions de Faranah (12%), Kindia (19%), Kankan (22%) et Nzérékoré (22%).

Dans toutes les localités en milieu urbain comme en milieu rural, les organisations communautaires et les responsables des services sociaux de base considère que l'accès d'eau potable est une difficulté et la

disponibilité continue de l'eau potable est problématique même des améliorations sont observées. Les problèmes de l'hygiène et de l'assainissement sont également critiques

Pour les autorités régionales chargée de l'eau et de l'assainissement, les principaux problèmes dans le secteur de l'eau sont entre autre : (i) la faiblesse de la dynamique communautaire pour la prise en charge des questions liées à l'hygiène et l'assainissement, (ii)l'insuffisance de suivi des relais communautaires, (iii) le manque d'uniformisation des pompes et l'insuffisance de renforcement des capacités des acteurs locaux y compris la formation et l'équipement des artisans réparateurs et (iv) la perception de l'anarchie dans le secteur par la non application de la stratégie nationale du Service public de l'eau en milieu rural et semi-urbain par certains partenaires.



Pour les gouvernorats, le nombre de points d'eau est encore élevé et les distances de corvée d'eau sont élevées malgré la volonté politique affichée par le Chef de l'Etat qui a pris des mesures pour la réhabilitation de toutes les pompes en 2012.

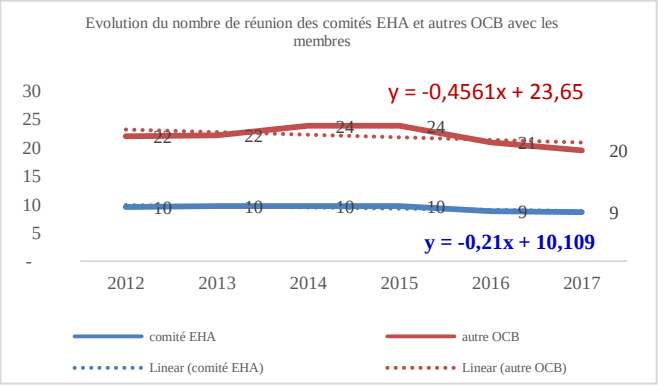
5.5.4.2 Renforcement de la dynamique communautaire pour la gestion de l'EHA

Concernant la participation des femmes à la gestion de l'eau et l'assainissement, les entretiens organisés auprès des organisations communautaires montrent qu'en moyenne que les femmes représentent un peu plus de la moitié des membres des comités d'EHA. Cette proportion de femmes est nettement plus élevée que la proportion des femmes dans les autres OCB où elle représente environ le ¼ en 2017. Le pourcentage des femmes et des jeunes dans les OCB a généralement augmenté à partie de la crise Ebola, ce qui pourrait confirmer l'effet de la crise sur la dynamique communautaire. Cette moyenne pourrait cacher des faiblesses, en effet sur 20 comités rencontrées 4 ont encore un taux de femmes inférieur à 50%, soit 20% des comités.

Tableau 32 : Evolution du % de femmes et de jeunes dans les comité d'EHA et des OCB entre 2013 et 2014 dans les sites visités dans les régions de Boké,franah et Nzérékoré

Année	Nombre de membre par organisation		% de femmes		% de jeunes	
	Comité EHA	Autre OCB	Comité EHA	Autre OCB	Comité EHA	Autre OCB
2013	18	83	59%	18%	36%	17%
2014	20	85	59%	21%	34%	19%
2015	21	83	58%	21%	37%	23%
2016	22	83	60%	22%	36%	26%
2017	24	87	55%	26%	34%	37%

Au niveau du fonctionnement de ces comités locaux EHA, nous notons une légère baisse depuis la fin de la crise de la MVE en se basant sur le nombre de réunions organisées avec les membres qui est passé de 10 à 9. Cette tendance à la baisse est également observée au niveau des autres OCB où le nombre de réunion avec les membres par an est passé de 24 à 20 en moyenne. Le tableau ci-dessous montre que le nombre de réunion de suivi est également en baisse. Au niveau des comités EHA, le nombre de réunions par avec les autorités techniques (santé, hydraulique) et les autorités administratives ou des collectivités est également en baisse depuis la fin de la crise Ebola. Les autorités administratives (gouvernorats et préfectures) et les autorités techniques

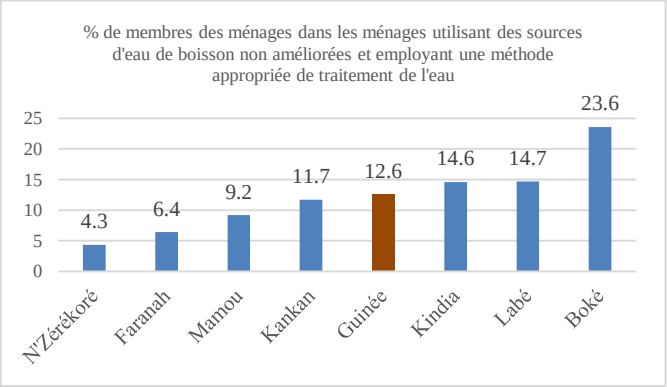


(Hydraulique, santé) ont également indiqué que l'insuffisance de suivi des OCB et de EHA particulièrement est une préoccupation. Le raisons évoqués par ces structures sont l'insuffisance de moyens de déplacement et de personnel pour les visites de suivi, ce qui montre encore une fois les faibles capacités de pérennisation et de durabilité des interventions et la forte dépendante du financement extérieur. Au regard des informations recueillies et de l'insuffisance de la dynamique communautaire, la question du suivi devra être traitée de façon globale et intégrée avec une forte implication des autorités administratives et techniques des régions et des préfectures.

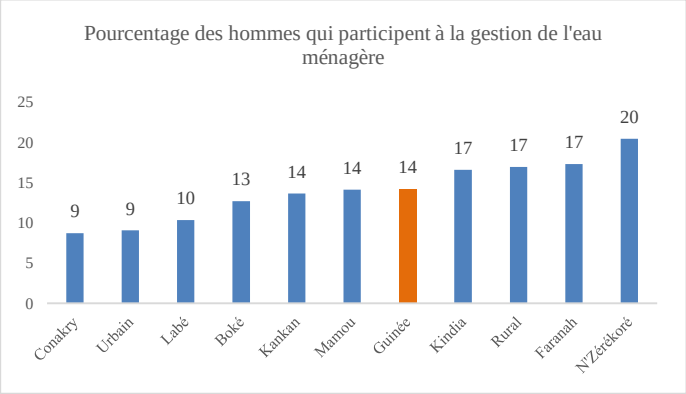
Tableau 33 : nombre moyen de réunions annuelles organisées par les comités et des OCB entre 2013 et 2014 dans les sites visités dans les régions de Boké,Faranah et Nzérékoré

Année	Avec les membres		avec les collectivités		avec les autorités sanitaires		avec les autorités de l'hydraulique	
	Comité EHA	Autre OCB	Comité EHA	Autre OCB	Comité EHA	Autre OCB	Comité EHA	Autre OCB
2012	10	22	2	3	3	4	4	3
2013	10	22	1	3	3	4	3	3
2014	**10**	**24**	**1**	**6**	**4**	**14**	**4**	**6**
2015	**10**	**24**	**2**	**6**	**3**	**16**	**3**	**6**
2016	9	21	2	4	3	7	3	3
2017	9	20	2	3	3	4	2	1

5.5.4.3 Appui à la promotion du traitement de l'eau dans les ménages et contribution des hommes à la gestion ménagère de l'eau



Le traitement de l'eau ménagère par les ménages est une stratégie du programme qui permet aux ménages d'éviter les maladies hydriques. Le pourcentage de membres des ménages au foyer utilisant de l'eau non améliorée mais employant une méthode appropriée de traitement de l'eau est passé de 10% en 2012 à 13% en 2016 selon les données provisoires de la MICS, soit une augmentation de 3% points. Cette progresse est insuffisante au regard de l'attente du programme (cible 2017 : 30%). Le traitement de l'eau de source non améliorée est plus élevé dans les régions de Boké (24%), Labé (15%) et Kindia (15%) et plus faible dans les régions de Nzérékoré (4%), Faranah (6%), Mamou (9%) et Kankan (12%). L'insuffisance du suivi et de sensibilisation des ménages et les faibles capacités des ménages pour le traitement de l'eau sont les principales causes.



Concernant la participation des hommes au traitement de l'eau ménagère, l'enquête MICS 2016 montre que 54% des ménages n'ont pas de l'eau sur place et pour ces ménages, les hommes représentent 13% des personnes qui s'occupent de l'approvisionnement en eau. Si on considère tous les ménages, les hommes représenteraient 7% des personnes qui participent à la recherche de l'eau dans les ménages, soit 14% des hommes. Donc en moyenne, 14% des hommes participent à la gestion de l'eau ménagère, soit 17% en milieu rural et 9% en milieu urbain. L'inégalité de genre dans la gestion de l'eau ménagère ont des causes liées aux normes sociales. Lors des entretiens avec les acteurs au niveau local, 3,5% des prestataires de santé pensent que la gestion de l'eau est une tâche qui

exclusivement réservé à la femme contre 32% des responsables des organisations communautaires qui pensent que la tâche de la gestion de l'eau est une affaire de femme. Ceci prouve l'insuffisance de formation des OCB sur les questions de genre. En effet, seulement 23% des OCB a déclaré avoir une formation sur le genre.

5.5.4.4 Appui à l'EHA dans les établissements sanitaires et scolaires

5.5.4.4.1 WASH dans les écoles

Dans les établissements scolaires, le programme met en œuvre des actions pour améliorer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène. C'est ainsi que (i) 404 867 élèves ont accès aux infrastructures d'EHA et sont sensibilisés à la promotion de l'hygiène entre 2012 et 2015 et la cible attendue pour 2017 est de 548 867 en 2017 ; (ii) 69 points d'eau sont réalisés ou réhabilités dans les écoles entre 2012 et 2015 et 31 autres entre 2016 et 2017 en cours ; (iii) le nombre de blocs de latrines réalisé/réhabilités dans les écoles est passé de 24 en 2012 à 107 en 2015 et 43 autres en cours entre 2015 et 2016. Le programme conduit également des actions pour le renforcement de capacités et des compétences des acteurs de l'école en matière d'EHA. C'est ainsi que (i) 335 écoles disposent de clubs écologiques avec l'appui du programme et 65 autres sont prévus entre 2016 et 2017, (ii) 420 enseignants sont formés à l'utilisation des paquets pédagogiques d'EHA entre 2013 et 2015 avec 390 autres prévus entre 2016 et 2017, (iii) le nombre d'APEAE formés est passé de 24 en 2012 à 452 en 2015 sur une cible de 3148 prévue en 2017. Le niveau d'exécution de ces activités a connu des retards par le fait de crise Ebola mais aussi à cause des retards liés à l'exécution financière selon les acteurs du niveau central dans les secteurs clés et ceci est lié selon eux, par les retards des justificatifs exigés par FACE. Selon les acteurs rencontrés au niveau du secteur l'éducation au niveau régional et préfectoral considèrent que les actions menés par le programme a permis de faire des améliorations. Cependant, ils pensent que les infrastructures d'EHA sont insuffisantes et ont une faible couverture au regard des effectifs des élèves. Les installations de lavage des mains ne fonctionnent pas à cause des ruptures d'intrants. L'usage du chlore pour le traitement des puits dans les écoles est arrêté à cause des craintes et fausses connaissance des causes dù à l'Ebola. L'insuffisance d'appropriation des communautés à la gestion de l'école. Aussi, il faut noter également l'insuffisance de supervision des agents chargés de la santé scolaire qui se focalisent plus sur le prise en charge curative que la prévention et la promotion des bonnes pratiques pour la santé.

5.5.4.4.2 WASH dans les établissements sanitaires

Dans les établissements sanitaires, le programme met en œuvre des actions pour améliorer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène. C'est ainsi que (i) le nombre de structures sanitaires équipées de points d'eau et de latrines par le programme est passé de 4 en 2012 à 43 en 2015 et 40 autres sont en cours entre 2016 et 2017 ; (ii) le nombre de structures sanitaires équipées de kit d'hygiène est passé de 4 en 2012 à 440 en 2015 et 100 autres prévues entre 2016 et 2017 pour atteindre la cible de 540 et (iii) 1160 personnels de santé sont formés sur les pratiques d'hygiène entre 2013 et 2015 avec 300 autres prévus entre 2016 et 2017. Ces actions dans les structures sanitaires sont reconnues par les acteurs comme un début de soulagement devant l'immense besoin d'EHA en milieu hospitalier. Les visites effectués dans 22 structures sanitaires (7 hôpitaux, 8 centres de santé, 7 postes de santé) dans les régions de Boké, Faranah et Nzérékoré ont montré la situation de l'EHA n'est pas aux normes dans la plupart des cas, particulièrement au niveau des postes de santé (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau 34 : situation de l'EHA dans les hôpitaux, centres de santé et poste de santé visités

Situation EHA	Hôpitaux (7)	Centres de santé (8)	Postes de santé (7)
Accès à une source d'eau améliorée	Tous ont accès	Tous ont accès	puits pour un poste, le reste ont accès au forage
Accès eux toilettes hygiéniques	Tous ont accès	Tous ont accès	03 sur 07 n'ont pas de latrines hygiéniques
Dispositif de lavage des mains	Pas de dispositif de lavage des mains pour 01 hôpital	seau avec vanne et couvercle et souvent manque de savon	Pas de dispositif de lavage des mains pour 02 postes de santé, les autres n'ont pas souvent le savon
Destruction des déchets solides	Brulés dans une fosse à ciel ouvert sauf un seul hôpital qui utilise l'incinérateur	collecté et éliminé en dehors de la formation sanitaire brulée dans une fosse à ciel ouvert sauf 02 qui utilisent l'incinérateur	03 postes de santé n'ont pas de dispositif d'élimination des déchets solides
Destruction des déchets liquides	02 hôpitaux déversent dans des latrines	Déversés dans les toilettes par un centre	04 postes de santé n'ont pas de dispositif d'élimination des déchets liquides
Situation de l'hygiène environnementale	Bonne pour 03 hôpitaux sur 07	Bonne pour 03 CS sur 08	Hygiène insuffisante pour la majorité

Les entretiens conduits auprès des prestataires ont montré que le pourcentage des prestataires formés en gestion des déchets est passé de 43% en 2012 à 61% en 2016. Donc un progrès a été fait dans ce cadre, mais le taux reste encore insuffisant. Cette situation confirme la perception des responsables de districts sanitaires qui pensent qu'il y a peu de formation en prévention des infections et en gestion des déchets ce qui conduit au non-respect des règles d'hygiènes au niveau des structures sanitaires ainsi qu'une insuffisance de suivi de l'hygiène dans les structures sanitaires. Cette situation montre une insuffisance intégration de l'EHA avec les interventions des autres composantes du programme au niveau des centres de santé.

