

République de Guinée

Projet de descriptif de programme de pays 2013-2017

Le projet de descriptif de programme de pays relatif à la République de Guinée (E/ICEF/2012/P/L.17) a été présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires lors de sa session annuelle de 2012 (5-8 juin 2012).

Le présent document a été révisé par la suite et cette version finale a été approuvée lors de la deuxième session ordinaire de 2012 du Conseil d'administration, le 14 septembre 2012.

Données de base[†]

(2010, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans (en millions)	4,9
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	130
Insuffisance pondérale (% , modérée et sévère, 2008)	21
(% urbain/rural, plus pauvre/plus riche)	15/23, 24/19
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 2008)	680 ^a
Fréquentation scolaire dans le primaire/assiduité (% net, garçons/filles, 2009)	79/69 ^b
Taux de survie jusqu'à la dernière année de scolarité dans le primaire (% , garçon/fille, 2008)	63
Utilisation de ressources en eau améliorées (%)	74
Utilisation de services d'assainissement améliorés (%)	18
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (% , 15-49 ans, homme/femme, 2009)	1,3
Travail des enfants (% , 5 à 14 ans, garçon/fille, 2003)	25
Enregistrement des naissances (% , de moins de 5 ans)	43
(% garçon/fille, urbain/rural, plus pauvre/plus riche)	44/42, 78/33, 21/83
RNB par habitant (dollars des États-Unis)	380
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses de vaccins associés DTC3 (%)	57
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%)	51

[†] Des données supplémentaires sur les enfants et les femmes sont également disponibles sur le site www.childinfo.org/.

^a Le taux de 980 décès pour 100 000 naissances vivantes représente l'estimation pour 2005 qui a été calculée par le Groupe interinstitutions d'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, FNUAP et la Banque mondiale, avec des experts indépendants), et corrigée en fonction de la sous-déclaration et du classement erroné des décès maternels. Pour de plus amples informations, voir www.childinfo.org/maternal_mortality.html.

^b Données découlant de l'enquête.

Résumé de la situation des enfants et des femmes

1. La Guinée est marquée par une situation économique et sociale difficile et occupe le 156^e rang sur 169 selon l'indice de développement humain (2010). Entre 2006 et 2010, le taux de croissance annuel moyen du produit intérieur brut était de 2,2 % environ, contre un accroissement annuel de la population estimé à 3,1 %. Le taux de pauvreté est passé de 53 % en 2008 à un peu plus de 58 % en 2011. L'analyse des disparités régionales montre que sur les 5 quintiles, les 3 plus pauvres (environ 60 % de la population) ont une qualité de vie nettement inférieure aux 2 autres quintiles.

2. La réduction de l'aide extérieure en raison essentiellement de l'instabilité politique de ces dernières années et la répartition inéquitable des ressources disponibles ont eu comme conséquences une dégradation et un faible accès aux services sociaux de base (SSB) pour les populations les plus pauvres, en particulier

celles qui vivent en milieu rural, avec pour corollaire une détérioration des indicateurs du bien-être de l'enfant.

3. Dans le secteur de la santé, le TMM5 qui est passé de 163 à 130 pour 1 000 naissances vivantes entre 2005 et 2010 reste encore très élevé. L'analyse des tendances montre que les progrès enregistrés ont surtout porté sur la mortalité juvénile, un peu moins sur la mortalité infantile et très peu sur la mortalité néonatale. Soixante-huit pour cent des enfants de moins de 5 ans meurent de trois causes principales : le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les diarrhées.

4. Le ratio de mortalité maternelle est passé à 680 décès pour 100 000 naissances vivantes alors qu'il était de 528 décès pour 100 000 en 1999. Ceci est dû en grande partie à la faiblesse du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié (48 % dont 32 % en milieu rural et 84 % en milieu urbain). Par ailleurs, 80 % des décès maternels étaient directement liés à des causes obstétricales. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des femmes enceintes en milieu urbain et 86 % en milieu rural bénéficient d'au moins un réseau de protection de l'enfance.

5. Trente-quatre pour cent des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique. Parmi eux, 21 % sont atteints d'une forme sévère. Les enfants âgés de 6 à 23 mois sont ceux qui souffrent le plus d'émaciation, en particulier ceux du groupe d'âge de 6 à 11 mois. Les deux types de malnutrition sont directement ou indirectement liés à des mauvaises pratiques d'allaitement maternel, une alimentation de complément inadéquate, une insécurité alimentaire et une exposition courante aux agents pathogènes sans soins de santé appropriés.

6. La transmission du VIH de la mère à l'enfant est élevée en milieu urbain et dans les zones à forte activité économique. La séroprévalence nationale du VIH est de 1,5 % tandis que celle des femmes enceintes reçues en réseau de protection de l'enfance est passée de 2,5 % en 2008 à 3 % en 2010. Quatre-vingts pour cent des personnes vivant avec le VIH des zones rurales n'ont pas accès à la prise en charge.

7. Les coûts directs, indirects et les faibles niveaux de préscolarisation limitent les chances d'accès à l'école. Les taux de rétention et d'achèvement du cycle d'études primaires restent faibles, particulièrement pour les filles et les enfants vulnérables. Moins d'un enfant sur 2 commence l'école à l'âge requis (7 ans) et un enfant sur 5 d'âge scolaire termine l'école primaire à l'âge requis (12 ans). Le taux brut d'achèvement (TBA) des filles (44 %) est de 12 points en dessous de celui des garçons, sans doute en raison des effets combinés de l'entrée tardive à l'école, des pesanteurs socioculturelles néfastes et des grossesses précoces. En effet, plus d'une femme sur 4 (26 %) âgée de 15 à 19 ans est déjà mère.