5.5.5 Produit 3 de la sous-composante Eau, Hygiène et Assainissement

D'ici fin 2017, les capacités du pays et du secteur à tous les niveaux sont renforcées pour qu'au moins 50% des filles, des garçons et des femmes dans des situations humanitaires (choléra, inondations et troubles socio-politiques) jouissent d'un accès protégé et sûr à un nombre d'installations d'eau salubres, d'assainissement et d'hygiène.

Pour atteindre les cibles de ce résultat intermédiaire, (i) le programme a été mis en place et a appuyé le fonctionnement des coordinations humanitaires WASH au niveau national et au niveau des régions administratives, c'est ainsi que 7 coordinations régionales ont été mises en place entre 2012 et 2015 sur les 8 prévues ; (ii) la mise en œuvre de la stratégie WASH in Nut,, (iii) la conduite des activités de préparation et de réponse aux épidémies de choléra, Ebola, Inondation et autre crises sociales. D'une manière générale, les financements pour la mise ne œuvre des activités ciblées pour le résultat intermédiaire pour la période 2016-2017 sont à rechercher, ce qui met en retard leur mise en œuvre.

Tableau 35 : indicateurs et cibles du produit 3 de l'HA

Indicateurs	*Baseline 2012*	*Situation en 2015*	*Situation 2017*	*Cible 2017*
Nombre de coordination nationale humanitaire WASH mise en place et opérationnelle	*0*	*0*		*1*
% des mères sensibilisées sur les bonnes pratiques d'hygiène	*ND*	*0%*		*50%*
Nombres de zones à risque et de sites sentinelles disposant d'un stock de Contingence	*3*	*3*		*20*
Nombre de simulations réalisées dans les zones à risque	*ND*	*1*		*8*

6 – EFFICIENCE DU PROGRAMME

6.1 Rappel des questions évaluatives à l'efficience

1. Le programme dispose-t-il des ressources financières et humaines nécessaires pour atteindre les résultats ?
2. Les ressources disponibles sont-elles utilisées de façon efficace, aux yeux des résultats obtenus ?
3. Existe-t-il d'autres alternatives qui peuvent produire les mêmes résultats à moindre coût ?

6.2 Principaux constats sur l'efficience

A- Positif

1. Le programme a mobilisé plus de ressources financière que le budget initial ;

B – Points à améliorer

2. L'augmentation des ressources constitue un défi à une utilisation efficiente dans le contexte où les partenaires ont des retards dans la transmission des justificatifs
3. Les résultats intermédiaires qui sont liés au système de santé souffrent de l'inefficience structurelle du système : les programmes natioanx de santé sont verticaux conduisant ainsi à l'insuffisance d'optimisation des ressources humaines et logistiques
4. Le manque d'intégration des aspects de la MAM est une limite à l'efficience de la sous-composante de nutrition
5. La gestion déficiente des intrants du programme au niveau opérationnel entrave l'efficience du programme
6. L'insuffisance de suivi post FDAL pourrait réduire l'efficacité de l'ATPC qui est une activité pourtant efficiente en elle-même
7. Le manque d'inter- sectorialité dans le programme particulièrement au niveau communautaire et au niveau du suivi réduit son efficience.

6.3 Résultats sur l'éfficience

6.3.1 - Analyse financière

Le document initial du Programme de pays 2013-2017 donne une allocation globale pour l'ensemble de la période par composante. Pas de ligne budgétaire unique du CSD mais une addition permet de l'avoir. Une estimation du budget sur la période 2013-2016 pourra être obtenue sur la base d'une estimation linéaire. La ligne intersectorielle ne sera pas prise en compte dans cette estimation. Une planification biennale des ressources est faite**.**

L'allocation budgétaire du CPD 2013-2017 est de 101,700 millions USD. L'estimation pour la période 2013-2016 s'établit à 81.368 millions USD sur une base d'estimation linéaire. Les sous-composantes de programme CSD représentent 62% du budget total.

Tableau 36 : Budget total du Programme de Coopération 2013-2017

Composantes du programme	*En milliers de dollars des États-Unis*			*%*
	Ressources ordinaires	*Autres ressources*	*Total*	
Santé de la mère et du jeune enfant	*13 000*	*14 500*	*27 500*	*27,0*
Nutrition	*4 500*	*11 000*	*15 500*	*15,2*
Enfants et VIH/Sida	*4 510*	*5 000*	*9 510*	*9,4*
Eau, hygiène et assainissement	*4 500*	*6 000*	*10 500*	*10,3*
Éducation de base de qualité	*6 500*	*10 000*	*16 500*	*16,2*
Protection de l'enfant	*5 000*	*5 500*	*10 500*	*10,3*
Politiques sociales, plaidoyer, suivi et évaluation	*3 700*	*3 000*	*6 700*	*6,6*
Intersectorielle	*3 000*	*2 000*	*5 000*	*4,9*
Total	*44 710*	*57 000*	*101 710*	*100,0*

Source : UNICEF

Les données financières disponibles montrent que la structure financière a connu une évolution compte tenu de l'urgence EbolaAu total près de 95,987 millions USD dollars ont été mobilisés pour le Programme CSD entre 2013 et 2016 soit 52,303 millions USD pour l'urgence et 42,684 millions USD pour le budget régulier. Le taux de mobilisation du budget régulier est estimé à 85%. Le budget de l'urgence représente 55% du budget mobilisé pour le programme.

Tableau 37 : Budget total du Programme de Coopération estimé sur une base linéaire pour 2013-2016

Composantes du programme	*En milliers de dollars des États-Unis*			*%*
	Ressources ordinaires	*Autres ressources*	*Total*	
Santé de la mère et du jeune enfant	*10 400*	*11 600*	*22 000*	*27,0*
Nutrition	*3 600*	*8 800*	*12 400*	*15,2*
Enfants et VIH/Sida	*3 608*	*4 000*	*7 608*	*9,4*
Eau, hygiène et assainissement	*3 600*	*4 800*	*8 400*	*10,3*
Éducation de base de qualité	5 200	8 000	13 200	16,2
Protection de l'enfant	4 000	4 400	8 400	10,3
Politiques sociales, plaidoyer, suivi et évaluation	2 960	2 400	5 360	6,6
Intersectorielle	2 400	1 600	4 000	4,9
Total	**35 768**	**45 600**	**81 368**	**100,0**

Les dépenses totales du programme sont estimées à 86,368 millions USD entre 2013 et 2016 soit 51,169 millions pour les urgences et 24,194 millions pour le budget régulier. Le taux de consommation du budget mobilisé est de 91% , soit 82% pour le budget régulier et 98% pour les fonds d'urgence.

Tableau 38 : Taux d'exécution du budget par composante du CSD

Composante CSD	Allocation	Utilisé	Taux d'utilisation
1770/A0/04/701 01 - **Santé de la mère et jeune enfant**	54 948 738	53 360 403	97%
Other Resources - Emergency	34 014 642	32 993 915	97%
Other Resources - Regular	14 833 545	14 175 551	96%
Regular Resources	6 100 551	6 190 937	101%
1770/A0/04/702 04 - **Nutrition**	9 216 222	8 831 550	96%
Other Resources - Emergency	4 844 975	4 765 872	98%
Other Resources - Regular	2 609 557	2 287 218	88%
Regular Resources	1 761 690	1 778 460	101%
1770/A0/04/703 02 - **Enfants et VIH/Sida**	8 687 352	3 603 170	41%
Other Resources - Emergency	527 257	526 117	100%
Other Resources - Regular	7 787 689	2 733 144	35%
Regular Resources	372 406	343 909	92%
1770/A0/04/704 03 - **Eau, Hygiene, Assainissement**	22 134 566	20 572 844	93%
Other Resources - Emergency	12 916 276	12 883 548	100%
Other Resources - Regular	6 612 929	4 997 823	76%
Regular Resources	2 605 360	2 691 473	103%
Grand Total	94 986 877	86 367 967	91%

6.3.2 Analyse opérationnelle

Les sous-composantes du programme survie reposent particulièrement sur le système de santé (SMI, nutrition, VIH et le volet hygiène du WASH). La disponibilité des ressources humaines est donc déterminée par celles du système de santé. Il faut noter à ce niveau la problématique essentielle du développement et de la gestion des ressources humaines en santé qui a été ressortie comme goulot d'étranglement pour toutes les améliorations attendues dans le secteur. Il s'agit d'un des principaux aspects structurels du système que le Programme devra cibler pour une efficience du programme. Quelle que soit la région, il est observé que le personnel de la direction est quantitativement insuffisant pour répondre aux besoins administratifs et de santé des populations. Cette insuffisance tient principalement aux postes non pourvus en personnel, l'insuffisance de renouvellement du personnel et la forte mobilité de celui-ci du fait du contexte économique. Le déficit à ce niveau est estimé par exemple à 74% à Nzérékoré tandis qu'à Boké et Farannah, se pose la question de la mobilité du personnel auquel s'ajoutent des cas de décès qui reduisent l'effectif du personnel administratif, les abandons de poste et le regroupement familial. Selon les répondants, la situation des ressources humaines au plan qualitatif est restée statique depuis 2012. L'absence de recrutement duquel découle le faible renouvellement du personnel participe de la faible qualité des ressources humaines. Le gouvernement a récemment pallié à cette faiblesse en recrutant des agents de santé mais les visites de terrain ont montré l'insuffisance de formation de ces ressources humaines.

Concernant l'approche communautaire, on en est encore à la phase préliminaire, mais une meilleure efficience exige l'implication de l'ensemble des agents communautaires déjà disponibles (les AC, les relais communautaires engagés dans les différentes sous-composantes du programme, les acteurs de la société civile) dans cette mise à échelle, ce qui permettrait de profiter des synergies et des gains d'efficience.

Avec les insuffisances au niveau de la dynamique communautaire, l'insuffisance de suivi post FDAL aura un entre sur l'efficience de cette approche effeiciente.

7 IMPACT

7.1 Rappel des questions évaluatives à l'impact du programme

1. Dans quelle mesure le programme a contribué aux progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant ?
2. Dans quelle mesure l'UNICEF assure-t-elle la cohérence et la complémentarité des interventions avec les autres composantes du programme-pays et les interventions des autres agences du SNU

7.2 Principaux constats sur l'impact

A- Positifs

1. Le programme participe directement à atteindre les effets de l'Axe 3 du PNUAD sur l'amélioration des conditions de vie des populations guinéennes par l'accroissement (en quantité et qualité) de l'utilisation des services sociaux de base
2. l'UNDAF est un outil pertinent pour le suivi de l'impact du cadre de coopération dans ses aspects de formulation, inter-sectorialité,
3. Perception positive des acteurs , des partenaires et des leaders communautaires sur la contribution du programme sur les changements pour réduire la mortalité infantile même si les pesenteurs socio-économiques influencent négativement l'utilisation adéquate des paquets de services à haut impact offerts par le programme
4. Passage à échelle des services spécifiques pour la survie tels que la nutrition, le VIH et la santé communautaire.

B- Insuffisance

1. Le manque d'alignement et de complémentarité entre les activités financées par le budget national et celles financées dans le cadre de la composante survie
2. Les sous-composantes du programme survie de l'UNICEF sont faiblement ou pas du tout intégrées ; les autres domaines d'intervention de l'UNICEF (éducation, protection) ne sont considérés ni à la programmation, ni à l'exécution
3. Le financement direct des PTF du niveau opérationnel sans l'intégration dans la planification et la programmation et la manque de système d'information efficace devient une entrave à la mesure des effets et l'impact àn postériori ;
4. L'appui d'activités pouvant être considérées comme antagonistes (systèmes d'information parallèles) par les PTF ménace la cohérence et la complémentarité des interventions ;
5. La contribution aux progrès réalisés dans le domaine de la survie ne pourra pas être quantifiée et liée directement à un cycle de programme comme celui actuellement évalué.
6. Insuffisance de couverture des formations par rapport aux prestations offertes.

7.3 Contribution aux progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant

La contribution aux progrès réalisés dans le domaine de la survie ne pourra pas être quantifiée et liée directement à un cycle de programme comme celui actuellement évalué. Les données disponibles à travers les EDS et MICS mesurent la mortalité infantile sur une période d'au moins 5 ans par rapport à l'année de l'enquête. Cependant, il faut aller au dela des rapport produits et diffusés de ces enquêtes et faire des analyses secondaires à partir des bases de données de ces enquêtes pour mieux apprécier des changements au niveau des facteurs déterminants de la survie de l'enfant. Par exemple, l'étude d'impact de l'ATPC+ et les enquêtes CAP devront être mises en œuvre pour mieux apprécier les changements ou les début de changement des interventions au niveau des bénéficiaires.

Les données recueillies auprès des informateurs clés, les prestataires et au niveau communautaire montrent une perception positive du programme sur la survie de l'enfant parce que les stratégies et les approches sont éprouvées. Cependant il existe encore des pesenteurs socio-culturelles et les contraintes du cadre macro-économique du pays qui limitent les effets et les impacts de l'insuffisante utilisation des services disponibles. Au niveau des services de santé, l'analyse sur l'évolution des services fournis et des formations reçu est faite entre 2012 et 2016 pour mettre en évidence les progrés réalisés par le programme et une autre analyse est faite entre la période « avant CSD : 2013-2015» et la situation après (2016-2017) pour mettre en évidence les apports du CSD. Le test de Student a été utilisé pour déterminer la signification statistique au seuil de 10% et 5%. Ces analyses sont faites sur la bases des données de terrain colectées dans les régions de Boké, Faranah et Nz'érékoré. La compraison entre les régions est également faite pour mettre en évidence la dimension régionale et des inégalités au niveau des effets observés.

La gamme de service offert par chaque prestataire a augmenté dans l'ensemble après la formulation du CSD avec variations au niveau des région et des types de services.
Il ressourt du tableau 39 ci-dessous que le nombre de prestataires qui offrent les services de VIH a augmenté de 16% (p-value=0,002) de façon significative dans l'ensemble des trois régions. Cette tendance est observé à Boké (20%, p-value=0,04) et à Nzérékoré (19%, p-value=0,02). L'intégration VIH-nutrition dans l'offre de service a également augmenté avec le CSD avec un taux de 12% (p-value=0,002) ppour l'ensemble des trois régions, 15% (p-value=0,03) pour Boké et 13% (p-value=0,03) pour Nzérékoré. L'intégration des prestataions santé-VIH-Nutrition a connu une augmentation pour l'ensemble des trois régions (10%, p-value=0,005), pour la région de Boké (13%, p-value =0,03) et dans la région de Nzérékoré (10%, p-value =0,07).
L'évolution du nombre de prestataires impliqués dans l'offre de service est spacifiques pour certaines régions : Au niveau de Boké, des augmentations significatives sont obserfvé au niveau des prestations sur la santé de la mère et de l'enfant (+20%, p-value=0,04), l'intégration santé-Nutrition (+10%, p-value=0,04), Santé-VIH-Nutrition-Urgence (+11% ; p-value=0,05) et Santé-VIH-Nutrition-Urgence –EHA (+9%, p-value=0,04).
Au niveau de Nzérékoré, les augmengtations sont observé au niveau de la santé communautaire (+15%, p-value=0,04) et la planification (+15%, p-value=0 ,04). Concernant les activités de planification, le responsable du Bureau de l'Uncef et le Directeur régional de la santé ont reconnu que « la mise en place du programme CSD, avec un seul bailleur favorise un emailleure planification des activités ».
Au niveau de Faranah, aucune variation signkificative n'a été observée.
Le tableau 41 en annexe donne les taux de progression pour l'ensemble des prestatations

Tableau 39 : Taux de progression significatif du nombre de prestataires offrant les prestatation entre la période 2013-2015 et 2016-2017

Prestatation	Ensemble (Boké, Nzérékoré, Faranah)		Boké		Faranah		Nzérékoré	
	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value
Santé de la mère et de l'enfant	11%	,033**	20%	0,04**	11%	0,11	4%	0,57
Santé communautaire	9%	,024**	5%	0,33	0%	NA	15%	0,04**
VIH et IST	16%	,002**	20%	0,04**	0%	NA	19%	0,02**
Planification	9%	,024**	5%	0,33	0%	NA	15%	0,04**
Santé-Nutrition	6%	,070*	10%	0,04**	0%	NA	6%	0,38
VIH-Nutrition	12%	,002**	15%	0,03**	0%	NA	13%	0,03**
Santé-VIH-Nutrition	10%	,005**	13%	0,03**	0%	NA	10%	0,07*
Santé-VIH-Nutrition-Urgence	7%	,038**	11%	0,05**	0%	NA	6%	0,30
Santé-VIH-Nutrition-Urgence-EHA	7%	0,01**	9%	0,04**	1%	0,35	7%	0,12

Le nombre de personnes formées pour la mise en œuvre des prestations a connu peu de variation entre 2015 et 2017.
Il ressort du tableau 40 ci-desous que la régions de Nzérékoré se distingue par une augmentation significative de la formation des prestataires en santé communautaire(+30%, p-value=0,01) et la région de Boké par la formation en VIH-Urgence (+10%, p-value=0,04).
Les domaines de formations qui ont connu une augmentation non spécifiques aux régions sont le PEV (+9%, p-value=0,02), la santé avectoutes ses composantes (+9%, p-value=0,02), l'eau et l'assainissement en milieu hospitalier (+13%, p-value=0,02) , Santé et l'urgence (+10%, p-value=0,01), l'intégration santé-VIH-Nutrition-Hygiène (+ %, p-value=0,03).
Au regard de ces données, nous notons qu'il existe envcore des besoins de formation à satisfaire pour améliorer la qualité et la bonne intégartion des services.
Le tableau 42 en annexe donne les taux de progression pour l'ensemble des prestatations

Tableau 40 : Taux de progression significatif du nombre de prestataires formés parmis ceux qui offrent les prestations entre la période 2013-2015 et 2016-2017

Prestatation	Ensemble (Boké, Nzérékoré, Faranah)		Boké		Faranah		Nzérékoré	
	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value
Programme Elargi de vaccination	9%	0,02	10%	0,16	0%		11%	0,08
Santé communautaire	18%	0,01	10%	0,33	0%		30%	0,01
Santé	9%	0,02	10%	0,16	0%	-	11%	0,08
Eau et Assainisement Hygiène et sécurité	13%	0,02	15%	0,08	0%		15%	0,10
Santé-Urgence	10%	0,01	13%	0,06	11%	17%	7%	0,26
VIH-Urgence	7%	0,09	10%	0,04	11%	17%	4%	0,63
Santé-VIH-Nutrition-EHA	6%	0,03	5%	0,12	3%	0,40	8%	0,13

7.4 Cohérence et complémentarité des sous-composantes de la CSD

La formulation des sous-composantes SMI, Nutrition, VIH et EHA ne s'est pas toujours faite de manière intégrée et complémentaire. L'examen des plans respectifs révèle peu de domaines à mettre en œuvre en commun, et surtout ne formalise pas la volonté exprimée au niveau de la vision de cibler les mêmes zones et les mêmes groupes de population, et d'opérationnaliser le programme de manière conjointe entre ces sous-composantes. Cependant il faut particulièrement signaler que certains aspects de la PCIMNE Communautaire apparaissant « en appui » à d'autres interventions de SMI (ex : vaccination), de nutrition (ex : allaitement maternel), ou de WASH (ex : lavage des mains).

1.1 Cohérence et complémentarité du SDE avec les autres composantes du CPD

Le document de programmation (CPD) ne ressort pas d'éléments clairs sur l'inter-sectorialité de la composante survie avec les autres composantes du Programme Pays. Il n'existe pas de mécanismes clairement définis et tangibles permettant de garantir l'inter-sectorialité des sous-composantes de la survie avec les composantes éducation, protection et droits des enfants. Les acteurs sur le terrain et les bénéficiaires n'arrivent pas à bien percevoir également ce lien et pourtant, la vision transversale des droits de l'enfant et de la femme, est retenue au niveau global comme principe programmatique.

Par ailleurs, la riposte à la crise et la résilience post-Ebola ont favorisé dans une certaine mesure la cohérence et la complémentarité de composante SDE et les autres composantes.

7.5 Cohérence et complémentarité de la CSD avec les autres agences SNU et autres PTF

Les interventions avec les autres agences de développement (agences des NU, bilatéraux et multilatéraux) sont intégrées. L'appui conjoint des campagnes de vaccination (OMS et UNICEF), l'engagement conjoint aux côtés du Gouvernement pour l'adoption de stratégies nationales porteuses et conformes aux engagements du Pays et/ou aux orientations mondiales (santé, nutrition, VIH WASH) ainsi que le plan conjoint Unicef-UNFPA et la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle sont à titre des exemples d'intégration plus ou moins réussis des appuis et interventions entre les agences.

1.2 Lien du programme avec le PNUAD

Le programme participe directement à atteindre les effets de l'Axe 3 du PNUAD sur l'amélioration des conditions de vie des populations guinéennes par l'accroissement (en quantité et qualité) de l'utilisation des services sociaux de base. Le programme a par ailleurs pleinement contribué à l'Axe stratégique 4 sur Ebola qui a été rajouté au PNUAD en Décembre 2014. Les principaux résultats attendus du programme de

coopération UNICEF-GdG s'inscrivent par ailleurs dans le cadre des priorités du Plan Stratégique à Moyen Terme (PSMT) de l'UNICEF au niveau mondial et du document « Unis pour les enfants, contre le sida ».
Les objectifs stratégiques du PNUAD en République de Guinée ont été inspirés par la Déclaration du Millénaire et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). En outre, la conception du programme, les stratégies et les résultats prévus pour le programme UNICEF-GdG 2013-2017 ont été guidés par la Convention relative aux droits de l'enfant, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, « Un monde Digne des Enfants », la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, l'Agenda d'Accra pour l'action et le Cadre d'action de Hyogo (remplacé par Le nouveau Cadre de Sendai 2015-2030).

2 DURABILITE

2.1 Rappel des questions évaluatives à la durabilité du programme

1. L'appropriation nationale du programme est-elle satisfaite ?
2. Les conditions nécessaires pour une appropriation des interventions par la partie nationale sont-elles satisfaites ?
3. Y-a-t-il des interventions du programmes qui ont été complètement intégrées et financées sur le budget propre du pays au lieu ou en complément de celui du programme de l'UNICEF ?
4. Le programme, a-t-il identifié et développé les partenariats nécessaires pour la réalisation des résultats attendus ?
5. Les interventions prennent-elles suffisamment en compte la résilience des communautés ?
6. Dans quelle mesure les interventions humanitaires, notamment contre Ebola contribuent à la résilience post-crise et au processus de développement ?

2.2 Principaux constats sur la durabilité

A- Positifs

1. Le programme pays a été adapté pour le renforcement du continuum urgence-développement ;
2. Les partenariats avec les ONG pour la mise en ouvre des activités est une opportunité de renforcement des capacité locales mais le PCA sont souvent de courtes durées.

B- Insuffisances

3. Les conditions requises pour une appropriation effective du programme constituent encore un défi par (i) l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, (ii) la faible implication des responsables nationaux, en particulier au niveau opérationnel et (iii) la prise en compte des engagements des bénéficiaires dans les phases planification-programmation , la mise en œuvre et le suivi et évaluation du programme
4. Le suivi évaluation conjoint à travers des supervisions intégrées a été une faiblesse de la mise en œuvre du programme ;
5. La quasi-totalité des activités en lien direct avec le programme restent supportées par les financements extérieurs malgré l''augmentation du budget alloué à la santé par l'Etat.

2.3 L'appropriation des interventions par les parties nationales gouvernementales

Elle est également identifiée à travers les documents stratégiques comme un problème majeur. Pour les secteurs concernés par la composante survie du Programme de coopération, cette insuffisance est particulièrement prononcée à tous les niveaux : le Ministère de la santé ne dispose pas en nombre suffisant de cadres qualifiés aux différents niveaux pouvant, d'une part, s'impliquer efficacement aux étapes de planification (centrale et régionale) et d'évaluation, et d'autre part, prendre toute la responsabilité de la mise en œuvre des activités du programme. Le PNDS développe suffisamment cette question, et propose les actions, mesures et réformes nécessaires pour disposer des ressources humaines au plan quantitatif et qualitatif. Ces réformes structurelles dépassent largement les prérogatives et les capacités des secteurs. Cependant, il faut noter l'existence de responsables nationaux et de cadres – aux différents niveaux – qui ont fait preuve de capacités leur permettant de mener à bien ces étapes si les conditions leur sont favorables.

En dehors des responsables de programmes, certains cadres des ministères (DRH, DAF) ne se sentent pas impliquer effectivement à toutes les étapes de gestion du programme : planification, mobilisation des

ressources, mise en œuvre, suivi et évaluation. Il s'agit d'une question essentielle autour de l'appropriation. En effet, les responsables nationaux rencontrés au niveau central comme les DRH et les DAF ainsi que les Directions régionales de la Planification (BOKE par exemple) se plaignent d'une absence d'implication dans les phases de planification et d'évaluation, en particulier le choix des zones de ciblage, et de son insuffisance quand il s'agit de la mise en œuvre et du suivi des activités. En résumé, le Programme gagnerait pour son appropriation par une meilleure implication de ces catégories de responsables aux différentes phases de gestion du Programme.

Il faut cependant signaler que des exemples concrets d'impliquation efficace des responsables nationaux existent, et méritent, malgré leur insuffisance, d'être mis en exergue. Ils concernent différentes sous composantes où la partie nationale – exclusivement au niveau central – a été suffisamment impliquée dans les choix stratégiques et les planifications opérationnelles nationales du Programme. Par ailleurs, l'existence de task force au niveau régional, préfectoral et national se présente comme une alternative à une appropriation certaine des interventions par la partie nationale. Toutefois, les conditions d'une appropriation durable ne semblent pas réunies soutiennent les répondants.

Au niveau central les responsables concernés par ce programme se plaignent tous d'un manque de moyens financiers et logistiques leur permettant de mieux encadrer et accompagner la mise en œuvre des activités. Le relachement des interventions et l'insuffisance de leur suivi pourraient réduire à néant les efforts fournis.

Au niveau régional, la même plainte se renouvelle avec plus d'acuité.

Le véritable problème réside dans le fait que les responsables sectoriels et leurs personnels que ce soit dans la santé, l'assainissement ne sont pas assujettis à des résultats de performance clairs desquels dépendraient leur promotion ou mieux leurs revenus. Dans ce contexte, le programme d'appui de l'UNICEF, devra opter une stratégie portant sur l'octroi de motivations matérielles à la mise en œuvre des activités en attendant la mise en place de contrats de performance, retenue comme l'une des principales réformes du PNDS. Le contexte national s'inscrit dans ce sens avec le nouveau projet de la banque mondiale qui expérimente le financement basé sur la performance.

Le leadership de l'Etat dans le financement et la mise à disposition de ressources humaines qualifiées, comme la vaste opération de recrutement dans le secteur de la santé, gagneraient de la durabilité des interventions en l'absence des ressources extérieures en termes d'impact sur les politiques. L'opportunité de pérenisation des insfrastructures résideraient en leur augmentation tandis que la décentralisation aiderait à l'amélioration de la santé des populations.

2.4 L'appropriation des interventions au niveau communautaire

L'appropriation par les bénéficiaires est indispensable à la durabilité des acquis, et ceci est d'autant plus vrai que, malgré la multitude d'initiatives communautaires développées depuis plusieurs décennies, l'approche communautaire paraît encore insuffisante sur le terrain. Les approches communautaires souffrent du manque d'implication effective des bénéficiaires. **La crise Ebola a été dans une certaine mesure une « opportunité » pour une plus forte implication communautaire mais les acteurs de terrain comme les organisations communautaires rencontrées et les ONG ont des inquiétudes qu'on « retombent à la situation habituelle avant Ebola» où les stratégies et approches sont élaborées sans les représentants des bénéficiaires**. Par ailleurs, les instruments de suivi et évaluation y compris les outils de collecte de données ne prennent pas suffisamment en compte les actions communautaires parce que (i) non intégré aux systèmes nationaux de suivi et évaluation, (ii) les rapports des acteurs communautaires ne font pas l'objet d'analyses approfondies et continues et sont dissimilés auprès des différentes structures qui les financent.

La composante WASH est une opportunité pour le passage à l'échelle dans son volet ATPC concernant les villages FDAL. L'analyse des entretiens avec les communautés a permis d'appprécier l'intérêt particulier de l'adhésion à l'ATPC, qui est un facteur essentiel en faveur de la durabilité de l'action. L'appui aux organisations communautaires devraient prendre en compte des aspects liés au renforcement des capacités organisationnelles et la gestion basée sur les droits humains et le genre. Des mesures d'accompagnement aux organisations féminines visant à renforcer l'autonomisation des femmes pourraient être bénéfiques pour un engagement à moyen et long terme des femmes.

2.5 Contribution financière du gouvernement

Par rapport à la prise en charge de certains éléments du programme par le budget propre de l'Etat, les documents du programme ne mentionnent pas de manière explicite les données sur la contrepartie du budget de l'Etat. Par conséquent, la plupart des interventions du Programme restent largement tributaires de l'appui technique et financier de l'UNICEF notamment l'approvisionnement en intrants (de nutrition et de WASH), l'équipement en chaînes de froid et les stratégies mobiles et avancées de vaccination et de nutrition.

On note toutefois qu'une tendance à une appropriation progressive des interventions est observée chez l'ensemble des acteurs de la partie nationale. Elle se traduit par une sensible amélioration des investissements publics. Toutefois aucune ligne budgétaire n'est octroyé au volet nutrition pour d'intérêt pour la survie de l'enfant. Aussi, un plan accéléré de la sécurité nutritionnelle fondée sur le mouvement SUN et l'élaboration d'un PAO engageant l'Etat ont –ils constitué les mécanismes adoptés pour une réelle appropriation par les institutions nationales. Bien que l'engagement du Gouvernement soit exprimé au haut niveau, il n'est pas suivi d'une prise de décision concrète pour un accompagnement financier conséquent en dehors du paiement des salaires des agents de l'Etat et les amortissements des infrastructures. Cette situation entrave la mise en œuvre des interventions. L'implication du secteur privé y compris la mobilisation des ressources internes constitueraient des alternatives possibles pour soutenir les interventions et les inscrire dans une perspective de durabilité.

2.6 Contribution des interventions humanitaires, particulièrement la crise Ebola et à la résilience post-crise et au processus de développement

Dans le contexte actuel où le programme pays a été adapté pour le renforcement du continuum urgence-développement, il est plus que nécessaire d'apporter des solutions pour préserver les acquis dans la perspective d'élaboration du prochain cycle de programme plus viable. Ainsi, le renforcement du partenariat avec les ONGs pourrait être d'un grand apport dans cette démarche. Le passage à échelle de l'approche communautaire constituerait un terrain favorable au développement de cette alternative. La durabilité et le renforcement structurel seront les principaux enjeux et défis à relever par le prochain programme pays avec une composante CSD plus consolidée et une forte implication des bénéficiaires.

3 GENRE, EQUITE ET APPROCHES BASEES SUR LES DROITS HUMAINS

3.1 Rappel des questions évaluatives au genre, équité et droits humains

1. Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-elle intégré l'approche genre dans la conception et la mise en œuvre de ses interventions ?
2. Les priorités stratégiques du programme sont-elles basées sur une analyse des problèmes d'équité et leurs causes ont été suffisan profondes ?
3. Dans quelle mesure le plaidoyer et les interventions de l'UNICEF ont-ils contribué à un dialogue politique focalisé sur l'équité ?
4. Dans quelle mesure les outils d'opérationnalisation du programme pays permettent-ils le ciblage des enfants exclus ?
5. Les recommandations de la CDE et la CEDEF ont-elles été prises en compte lors de l'élaboration du programme ?

3.2 Principaux constats sur les considérations de genre, équité et droits humains

A- Positifs

1. L'UNICEF a développé une position globale de plaidoyer et de leadership dans le cadre de la promotion et de la défense des droits des enfants, des femmes et des plus défavorisées
2. Les recommandations CDE et CEDEF sont clairement prises en compte dans les formulations stratégiques, et l'UNICEF s'engage activement pour améliorer la situation des droits des femmes et des enfants en République de Guinée
3. Les poches de pauvreté sont connues au niveau national

B- Insuffisances

1. Manque de mécanisme et d'outils y pour le suivi des progrès en matière d'équité ;
2. Retard dans le developpement et la mise à jour de DevInfo ;
3. Insuffisance appropriation de l'outil MODA au niveau national,
4. Insuffisance d'analyse de données desagrégées par régions/préfeceture et le genre
5. Manque d'analyse secondaire des séries de données d'enquête ELEP, EDS, MICS et SMART basé sur les déterminants de la demande des services et des comportements et pratiques des populations
6. Manque d'analyse de type MARP avant l'implémentation des intervention au niveau comunautaire
7. Insuffisance de formation des acteurs sur le genre et les droits humains

3.3 Prise en compte des recommandations de la CDE et la CEDEF

Sur ces questions transversales, l'UNICEF a développé une position globale de plaidoyer et de leadership dans le cadre de la promotion et de la défense des droits des enfants, des femmes et des plus défavorisées. Les recommandations CDE et CEDEF sont clairement prises en compte dans les formulations stratégiques, et l'UNICEF s'engage activement pour améliorer la situation des droits des femmes et des enfants en République de Guinée. Cependant, les contraintes opérationnelles liées au système entravent les efforts sur le terrain.

L'intérêt particulier accordé « *aux taux de mortalité, à la couverture vaccinale, à l'état nutritionnel et à la prise en charge des maladies de l'Enfant* » a été au centre de la vision du secteur de la santé et du Programme CSD. Cependant, la mise en œuvre des recommandations relatives à « *l'accès des femmes, notamment rurales, aux soins de santé et aux services et renseignements sanitaires* », « *l'accès des enfants à des services de dépistage et de conseils VIH confidentiels qui tiennent compte de leur sensibilité* » ainsi que « *l'offre de services pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH* » restent limités.

Les composantes de protection, de politiques sociales et de partenariat pour les droits de l'enfant, prennent en compte les recommandations de la CED et de CEDEF. Mais, la structure verticale des composantes du programme de coopération ne permet pas de garantir la prise en compte par les sous-composantes de la CSD.

Les entretiens avec les prestataires de services montrent des insuffisances au niveau de la formation en matière d'égalité de genre ; ce qui compromettra la prise en compte des notions de genre dans les prestations de services. Les ONG rencontrées au niveau local pensent qu'il existe des normes sociales et autres facteurs structurels qui ne favorisent pas le genre et limitent l'utilisation des services comme le dépistage des conjoints en PTME et l'utilisation de produits de contraception y compris le préservatif par les adolescentes et l'implication des hommes dans la gestion de l'assainissement et l'eau au niveau des ménages..

3.4 Équité, ciblage des groupes vulnérables

L'esprit du programme est de cibler les plus défavorisés ainsi que les enfants et les femmes comme groupes vulnérables. La prise en compte de l'équité et du genre participent à établir la justice sociale dans les interventions quelle qu'en soit la nature. Pour la plupart des répondants, la prise en compte de ces concepts dans l'opérationnalisation du CSD est élevée et se traduit par la sélection des zones de haute vulnérabilité, la prise en compte des enfants et des femmes.

Cependant, il en ressort que le manque d'information constitue une contrainte majeure au développement de stratégies spécifiquement orientées vers l'équité : « en vue d'intégrer les dimensions d'équité, de genre et d'approche des droits humains, les avantages comparatifs de l'UNICEF (enquêtes MICS, analyse de la situation, MODA et bases de données DevInfo à développer) seront utilisés afin de renforcer les outils de planification/budgétisation et de suivi/évaluation ». En effet, ce manque d'information ne permet pas de bien caractériser le problème d'exclusion, et de développer ainsi ces orientations programmatiques ciblant les groupes vulnérables intra-régionaux. Par ailleurs, il faut retenir que les structures ou programmes étatiques ne disposent pas de stratégies claires de ciblage des droits des femmes et des plus défavorisés. Bien que l'enquête sur le niveau de vie des ménages comme l'ELEP permet d'avoir l'incidence de la pauvreté monétaire au niveau régional, cela reste encore limitée pour une analyse au niveau plus désagrégée comme la préfecture et au niveau de l'accès aux services sociaux de base ciblés par le programme CSD. On note toutefois que les acteurs nationaux ne sont pas encore appropriés l'analyse multidimensionnelle de la pauvreté non monétaire avec l'outil MODA qui permet de faire une analyse multudimensionnelle de la privation.

Les poches de pauvreté sont connues au niveau national. Il n'existe pas une désagrégation des indicateurs de suivi visant ces facteurs de vulnérabilité ou ciblant les populations vulnérables. Les activités avancées et mobiles et les campagnes de masse visent, en particulier, à atteindre ces poches d'exclusion au niveau local, mais les résultats de ces activités ne sont pas souvent intégrés au système d'information (par exemple, les données sur la vaccination du SNIS sont les données du PEV de routine puisque les données communautaires ne sont pas prise en compte). Les données venant des postes de santé sont compilées avec les données des centres de santé, ce qui ne favorise pas une visibilité sur la demande de services des populations les plus vulnérables. Il n'existe donc pas un système d'information permettant de suivre la mise en œuvre de ces interventions et de mesurer l'atteinte des résultats spécifiquement liés à ces groupes. La marginalisation et la pauvreté continuent d'affecter l'accès de ces populations aux services et à mettre en cause les avancées en matière de survie et de développement des enfants. Par aliieurs, les bases de données devinfo ne sont pas encore opérationnelles

3.5 Plaidoyer et dialogue politique en faveur de l'équité

Le programme dans ses sous-composantes santé et nutrition est conçu comme une contribution au développement du système de santé alors que le PNDS ne mentionne pas les problèmes liés à l'équité et au genre comme aspects spécifiques qui méritent des stratégies adéquates. Comme le système de santé souffre d'importants problèmes structurels tels que l'insuffisance de la couverture des services, l'insuffisance du financement par l'Etat, il a été plus urgent de s'attaquer à ces problèmes perçus comme prioritaires au détriment des questions de genre et d'équité à travers le programme.

4 -COHERENCE, COORDINATION ET MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Rappel des questions évaluatives pour la cohérence, coordination et mécanismes de mise en oeuvre

1. Les partenariats établis sont-ils les plus indiqués pour l'atteinte des résultats escomptés ?
2. Dans quelle mesure les procédures administratives d'attribution des financements et de gestion du programme favorisent-elles ou freinent-elles l'adaptation des actions aux besoins des bénéficiaires ?
3. Dans quelle mesure l'introduction de VISION et l'outil FACE améliore-t-elle significativement les chances d'obtenir les résultats attendus ?
4. Dans quelle mesure les mécanismes de suivi et de coordination ont-ils d'une part été focalisés sur les résultats et d'autre part ont-ils contribué à les améliorer et à assurer le continuum urgence-développement ?

4.2 Principaux constats sur les considérations de genre, équité et droits humains

A- Points Positifs

1. Les partenariats institutionnels établis sont adéquats pour une réalisation durable des résultats ;
2. L'introduction des outils VISION et FACE participe à la traçabilité des financements et offre une opportunité de bonne gouvernance des fonds publics
3. La présence de l'UNICEF a permis de maintenir l'attention des responsables étatiques autour de l'importance de la coordination et de la supervision, et à mieux canaliser les besoins de coordination autour des actions communautaires.

B- Points à améliorer

1. Les difficultés structurelles des Départements d'ancrage institutionnel de la composante (MS, Minstère chargé de l'Eau, Ministère de l'Action Sociale de la femme et de l'Enfant) limitent le leadership national ;
2. La nécessité de renforcer les capacités des partenaires techniques d'exécution pour la réalisation des résultats dans des délais raisonnables ;
3. Les faiblesses de la coordination au niveau régional constitue un obstacle à l'amélioration de la performance du programme ;
4. L'absence d'indicateurs de performance au niveau opérationnel ne facilite pas le suivi au niveau régional et local ;
5. L'implication des relais communautaires et des bénéficaires dans le suivi de la mise en œuvre a niveau local va favoriser la dynamique communautaire autour des interventions de la CSD.

4.3 Efficacité des partenariats

Les partenariats institutionnels établis sont adéquats pour une réalisation durable des résultats. Le programme a développé des partenariats avec (i) les secteurs gouvernementaux (en particulier le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Hydraulique et de l'Energie, le Ministère de l'Action Sociale avec lesquels des plans de travails sont régulièrement signés et mis en œuvre), (ii) les ONG nationales ou internationales, (iii) les autres agences du SNU et même (iv) d'autres PTF comme l'UE, l'AFD, JICA.

Cependant, les entretiens et visites de terrain confirment les difficultés structurelles des Départements d'ancrage institutionnel de la composante (MS, Minstère chargé de l'Eau, Ministère de l'Action Sociale de la femme et de l'Enfant) qui nécessite plus d'engagement politique, et de mobilisation de ressources pour l'atteinte des cibles de façon efficiente et durable, les résultats pour lesquels ils se sont engagés. Au niveau des partenaires techniques d'exécution, il est indispensable pour l'Unicef de renforcer les capacités afin d'être plus efficace dans la mise en œuvre des activités et avoir des résultats dans des délais raisonnables.

4.4 Introduction de VISION et de l'outil FACE

L'UNICEF a introduit de nouveaux systèmes de gestion administrative et financière interne (VISION) et de gestion des relations administratives et financières avec les partenaires (FACE). Pour l'ensemble des acteurs, l'introduction de ces outils participe à la traçabilité des financements et offre une opportunité de bonne gouvernance des deniers publics. Toutefois, la non maîtrise de ces outils par les gestionnaires constitue un handicap fondamental dans la mesure où ils ralentissent la mise en œuvre des activités. En effet, toutes les personnes rencontrées au niveau des ministères ont reconnu les difficultés initiales, mais la plupart ont commencé à s'y adapter même s'ils se plaignent des lourdeurs des procédures administratives d'attribution des financements.
Les entretiens avec les cadres de l'Unicef et des autres organisations du SNU comme l'UNFPA et l'OMS ont montré que ces outils devraient permettre aux partenaires nationaux d'avoir de justificatifs des dépenses qui pourraient avoir un effet sur la culture de la redevabilité à terme.

4.5 Coordination et mécanisme de suivi

La présence de l'UNICEF a permis de maintenir l'attention des responsables étatiques autour de l'importance de la coordination et de la supervision, et à mieux canaliser les besoins de coordination autour des actions communautaires. L'existence du dispositif de l'UNICEF a permis aussi une amélioration partielle de la coordination des activités de CSD. La programme pays et particulièrement la composante CSD a été adapté pour le renforcement du continuum urgence-développement, il est plus que nécessaire d'apporter des solutions pour préserver les acquis dans la perspective d'élaboration du prochain cycle de programme plus viable.

Malgré les efforts fournis au niveau institutionnel, visant à mettre en place des mécanismes de coordination centrale, il faut souligner actuellement la faiblesse de la coordination au niveau régional qui constitue un obstacle à l'amélioration de la performance du système. Ceci pourrait s'expliquer en partie par des problèmes liés à la disponibilité des ressources humaines et à la motivation des responsables et cadres à différents niveaux. La faiblesse de cette coordination au niveau régional reflète le manque d'efficacité des mécanismes centraux de coordination. L'intégration des interventions de la CSD dans les plans opérationnels au niveau régional et préféctoral permettra de définir des indicateurs de performance pour un meilleur suivi et évaluation au niveau local, ce qui va contribuer au renforcement de la coordination au niveau régional et local.

5 - CONCLUSION

L'analyse de la mise en œuvre du programme Survie permet de comprendre qu'il se situe à une étape importante du développement sociétale de la Guinée. En mettant l'accent dans ce programme sur la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition pour la survie, l'enfant et le VIH/sida et l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'Unicef s'engageait dans sa coopération avec la Guinée à promouvoir conformément à son mandat de promotion de la protection de la dyade mère-enfant et surtout à répondre aux besoins spécifiques des enfants les plus défavorisés et à protéger les droits des enfants dans les situations d'urgence. L'évaluation a ainsi pu mettre en évidence la pertinence du programme dont l'ensemble des interventions s'inscrivent en droite ligne des interventions développées dans le cadre des documents de politique nationale et des politiques sectorielles du gouvernement guinéen. En s'adaptant à l'urgence de la MVE, Unicef a par ailleurs affirmé son leadership pour les questions relatives à l'enfance et à l'élaboration du programme de résilience post-Ebola. Le programme a pris en compte dans la mise en œuvre des interventions, l'analyse de goulots d'étranglement et des stratégies liés à la réduction de la mortalité maternelle et infantile telles que définies par le document de stratégie de lutte contre la pauvreté et la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle en coordination conjointement avec l'UNFPA, pour le renforcement des services de prévention et de prise en charge des grossesses précoces et rapprochées. On note toutefois que la planification opérationnelle a souffert d'une faible intégration de micro-planification au niveau préfectorale et régional y compris l'insuffisance de la prise en compte de la transdisciplinarité. Les goulots d'étranglement, notamment ceux de causes structurelles posent des défis complexes, qui doivent être ciblés par des approches spécifiques, afin de mieux cibler les groupes les plus vulnérables et/ou exclus.

Sous l'angle de l'analyse de l'efficacité, l'analyse met en exergue le dialogue politique avec le ministère de la santé dont la conséquence se traduit par une augmentation des ressources nationales alloués au secteur de la

santé quoi que l'objectif d'Abuja estimé à 15% du budget national ne soit pas atteint et le recrutement d'agents de santé dans la perspective d'améliorer l'offre de services aux populations. En plus, l'appui du programme à l'ensemble des districts sanitaires et dans la coordination centrale pour les activités de routine ainsi que la mise en œuvre des AVS à travers des stratégies approuvées malgré l'urgence de la crise MVE participent aux résultats probants acquis. La volonté politique affichée par le Gouvernement pour le secteur de la santé et particulièrement pour la santé maternelle et infantile reste toutefois entachée par l'insuffisance de l'allocation de ressources financières nationales pour les actions opérationnelles à laquelle s'ajoutent des goulots d'étranglement relatifs à l'utilisation adéquate des services de santé et leurs causes s'enracinant dans les pesanteurs socioculturelles.

La mobilisation des ressources au-delà de celles attendues dans le cadre de la mise en œuvre du programme participe de son efficience. L'analyse révèle qu'en dépit du contexte de vulnérabilité exacerbée par la crise MVE, 62% des ressources mobilisées ont concerné les sous composantes du CSD. Les contraintes portent sur la problématique du développement et de la gestion des ressources humaines en santé, principale comme goulot d'étranglement pour toutes les améliorations attendues dans le secteur. Il s'agit d'un des principaux aspects structurels du système que le Programme devra cibler pour une efficience du programme. L'approche communautaire, encore embryonnaire, pose le défi d'une impliquation de l'ensemble des agents communautaires déjà disponibles et des communautés locales dans la gestion des structures de santé.

A travers la mise en œuvre du CSD, Unicef aura contribué à l'atteinte des effets de l'Axe 3 du PNUAD sur l'amélioration des conditions de vie des populations guinéennes par l'accroissement en quantité et en qualité de l'utilisation des services sociaux de base. L'UNDAF se présentant ainsi comme un outil pertinent pour le suivi de l'impact du cadre de coopération dans ses aspects de formulation, inter-sectorialité. La perception positive des acteurs, des partenaires et des leaders communautaires sur la contribution du programme sur les changements pour réduire la mortalité infantile même si les pesanteurs socio-économiques influencent négativement l'utilisation adéquate des paquets de services à haut impact offerts par le programme. L'impact reste cependant limité du fait du manque d'alignement et de complémentarité entre les activités financées par le budget national et celles financées dans le cadre de la composante survie. L'évaluation souligne en outre la faible intégration des sous-composantes du programme survie de l'UNICEF aux autres domaines d'intervention de l'UNICEF (éducation, protection). Le financement direct des PTF du niveau opérationnel sans l'intégration dans la planification et la programmation et la manque de système d'information efficace devient une entrave à la mesure des effets et l'impact à postériori.

L'adaptation du programme pays pour le renforcement du continuum urgence-développement tout comme les partenariats avec les ONG pour la mise en œuvre des activités constituent une opportunité de renforcement des capacités locales, gage d'une durabilité des interventions. On note toutefois que les conditions requises pour une appropriation effective du programme constituent encore un défi du fait de (i) l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, (ii) la faible impliquation des responsables nationaux, en particulier au niveau opérationnel, (iii) de la prise en compte des engagements des bénéficiaires dans les phases planification-programmation et (iv) la mise en œuvre et le suivi et évaluation du programme.

L'UNICEF aura contribué au développement d'une position globale de plaidoyer et de leadership dans le cadre de la promotion et de la défense des droits des enfants, des femmes et des plus défavorisées. De ce fait, les recommandations CDE et CEDEF sont clairement prises en compte dans les formulations stratégiques, et l'UNICEF s'est engagé activement pour améliorer la situation des droits des femmes et des enfants en République de Guinée. Le manque de mécanisme et d'outils pour le suivi des progrès en matière d'équité, d'insuffisance d'appropriation de certains outils comme l'outil MODA contrarient la fine analyse de la prise en compte du genre et de l'équité dans la mise en œuvre du programme.

6 - RECOMMANDATIONS

6.1 Directions centrales et programmes nationaux

- Identifier des indicateurs traceurs pour le suivi de la prise en compte de l'équité dans les exercices de monitorage décentralisé ;
- Revaloriser les postes de santé à travers le renforcement de leur environnement, le renforcement des capacités des prestataires et l'harmonisation du paquet minimum d'activité ;
- Considérer le poste de santé commune unité statistique dans la base de données préfectorale , régioinale et national ede la santé ;
- Réviser la carte sanitaire pour acualiserf les zoens de responsabilité des postes de santé et des centres de santé ;
- l'engagement des populations bénéficiaires dans les planifications opérationnelles ;
- renforcer les capacités des responsables au niveau opérationnel pour la planification et le suivi des actions au niveau des régions et des préfectures ;
- documenter les bonnes pratiques des actions communautaires dans le cadre de la riposte de la crise de la MVE et faire le suivi dans la perspective de la mise en œuvre du plan de resilience ;
- Continuer le renforcement des capacités opérationnelles par (i) la mise à niveau des personnes nouvellement recrutées par le MS ;
- Elborer des directives nationales et des outils pour améliorer la prise en compte la dimension équité lors des phases de planification, de mise en œuvre et de suivi et d'évaluation des programmes et projets de développement ;
- Renforcer les capacités institutionnelles des Directions régionales chargées du Plan pour assurer un appui technique à la planification et au suivi-évaluation des plans régionaux ;
- Renforcer la planification et le suivi participatif avec les partenaires institutionnels à travers ;
- Elaborer un plan conjoint de suivi du progarmme;
- la redynamisation de la coordination entre le Ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers ;

6.2 Directions régionales et préfecrtorales

- Elober un plan opérationnel régional et préfectoral du CSD avec des indicateurs de suivi de la performance ;
- Mettre en place des comités régionaux de suivi et évaluation du CSD ;
- Faculiter la mobilisation des ressources et de acteurs régionaux y compris les organisations de la société civil et les collectivité décentralisée pour la mise en œuvre des plans régionaux ;
- Organiser des rencontres trimestielles ou semestrielles pour le suivi des plans régionaux ;
- Elaborer et mettre à jour le tableau de bord regional pour le suivi des actions ;
- Elaborer et mettre regilèrement à jour la cartographie et des intervenants et des interventions en faveur de la survie et le Développement de l'Enfant ;
- Rédiger un rapport régional sur la survie de l'enfant
- Renforcer la dynamique communautaire à travers l'implications des organisations dans la planification , la mise en ouvre et le suivi des actions de développement

Au niveau de l'Unicef

- Réviser la structure du programme afin de regrouper les résultats intermédiaires communs aux différentes sous composantes ensemble pour faciliter l'intégration effective dans la mise en œuvre et l'évaluation des effets. Il s'agit notamment des questions relatives à l'urgence, les pratiques familiales recommandées (PFE) le renforcement communautaire et le système d'information ;
- Continuer à mener le plaidoyer pour le renforcement du leadership gouvernemental et une harmonisation des appuis dans le cadre d'une mise en œuvre effective du Compact pour le Ministère de la Santé ;
- Mettre en place d'une unité interne d'appui à la mise en œuvre de l'approche communautaire avec participation des différentes sections de l'UNICEF en vue de garantir l'intersectorialité,
- l'appui à la coordination centrale et opérationnelle de la mise à échelle d'une approche communautaire multisectorielle ;

- renforcer les capacités des partenaires natioanux sur les outils de gestion de l'Unicef ;
- appuyer l'élaboration d'une cartographie des groupes à risque d'exclusion à l'intérieur des préfectures ;
- appuyer l'analyse secondaire des données des enquêtes MICS, EDS et SMART pour la production de rapport thématique prenant en compte des analyses sur l'équité et le genre
- Renforcer la présence de l'UNICEF sur le terrain à travers les sous-bureaux.

Au niveau des autres PTF

- Favoriser la mise en œuvre effective du Compact pour le Ministère de la Santé ;
- Conduire une évaluation conjointe de la mise en œuvre effective de l'UNDAP au niveau du SNU et l'évaluation du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté au niveau du Gouvernement afin de mieux apprécier la cohérence des interventions et développer des outils garantissant la complémentarité effective des actions du CSD avec le PNUAP et le DRSP3
- Appuyer la mise en œuvre du Plan de renforcement du SNIS par l'intégration des principaux indicateurs de suivi notamment ceux de la nutrition et les activités des postes de santé,
- Appuyer la conduite de supervisions opérationnelles conjointes par niveau dans les zones d'intervention ;
- renforcer la mise en œuvre de l'approche communautaire ; par (i) l'appui à la coordination centrale et opérationnelle de la mise à échelle d'une approche communautaire multisectorielle ;
- appuyer l'élaboration des comptes natioanux de la santé ;
- Appuyer la conduite d'une étude sur la revue des dépenses publiques en faveur de l'enfant avec une appréciation de la part pour la survie et le développement de l'Enfant ;
- Appuyer la formation des agents de santé nouvellement recrutés par le Minsitère.

Au niveau des structures de prestations de services

- Redynamiser ou metre en place des comités de gestion avec la participation de smembres de la communauté ;
- Conduire des activités en stratégie avancées ou mobiles ;
- Renfocer les acpacités des acteurs communautaires ;
- participer à la collecte l'analyse et l'utilisation des données de routine ;
- conduire des actions dans les communautés afin d'améliorer le srelations avec la population.

Au niveau communautaires et de organisations de la société civile

- Participer à la planification, la mis en opeuvre et l'évaluation des actions communautaires ;
- Contribuer à la mobilisation des populations autours des programmes en faveur de l'enfants ;
- Participer à la gestion des strucxtures sanitaires, les points d'eau,….
-

ANNEXES

Tableau 41 : Taux de progression du nombre de prestataires offrant les prestatation entre la période 2013-2015 et 2016-2017

Prestatation	Ensemble (Boké, Nzérékoré, Faranah)		Boké		Faranah		Nzérékoré	
	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value
Santé de la mère et de l'enfant	11%	,033**	20%	0,04**	11%	0,11	4%	0,57
Programme Elargi de vaccination	4%	,419	10%	0,16	0%	NA	0%	1,00
Santé communautaire	9%	,024**	5%	0,33	0%	NA	15%	0,04**
Santé	5%	,182	10%	0,16	0%	NA	4%	0,57
VIH et IST	16%	,002**	20%	0,04**	0%	NA	19%	0,02**
Nutrition	7%	,103	10%	0,16	0%	NA	7%	0,33
Gestion des données	7%	,159	5%	0,33	0%	NA	11%	0,26
Planification	9%	,024**	5%	0,33	0%	NA	15%	0,04**
Communication et mobilisation sociale	7%	,159	15%	0,08*	0%	NA	4%	0,66
Urgence	-2%	,742	5%	0,58	0%	NA	-7%	0,42
Eau et Assainisement Hygiène et sécurité	7%	,159	10%	0,16	0%	NA	7%	0,42
Genre et Violence basée sur le genre	-2%	,659	-10%	0,16	0%	NA	4%	0,57
Intégration des services								
Santé et VIH	11%	,006*	15%	0,06	0%	NA	11%	0,06
Santé-Nutrition	6%	,070*	10%	0,04**	0%	NA	6%	0,38
VIH-Nutrition	12%	,002**	15%	0,03**	0%	NA	13%	0,03**
Santé-Urgence	2%	,621	8%	0,19	0%	NA	-2%	0,77
VIH-Urgence	7%	,073*	13%	0,10	0%	NA	6%	0,38
Nutrition Urgence	3%	,518	8%	0,27	0%	NA	0%	1,00
Santé-VIH-Nutrition	10%	,005**	13%	0,03**	0%	NA	10%	0,07*
Santé-VIH-Nutrition-Urgence	7%	,038**	11%	0,05**	0%	NA	6%	0,30
Santé-VIH-Nutrition-Urgence-EHA	7%	0,01**	9%	0,04**	1%	0,35	7%	0,12

Tableau 42 : Taux de progression du nombre de prestataires formés parmis ceux qui offrent les prestations entre la période 2013-2015 et 2016-2017

Prestatation	Ensemble (Boké, Nzérékoré, Faranah)		Boké		Faranah		Nzérékoré	
	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value	Progression entre liée au CSD	P-value
Santé de la mère et de l'enfant	5%	0,08	5%	0,33	0%		7%	0,16
Programme Elargi de vaccination	9%	0,02	10%	0,16	0%		11%	0,08
Santé communautaire	18%	0,01	10%	0,33	0%		30%	0,01
Santé	9%	0,02	10%	0,16	0%	-	11%	0,08
VIH et IST	4%	0,48	5%	0,33	0%		4%	0,71
Nutrition	0%	1,00	-5%	0,58	0%		4%	0,57
Gestion des données	2%	0,74	5%	0,58	0%		0%	1,00
Planification	4%	0,42	5%	0,33	0%		4%	0,66
Communication et mobilisation sociale	0%	1,00	-10%	0,16	11%	0,35	4%	0,71
Urgence	11%	0,06	15%	0,08	22%	0,17	4%	0,66
Eau et Assainisement Hygiène et sécurité	13%	0,02	15%	0,08	0%		15%	0,10
Genre et Violence basée sur le genre	5%	0,18	5%	0,33	0%		7%	0,16
Intégration des services								
Santé et VIH	6%	0,09	8%	0,08	0%		7%	0,29
Santé-Nutrition	4%	0,20	3%	0,67	0%		7%	0,21
VIH-Nutrition	2%	0,64	0%	1,00	0%		4%	0,57
Santé-Urgence	10%	0,01	13%	0,06	11%	17%	7%	0,26
VIH-Urgence	7%	0,09	10%	0,04	11%	17%	4%	0,63
Nutrition Urgence)	5%	0,18	5%	0,43	11%	17%	4%	0,57
Santé-VIH-Nutrition	4%	0,21	3%	0,49	0%		6%	0,31
Santé-VIH-Nutrition-Urgence	6%	0,08	6%	0,17	6%	17%	6%	0,35
Santé-VIH-Nutrition-EHA	6%	0,03	5%	0,12	3%	0,40	8%	0,13

7 ANNEXE 1 – LISTE DES PARTICIPANTS A LA REUNION DE DEMARRAGE DE L'ETUDE

N°	Nom & Prénom	Structure	Contact	email
1	Dr Kadiatou BALDE	UNICEF	622044684	kbaldeunicef.org
2	Dr Boubacar SALL	Ministère de la santé	628715583	sallboubacar2@gmail.com
3	Dr Abdoulaye DIALLO	UNICEF	628607959	adiallo@unicef.org
4	Dr LENO Niouna Nestor	UNICEF	622531291	nnlenou@unicef.org
5	Dr Gnoumé CAMARA	Synergie	628138340	drgnoumecamara@gmail.com
6	Dr Francine OUEDRAOGO	UNICEF	628346722	fouedraogo@unicef.org
7	Dr Veronique Keita SARR	UNICEF	622350520	vsarr@unicef.org
8	Omar	UNICEF	623862069	
9	Mory FodéSeydouTRAORE	DNACV	622833818	morisfode@yahoo.fr
10	Dr CONTE Fodé Badara	Synergie	628959080	fbdconté@yahoo.fr
11	Dr Aline Simen	Chef CSD	624827567	askapeu@unicef.org
12	Dr Lanifa TOURE	UNICEF	622350294	ltoure@unicef.org
13	ALLEBY Michel	Synergie	662348321	raoulalleby@gmail.com
14	Cheick oumar SOUMAH	Synergie	628299897	soumahcheick@hotmail.com
15	Jean Baptiste SENE	UNICEF	628687809	jsene@unicef.org
16	Dr ODIA Sanoh	UNICEF/CSD	625259532	osanoh@unicef.org
17	Dr DIALLO Kadiatou Kandia	Unicef	625259531	kkdiallo@unicef.org
18	Aissatou TOURE	UNICEF	628241659	aitoure@unicef.org
19	Ali Abdoulaye Zalika	unicef/CSD	628241659	aazalika@unicef.org
20	SEKA Monney Firmin	Synergie	624790774	fmseka@hotmain.com

8 – ANNEXE 2 – LISTE DES PTF RENCONTRES A CONAKRY

N°	Structure	Personnes rencontrées
01	Unicef, Bureau Conakry	Aline simen Kapeu-Chef section CSD--askapeu@unicef.org
		Dr Francine Ouedraogo, Point focal VIH, 628346722
		Beaulière Jean Max, Spécialist Nutrition, 624981458
		Ousseini Maigana, spécialist Wash, 622350520
		Mr JB Sene, Chef PSPSE
03	OMS	Saliou Dian Diallo, Chargée de Programme Santé Familiale et de Reprduction
04	UNFPA	Bilivogi Jim Pépé, Expert National en Suivi et Evaluation
05	UNDP	Abdul Latif HAIDARA, chargé de programme Gouvernance
		Camara Mamadou Ciré, Chargé de Programme et Développement durable
06	PAM	Barry Alseny, Program Officer, 628683940
07	USAID	USAID Patrick M. CONDO President's Malaria Initiative Resident Advisor 657104124 pcondo@usaid.gov
		Marouf Balde, Public Health Specialist , /_*+224 622 45 78 45*
11	PLAN Guinée	Yaya Diallo, coord protection, 662999712
		Toukara Jacques, GSM, 662999671
		Karim Keita, C/E, 628348327
12	HKI	Fofana Mohamed Lamine, Coordinateur Nutrition, 625259018
13	PSI	Dr Cellou Donghol Diallo, Directeur program Adjoint, 628684837
14	RTI	Dr Aissata Fofana, chef projet, 628080674
15	AGIL	Mory Condé, Directeur exécutif, 626949400
16	AACG/ANCG	Camara Mohamed Lamine, RAF, 657591273
17	Terre des Hommes	Diallo Alpha Boubacar, CP Wash, 620401460
20	CMC (coopération Charente Maritime)	Bornems Emmanuel, coordinateur, 622911823
		Charline Attia, coordo adjoint, 62173907
23	Pride	Diallo Ramatoulaye, Directrice exécutif, 628925717
		Moustapha Diallo, coord projet/programme, 622237971
		Touré Abdoulaye Lam, Formateur, 622897107
25	REGA+	Diallo Souleymane, RAF, 622977122
		Lamah Cécé-Compable-622234661-cecelamh@yahoo.fr
		Kolié Hawa Goto-C A sociale-664334891-hawakolie@gamail.com
		Bale Bacar-Compable-628511601-balebacar@gmail.com
		Diallo Fatoumata Binta-Présidente-622260946-symalaye20015982@gmail.com
		Aboubacar Sidiki Kourouma-vice président-622446410-askourouma68@gmail.com
26	FMG	Diallo Sidy-Chargé des CDV-624196210-sidydiallo04@gmail.com
		Dr Diallo Thierno Mouctar -coordonateur-628265426-drdiallomouct@gmail.com
27	AFEM	Matenin Traoré-membre -622121213-tenintra@gmail.com
		Daff Hawa-point foccal SNU-628445006-hawahassimiou@gmail.com

9 ANNEXE 3 – LISTE DES MINISTERES RENCONTRES

9.1 – Ministère du Plan

N°	Structure	Personnes rencontrées
1	Direction chargée du PIP	Savané Idrissa Tall-Chef de division programme-628254125-idrisavane@gmail.col
2	Direction National de la Statistique	Camara Mamadou-DGA-656133546-dalabaya@yahoo.fr
3		Oulaye Sayon-S/directeur-664783385-saramodou@yahoo.fr
4	Secrétariat du DSRP et PNDES	Ibrahim Cissé-C Communication-664348036-kasce_chahina@yahoo.fr

9.2 – Ministère de la Santé

N°	Structure	Personnes rencontrées
1	Secrétaire Général ou Conseiller Technique chargée de la Politique Sanitaire	Yansé Mohamed-CPS-622931389-yanselamine@yahoo.fr
2	BSD (Directeur National, Responsable SNIS, Secrétaire Permanent PNDS)	Mamadi Condé-Gestion sce santé-628193351-pmcode1@gmail.com
3	Direction Nationale de l'Hygiène Publique	Bilivogui Pépé-Directeur-623543926-ppbilivogui@yahoo.fr
4	Direction de la Prévention et de la Santé communautaire	Dr Robert CAMARA-Directeur National de la Prévention et de la sante Communautaire-622931392 robertcam2005@yahoo.fr
5	Divisions : DAF	Kaba Cheick F Mady-DAF-628181818-kabamamadi21@yahoo.fr
6	Divisions : DRH	Mamadouba Sacko-DRH-621438383-
7	Direction de Coordination du PEV et des Soins de Santé Primaire	Dabo Moustapha-Coodinateur Nat-622931718-dabo.gnara@gmail.com
		Camara Aly-chef sction SER-620718020-camaraly@gmail.com
8	Direction de l'Agence nationale de Sécurité Sanitaire	Dr Sakoba Keita--622931390-sakoba54@gmail.com
9	Direction de Coordination du Programme Chargée de la Prévention et de la Prise en charge du vih/sida	Youssouf Koita-Coord Nat-628534102-koitay@yahoo.fr
10	Direction Santé familiale et Nutrition (SMI, Division Nutrition	
11	Section PCIMNE,	Helal Antoinette-Coordonatrice-628760390-antoinettehelal@yahoo.fr
12	Santé des Adolescents)	Diallo Houlematou-Coord nat adj-621087517-toumalehou@gmail.com
13	Pharmacie Centrale de Guinée (PCG)	Keita Adama-Pharmacien-628391041-keitaremier@gmail.com
14	INSE	Dr Ibrahim Kalil Kone-DG-628198115-ibrahimkon27@gamil.com
15		Dr Ibrahim Sory Diallo-DGA-628557775-

9.3 – Ministère de l'Hydraulique

N°	Structure	Personnes rencontrées
1	Direction des SNAPE	Camara Sadiga-CSAM-622447908-camarasadiga@hotmail.fr

9.4 – Ministère de l'Environnement

N°	Structure	Personnes rencontrées
1	Direction Nationale de l'Assainissement	Mory Fodé Seydou Traoré-Chef de division-622833818-moryfode@yahoo.fr

9.5 – Ministère de l'Action Sociale, de la famille, de la femme et de l'Enfant

N°	Structure	Personnes rencontrées
1	Direction chargée du genre	Camara Souleymane-DNDL-621436747-souleycra2008@gmail.com
2	Direction National de l'Enfant	Guilavogui Akoyé Responsable dvision protection de l'enfant 628918994 akoyehector2013@gmai.com 14/03/2017
		Camra ibrahim Kalil Responsable statistique et planification 622347373 ibrcmk@yahoo.fr 14/03/2017
		Diallo fatimatou Chef de division 628294681 fatimatoudiallo66@gamil.com 14/03/2017

9.6 – Ministère de l'Enseignement pré-universitaire

N°	Structure	Personnes rencontrées
1	Institut National d'Appui Pédagogique INRAP	Lamine Barry-coordinateur projet éducation environnement-622080173
2		Idrissa Souare-chef section-622372889-sidrissa7@yahoo.fr
3		Fanta Kanté-Chef division-622455038-fantakante63@yahoo.fr
4	Service de la santé Scolaire	Dr Alpha Barry-Chargé de soins-664257348-alphadia206@hotmail.fr
5		Dr Balla Camara -Directeur-664291747-camarama52@gmail.com
6		Dr Siba Komara-centre médical-623698821-komaramara2@gmail.com

9.7 – Ministère de la Décentralisation

N°	Structure	Statut	Personnes rencontrées
1	Direction Nationale du Développement Local DNDL	Réalisé	Kaba Aboubacar-Chef division-621436747-aboubak2@gmail.com

10 ANNEXE 4 – LISTE DES PERSONNES RENCONTREES DANS LES REGIONS

10.1– BOFFA

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Angeline Zaou Opavogui	Hopital boffa	Sage femme	622573887	-
2	Ismael Camara	Hopital boffa	Pédiatre	622537270	
3	Dr Faro Mamadi	Hopital boffa		622299290	drfaromamady@gmail.com
4	Orivogui vincent	Hopital boffa	suppléant churigien	621790955	-
5	Pépé Balamou	Hopital boffa	suppléant pédiatre	622802539	-
6	Dr Kolié Kamane Isaac	Hopital boffa	Directeur	621701073	kolieisaac@gmail.com
7	Bongoura Alsenyo Ousmane	DPS	pharmacien	620633430	alsenyousmanebanoura@gmail.com
8	Dr traoré Balla	DPS	Directeur	628312099	traoreballa49@gmail.com
9	Philomène Bollamou	C santé	ATS	621499320	
10	Mahawa Camara	C santé	Infirmière	622887874	
11	Keita celestine	Comité de gestion de point d'eau	Présidente	621028989	-
12	Touré Mamadou	SPD	DMR	621300046	tourekonde70@gmail.com
13	Williams Anaké Victor	SPD	COC	621580895	
14	Sakho Mamadou	DPE	CIP	622363162	sakhoboffa55@gmail.com
15	Yattara Ousmane	DPE	CFC	622396082	yattara_o@yahoo.fr
16	Keita Ibrahima	DPE		628312280	
17	Mohamede lamine Camara	DPE	CIP	622303127	-
18	Delphine Beauvogui	DPE	CFC	624981975	-
19	Mamadou Sara Diallo	DPE	CIP	621498695	-
20	Mamadou Saliou Fongon Bah	DPE		622197022	
21	Issaga Soumah	DPE	CFC		
22	Ibrahim Sory Camara	DPE	Statistique	621036345	makalecamara879@gmail.com
23	Marie Elesabeth Koker	DPE	SPDE	622651399	
24	Aboubacar Kessi Camara	DPE	C/SP	624884832	
25	Mamadouta Camara	DPE	C/SR	664633975	

10.2– BOKE

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Siné Magassouba	DPE	Directeur		_
2	Ahmad Soumah	DPE	CSP	622751710	dep_boke_boke@yahoo.fr
3	Sekou Amadou Diallo	DPE	CSSP	622009459	dsekouamadou@gmail.com
4	Baba Drame	Gouvernorat	DRC	628564647	drameelhadjbaba@gmail.com
5	Lamine Kourouma	Gouvernorat	Chef SERACO	621042168	kouroumalamine77@gmail.com
6	Dr Fofana Fatoumata	HR Boké	Medecin	628530855	_
7	Dr Jean Foya	HR Boké	infirmier	655401382	_
8	Dr Aboubacar Sidiki Nabé	HR Boké	Medecin	628122565	n_aboubacarsidiki@yahoo.com
9	Dr Sampil Iibrahima	HR Boké	Medecin	664855718	_
10	Fofana Amara Laye	DR plan	Directeur	622616725	amaralayefofana25@gmail.com
11	Morybadjan Keita	Protection	IRASPFE	624772200	_
12	Djene Traoré	CS	Chef de centre	628280305	_
13	Moussa Camara	CS	Agent CPC	621918580	
14	Bah Mariama	CS	sage femme	628654922	_
15	Fatoumata Sanguiarra	CS	Agent PEV	621404983	_
16	Fofana Daouda	Hydraulique	Chef secteur	628270793	_
17	Pépé Kolié	Poste de santé	Chef	628960176	_
18	Maimouna Diallo	Poste de santé	Stagiaire	666379812	_
19	Hansanta Kébé	Chef des jeunes	Cultuvateur	622932972	_
20	Fatoumata Camara	Chef des jeunes	Cultuvateur	661035479	_

10.3– FRIA

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Soumah Kalidou	DPS Fria	DPS	664531083	kalidousoumah53@gmail.com
2	Camara Naby	Préfecture	S.G	628770758	
3	Dr Sekouba Camara	Hopital Préfectoral	Directeur	622337096	caskouba@gmaail.com
4	Dr Monemou Moussa	Hopital Préfectoral	Medecin	624383345	monemou107@gmail.com
5	Dr Mamadama Tamsir Camara	Hopital Préfectoral	Medecin	623803884	mamadamatamsircamara@gmail.com
6	Nadia Camara	Hopital Préfectoral	Chirurgie	664383367	
7	Diallo MamadouAtigou	Hopital Préfectoral	Pharmacien	628089890	atigousoto@gmail.com
8	Barry Mamadou Dian	Hopital Préfectoral	Pharmacien	661042337	barrycalenique@gmail.com
9	Diallo Fatou	Hopital Préfectoral	Pédiatre	628416700	
10	Salematou Yanie Camara	Hopital Préfectoral	Maternité	664331624	
11	Sidibé Mamadou Alpha	DPE	Chargé RH	622280966	madallasidibe1@gmail.com
12	Sidibé Moriba	DPE	Directeur	622845089	mosidibe82@gmail.com
13	Kamano Moussa	DPE	SAAF	620878242	
14	Ismael Camara	DPE	C/ SP	628720563	
15	Bachir Cissé	DPE	SPSDE	621533901	
16	Helima Mousli	DPE	SPSDE	621900513	
17	Camara Fodé Tembaya	CS aviation	CCS	622978452	timbaya82016@gmail.com
18	Kaba Kaninet	CS aviation	Agent CPC	623200742	kabanetkaba78@gmail.com
19	Diallo Aissatou Kindy	CS aviation	Agent Nutrition	621465005	aissatoukindy@gmail.com
20	Condé Savon	CS aviation	Agent Nutrition	628416778	
21	Bah Marliatou	CS aviation	Agent PEV	621984960	
22	Camara Fatoumata	CS aviation	Agent CPN	621708093	
23	Haba Jannine	CS aviation	Agent CPN	620003105	
24	Mansaré Helène	CS aviation	Agent CPN	620823934	
25	Habibatou Bangoura	CS aviation	Agent CPN	621721835	
26	Camara Ansoumana	Secteur Aviation	Chef de Quartier	620255116	
27	Fodé Camara	Secteur Aviation	Interprete	662713422	
28	Sylla Alya	CS aviation	AC	628379480	
29	Camaraa Soriba	ATPC	Membre	628061660	
30	Camara Lansana	Comité de gestion des pompes	Agent ATPC	623311977	
31	Camara Mariam	Groupement de femmes	Chef de groupe		
32	Camara Kadiatou	Groupement de femmes	Membre		
33	Camara Mamata	Groupement de femmes	Membre		
34	Soumah Mamadama	Groupement de femmes	Membre		
35	Sylla Ibrahima Sorry	Post de santé	Chef de post	623145791	
36	Sylla Mohamed	Fria Village	Chef de village	622766730	
37	Sangama Mabinty	Fria Village	Habitant		
38	Condé Gnalen	Administration	Préfet	660151524	nalencoco@gmail.com

10.4– FARANAH

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Keita Maurice	DPE	CS/PSDE	620005038	_
2	Brérété Mamady	IREEF	ATPC	628946827	madyberete@gmail.com
3	Nalé Arafan	DPESPFE	CSCQE	621526464	_
4	Touré Laye	Association	SG		_
5	Oularé Mamady Bintou	APIC	Présidente	628285060	mamdyoulare123@gmaim.com
6	Issa Kourouma	DRS	C/statistique	622465070	kouroumaissa34@gmail.com
7	David Toundoufédoun	Unicef	Consultant C4D	620206708	davidsaapounga@gmail.com
8	Saa Antoine Bongono	Unicef	VNU_NUT	622248908	sbongono@unicef.org
9	Camara Abou Kapkin	DRPlan	Directeur	657588164	drpfarana@gmail.com
10	Samoura Dansa	CS Abattoir	Atpc	656646097	
11	Millimono Tamba	PS soukymania	chef de post	661272575	_
12	Condé Mamady Balla	DPS	CSPLM	622931335	_
13	Condé Fodé Bangali	IRE	CSP	628439706	
14	Sampil Alhassane	Gouvernorat	DRAF	628497380	alhassanesampil69@gmail.com
15	Mariame Irhara	HRF/P		664450990	_
16	Oyé Koivogui	CS	CCS	623329635	_
17	Mara Nassouma	CS	ATS	621847082	_
18	Habibatou Dialoo	CS	ATS	628005483	_
19	Kolié Nema	Hopital	Infirmier	664078269	_
20	Dr Aminata Diané	HRF	chirugienne	622243260	_
21	Lamara Mohamed I	HRF	medecin	6283396645	_
22	Théa Agnes	CS Abattoir	Infirmier	666803117	_
23	Fatoumata Oularé	CS Abattoir	ATS	622482397	_
24	Hortense Haba	CS Abattoir	ATS	621127311	_
25	Toukara Mamadou	SNAPE	Directeur régional	628156567	mamadoutonkarasnape@gamail.com

10.5– LOLA

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Lana Charle	Hopital Préfectoral Lola	Medecin	657440241	_
2	Dr Diallo Madjou	Hopital Préfectoral Lola	Medecin	628145346	diaymadjou60@gmail.com
3	Haba Pepe Francois	DPE	DPE	621257024	fracois haba32@gmail.com
4	Bakary Komara	Prefecture	SGAA	628103061	_
5	Lana Denis Sagno	Direction du Plan	Directeur	657037447	_
6	Victoria Bah Barry	Prefecture	SGCD	621785234	_
7	Dr Falikou Loua	DPS	MCM	620454783	floua2010@gmail.com
8	Molen Lamah	DPS	Statistique	628682262	moloulamah@gmail.com
9	Ouo Ouo Francois	CS Goueke	Agent point de vente	626514064	
10	Jean Kolie	PS Banzou	Stagiaire	661249606	
11	Loua Elise	CPS	CPS	622617739	_
12	Dr Haba Keita	Hopital Préfectoral Lola	DH	628001922	wacekabakeita@gmaim.com
13	Dramou Hanny	Hopital Préfectoral Lola	Laborantin	655568992	
14	Dr Andrea Kourouma	Hopital Préfectoral Lola	chef labo	657597246	kouroumaandrea5@gmail.com
15	Traouré Abdoulaye	Hopital Préfectoral Lola	Stagiaire	655399850	traoreabdoulaye240@gmail.com
16	Kourouma Moussa	Hopital Préfectoral Lola	Laborantin	628421334	kouroumamoussa@gmail.com
17	Helène Kpogonou	Hopital Préfectoral Lola	Stagiaire	621336083	_
18	Cécé Logolamou	Hopital Préfectoral Lola	St	622560522	_
19	Tiamé Doré	Hopital Préfectoral Lola		655128704	_
20	Antoine Haba	Hopital Préfectoral Lola		669344724	_
21	Hormè Doré	Hopital Préfectoral Lola		657424539	_
22	Yomy Celestin Gondo	UGSPE	SG	622128821	_
23	Pépé Fenano		Chargé de l'eau	625383164	_
24	Celestin Lamdilé	PS	Chef de poste	628525717	_
25	Sacka Seidou	Atpc	Chargé de l'eau	622678307	_
26	Sacko Ansoumana	Atpc	Président	666016449	_
27	Lonseny Sacko	Bureau de qaurtier	trésorier	669173595	_
28	Alexis Loua	groupe Kpoma	secrétaire	669538366	_
29	kekoma loua	Atpc	Chargé de l'eau	660437651	_
30	Haba Jean Louis	Hopital Préfectoral Lola	chirurgie	622500239	_
31	Kooevogui Pauline		Sage femme	664716064	paulinek@gmail.com
32	Matenin Conté		Medecin	628592975	contematenin@gmail.com
33	Kolikoro Blandine Haba	CS Lainé	ATS	624237194	
34	Angeline Théa	CS Lainé	CPN	625255882	_
35	Dopavogui Alphonse	CS Lainé	CPEV	621503166	_
36	Koli Kalivogui	CS Lainé	CCS	624909298	_
37	Kolomou Bagoma Pierre	Association	aide santé retraité	620353304	_
38	Yves Yomalon	Association		6256441143	_
39	Diallo Sekou	CS Goueke	CCS	622619700	_
40	Pola Lama	CS Goueke	CPN	622189516	_
41	Lamah François	CS Goueke	Laborantin	621841866	_
42	Haba Maximin	Groupeemnt Yalakemenin	Parrain	622618499	
43	Diakité Mamadi Kaba	UGSPE	coordinateur	628609204	
44	Lognaga Goumou	CS Didita	Stagiaire	661259579	
45	Doué Komagnénia	Atpc	Président	620343526	

1.1 – MACENTA

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone
1	Dalaomo Haba	Direction de prefecture	Directeur	622244359
2	Mamadi II Camara	AJDB	President de jeunesse	621441940
3	Mohamed Cisse	Jeunesse	Chargé de relation exterieur	625763260
4	Patricia Mara	DPPFE		
5	Sogoniwaga Gilavogui	Zezogui	tresorière	620555920
6	Zoumenigui Marie	Association	Membre	628635201
7	Diaka Kouyaté	Gropement confiance	Presdente des femmes	664915468
8	Dr Jean M Kilavogui	DPS	Directeur Adjoint	622035804
9	El Hadj Sekouba Camara	Gouvernorat	chargé de l'organisation des collectivité	621126788
10	Guilao Pierrette TOUPOU	DPE	Directrice prefectorale	622552050
11	Geopagui Albert Kaliva	CS	Chargé PEV	628320094
12	Koutou Koivogui	Hopital Prefectoral	chef svce génico	664846185
13	Sakouvogui Gaston	Hopital Prefectoral	Pediatrie	623837328
14	Mamadou Doumbouya	Hopital Prefectoral	Chargé de l'hygiène et de l'environnement	662902634
15	Bimou Sekou	CS Balizia	Chef de centre	622832105
16	Guilavigui Gnakoyé	Kotiadou	ATS	669448534

1.2 – NZEREKORE

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Téléphone	Email
1	Cisse Fatoumata	HR Nzerekore	Biologiste	622670433	fatukabia2015@gmail.com
2	Kolié Fatouma	HR Nzerekore	Sage-femme	624327775	fatoumatakolie@gmail.com
3	Guilavogui Jean Paul	HR Nzerekore	Medecin	621913440	guilavogijp@gmail.com
4	Donzo Gbato	IRE	C/SP	628587880	dongogbato@yahoo.fr
5	NiakozeGuemon	IRE	CFC-DP	628078313	gniankoe@gmail.com
6	Kavhy Guilavogui	IRE	SSP	623562690	kavhyguilavogui59@gmail.com
7	Mamadi Conde	CTA H	Medecin	628487558	mamadiconde58@yahoo.fr
8	Yamoussa Goula	HR Nzerekore	DG	664344982	salyoul@ahoo.fr
9	Sow Mamadou Lamine	SC/comm	CCS	628682024	sowlamine628@gmail.com
10	Lamah Severin	CS	C/pev	622721462	severinlamah7@gmail.com
11	Mariam Traoré	CS	ATS	625645649	traoremariam74@gmail.com
12	Bintou Touré	CS/commercial	ATS	624388888	bintousobory@gmail.com
13	Condé Lila Lucie	DPE	DPS	622469498	lilalucieco@gmail.com
14	Sokpie Teero	DPS	DSP	622469498	sokpiteero@yahoo.fr
15	Loua Semy Mami	DRS	CSBC	628682363	semymamiboua@yahoo.fr
16	Keita Mohamed	Plan	Directeur	628035041	kmohamedmory@yahoo.fr
17	JeamSmith Sandy	Cabinet	Directeur	622973973	jeansmithsandy@gmail.com
18	Mamadi Condé		Medecin	628487538	salamconde5@gmail.com
19	Yansané Abdoulaye	CNLS	Coordinateur	628314031	akbayans1973@gmail.com
20	Alsenie Diembaté	DMR	Directeur	628849729	albatesory@gmail.com
21	Loua Mathieu	DRS	MCM régional	620458287	mathieu_loua@yahoo.fr
22	Koulemou Siba	DSR	Assistant	620864086	koulemousiiba@gmail.com
23	Bilivogui Pepe	DRS	Assistant	621997199	bilivoguipepe@gmail.com
24	Issa Sangaré	CTA H	statisticien	628490919	issaalamako@gmail.com

Annexe 5 : Documentation obtenue

N°	Documents obtenus	Source d'obtention
01	Budget CSD 2013-2014	Unicef
02	Country Office Annual Report 2013 for Guinea, 54p	Unicef
03	Plan d'action du programme pays révisé à mi-parcours 2013- 2017, 98p	Unicef
04	Plan d'action du programme pays révisé à mi-parcours 2013- 2017 Document final, 62p	Unicef
05	CPAP paraphé 2009-2013, 46p	Unicef
06	Projet de descriptif de programme de pays** République de Guinée, 10p	Unicef
07	Projet de descriptif de programme de pays** République de Guinée, 18p	Unicef
08	23.000.000 de dollars pour la survie, la protection et le développement de l'enfant en Guinée 2p	Unicef
09	Plan –cadre des NATIONS UNIES pour l'aide au développement (PNUAD) Annexe II Matrice de résultats et de sui-évaluation République de Guinée 2013-2017, 43p	SNU, Gvt Guinéen
10	Country Office Annual Report 2016 for: Guinea, 20p	Unicef
11	Plan d'action 2012-2015 adressé à l'UNESCO Version provisoire, 16p	Ministère alphabétisation et de la promotion des langues nationales
12	UNICEF Annual Report 2015 Guinea, 50p	Unicef
13	UNICEF Annual Report 2014 Guinea, 49p	Unicef
14	UNICEF Annual Report 2013 – Guinea, 37p	Unicef
15	Country programme document summary results matrix – guinea , 9p	Gvt Guinée
16	Projet de descriptif de programme de pays République de Guinée 2013-2017, 11p	Unicef
17	Plan-cadre des nations unies pour l'aide au developpement (PNUAD) republique de Guinée 2013-2017, 44p	SNU
18	UNICEF water, sanitation and hygiene strategies for 2006-2015, 22p	Wash
19	2009 Program wash annual reports 9p	Wash
20	Rapport intermédiaire: Professionnalisation du secteur du forage manuel en Guinée – Plan de renforcement de capacités - phase 1 Evaluation du secteur des pompes manuelles en Guinée 31p	PRACTICA Foundation, SNAPE,Unicef
21	PROFESSIONNALISATION DU FORAGE MANUEL EN GUINEE Mission de formation à l'hydrogéologie appliquée	PRACTICA Foundation, SNAPE,Unicef
22	A-Guinea 2008 Annual Report volet WASH 14p	
23	PTA 2015	Unicef
24	PTA wash 2014 2015	Unicef
25	PTA WASH 2016-2017 signé version scannée(1)	Unicef
26	Rapport analyse eau 10 forages manuel 2013 Boffa	Unicef
27	Rapport annuel composante WASH 2007	Unicef
28	Rapport atelier d'elaboration du plan de relance du secteur eau hygiène assainissement (EHA)	SNAPE
29	Professionnalisation du forage manuel en Guinée Plan de Renforcement de capacités	Unicef
30	Intrants CSD Dispatchés 2013 – 2016	Unicef
31	Adresse des Médecins Chefs de Districts (MCD) de Guinée	Ministère de la santé

N°	Documents obtenus	Source d'obtention
32	Rapport de mission conjointe UNICEF-SNAPE-DNACV	Unicef
33	Rapport alternatif/complémentaire des ONG sur la convention relative aux droits de l'enfant (CDE) en Guinée élaboré par la COLTE/CDE au comité des Nations Unies pour les droits de l'enfant	Coalition des ONGs de Protection et de Promotion des droits de l'Enfant luttant contre la traite COLTE/CDE
34	Nécessité d'axer les programmes de survie de l'enfant sur les nouveau-nés : évaluation des taux et des causes de mortalité infantile dans des zones rurales du Pakistan	
35	Chapitre 6: PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE	
36	Rapport d'analyse de situation des interventions en matiere de survie de l'enfant au MALI	
37	Master List Health facilities Guinea	
38	Mauritania - Nutrition - Final Evaluation Report	Dr. Natacha Calandre, Dr Mohamed Lemine Selmane, Mohamed ould Mahfoud
39	Mauritania - Nutrition - Mid-term Evaluation Report	Dr. Mouna H. Hashem, Consultant
40	Dossier pédagogique : Panorama de l'éducation en Guinée Conakry	Solidarité laïque,
41	Analyse Globale LANDSCAPE, Rapport General, Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition, Division Alimentation-Nutrition, 62p.	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique,
42	Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024, 97p.	Ministère de la Santé,
43	Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017, 82p.	Ministère de la Santé,
44	Politique nationale de santé : « Un engagement pour bâtir un système de santé performant », 30p.	Ministère de la Santé,
45	Etats généraux de la santé 2014 : Etat de santé de la population et ses déterminants, 16p.	Ministère de la Santé,
46	Etats généraux de la santé 2014 : Offre et prestations de soins, 16p.	Ministère de la Santé,
47	Etats généraux de la santé 2014 : Ressources humaines pour la santé, 39p.	Ministère de la Santé,
48	Etats généraux de la santé 2014 : Produits de santé, 13p.	Ministère de la Santé,
49	Etats généraux de la santé 2014 : Financement de la santé, 22p.	Ministère de la Santé,
50		
51	Etats généraux de la santé 2014 : Gouvernance et leadership du système de santé, 18p.	Ministère de la Santé,
52	Etats généraux de la santé 2014 : le système d'information sanitaire et de recherche en santé, 21p.	Ministère de la Santé,
53	Etude sur les violences faites aux enfants en République de Guinée, Search for Common Ground, UE, 52p.	Delomez Hélène,
54	Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2012), MEASURE DHS, ICF International, Conakry, 530p.	Institut National de la Statistique/Ministère du Plan,
55	Enquête nationale nutrition-santé, basée sur la méthodologie SMART, Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition, Division Alimentation et Nutrition, Unicef, WFP, HKI, Action contre la faim, Terre des Hommes,	Ministère de la Santé

N°	Documents obtenus	Source d'obtention
56	Comité National de Lutte contre le Sida, Enquête de surveillance comportementale et biologique des IST/VIH/Sida-ESCOMB 2015, Rapport, SidAlerte, Fonds Mondial, UNFPA, 74p.	Comité National de Lutte contre le Sida,
57	Programme de Coopération 2013-2017 : Analyse de la situation des enfants et des femmes, 94p.	Unicef,
58	Analyse de Situation des Enfants en Guinée, Unicef, Union Européenne, 108p.	Unicef,
59	Stratégie de relance socioéconomique post-Ebola 2015-2017.	République de Guinée,
60	Plan pluri annuel complet(PPAC) 2016-2020 Guinée, 22p	PEV
61	Rapport Annuel PEV 2016, 20p	PEV
62	Rapport d'étape : Amélioration de l'accès à l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène dans 30 écoles primaires et 15 centres de santé, 6p	Terre des Hommes
63	Rapport final : Amélioration de l'accès à l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène dans 30 écoles primaires et 15 centres de santé, 7p	Terre des Hommes
64	Rapport annuel 2016 (Guinée : Protection/Justice juvénile), 5p	Terre des Hommes
65	Rapport annuel 2016 (Guinée: Santé/Nutrition/EHA), 6p	Terre des Hommes
66	Budget PCA (Programme Cooperation Agreement)	Terre des Hommes
67	Rapport trimestriel d'activités Nov 2016, 84p	FMG
68	Rapport trimestriel d'activités Janvier 2017, 20p	FMG
69	Rapport de synthèse du 14-15 sept 2016, 6p	FMG
70	Rapport de synthèse du 10 fev 2017, 10p	FMG
Visite terrain		
71	Analyse de la situation socio-économique de la Région Administrative de Nzérékoré, 2015	DR Plan
72	Plan de développement économique et social 2016-2020 de la région administrative de Nzérékoré, 2016	DR Plan
73	Base de données de la prise en charge du VIH Sida, 2016	Unicef Nzérékoré
74	Annuaire statistique des écoles primaires et secondaire de 2013-2016	DPE EDUCATION
75	PAO DRS Nzérékoré 2017	DRS Nzérékoré
76	Annuaire statistique sanitaire de la DRS, 2012.	DRS Nzérékoré