8. Le faible taux d'inscription et le taux d'abandon (8 % en moyenne, avec 13,2 % pour les filles et 6 % pour les garçons en 2011) ont comme conséquence que le nombre d'adolescents non scolarisés ou déscolarisés est estimé à 915 846 dont 567 733 filles (62 %). L'exclusion du processus éducatif et le chômage des jeunes créent une frustration des adolescents qui deviennent vulnérables. Cette situation est aussi un enjeu pour la consolidation de la paix.

9. Les grossesses précoces aggravent l'analphabétisme des jeunes filles et les exposent à une mortalité élevée lors des accouchements. Le nombre moyen de naissances pour 1 000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est de 154 pour l'ensemble du pays, 104 en milieu urbain et 187 en milieu rural. Les adolescentes ayant commencé leur vie féconde sont plus nombreuses dans le quintile le plus

pauvre (39 %) que dans celui des plus riches (20 %). Cette fécondité précoce de la jeune fille serait en grande partie due à la sexualité précoce ainsi qu'à la pauvreté des familles.

10. La pratique des mutilations génitales féminines MGF/E touche près de 9 femmes âgées de 15 à 19 ans sur 10 (90 %) exposant les jeunes filles à des risques de morbidité et de mortalité élevés. Elle touche toutes les couches sociales sans distinction de niveau d'instruction, de religion et de milieu. Des raisons initiatiques et de préparation au rôle de future épouse sont avancées pour expliquer sa perpétuation.

11. Le taux d'enregistrement des naissances (EN) est faible (43 %) et présente de grandes disparités : 59 % de non-enregistrement en milieu rural contre 23 % en milieu urbain. Ce pourcentage varie entre 37 % pour les quintiles les plus riches et 66 % pour les plus pauvres. Cette faiblesse de l'EN est due à l'éloignement des centres d'état civil, au coût d'établissement des actes de naissance, à l'analphabétisme de la plupart des parents et surtout des femmes.

12. De façon générale, derrière ces chiffres se cachent des disparités entre Conakry et les autres régions de la Guinée. À titre d'exemple, le TBA des filles au primaire est de 94 % à Conakry contre 26 % dans une région comme Nzérékoré au sud du pays. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 92 ‰ à Conakry contre 204 ‰ en milieu rural. Les populations des sous-préfectures situées en dehors de la ville de Conakry ne bénéficient pas de SSB fonctionnels et de qualité. Quand les services existent et fonctionnent, le niveau de pauvreté des communautés les empêche d'y accéder.

13. Au niveau de l'offre et de la demande de services, la détérioration de la situation des enfants et des femmes s'explique par : a) un sous-investissement dans les services sociaux de base, ce qui aggrave les disparités; b) des structures insuffisantes et n'offrant pas des services de qualité; et c) des normes sociales, comportements et pratiques familiales. Ceci, conjugué à une production tardive des données et leur faible fiabilité ne favorisent pas la survie et le développement de l'enfant mais contribuent à maintenir les indicateurs de bien-être de celui-ci et de sa mère à un niveau élevé.

14. Le Gouvernement de la Guinée a soumis son rapport initial au Comité pour les droits de l'enfant en 1999, et le deuxième rapport, soumis en 2008 ne sera discuté qu'en juin 2012, ce qui témoigne de la faiblesse du suivi des recommandations formulées par le Comité.

15. Le pays est engagé dans l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés dont l'atteinte du point d'achèvement ainsi que les investissements attendus dans le secteur minier constituent des sources potentielles de disponibilité financière pour le Gouvernement.

Principaux résultats et enseignements tirés de la coopération antérieure, 2007-2012

Principaux résultats obtenus

16. Au cours du cycle passé, l'appui de l'UNICEF aux campagnes régulières a permis la réduction du nombre de cas de tétanos néonatal, bien que 15 districts soient encore déclarés à « haut risque », et la baisse du nombre de cas avérés de fièvre jaune. En 2011, la Guinée a enregistré deux cas confirmés de poliomyélite. En matière de vaccination de routine par contre, la situation s'est dégradée pour tous les antigènes, à l'exception du vaccin antituberculeux et de la fièvre jaune. Le ratio de premier contact des consultations primaires curatives par enfant et par an est passé de 0,37 en 2007 à 0,57 en 2009 et 2010. Cette relance a permis d'augmenter les couvertures en CPN3 de 80 % à 82 % et CPC de 0,2 à 0,3 contact/hbt/an entre 2009 et 2010. Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 48 % en 2007 à 61 % en 2011.

17. La situation nutritionnelle des enfants s'est globalement améliorée. La prévalence de la malnutrition globale est passée de 8 % en 2007 à 5 % en 2011, la malnutrition chronique de 40 % à 34 % et l'insuffisance pondérale de 21 % à 16 %. Par contre, le taux d'allaitement maternel exclusif a chuté de 56 % à 18 % du fait du recul du soutien de sa promotion par le Gouvernement et ses partenaires.

18. L'UNICEF a contribué à l'extension de la couverture géographique de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), qui est passée de 6,5 % en 2006 à 28 % en 2011. La proportion des femmes enceintes séropositives attendues en CPN ayant bénéficié des antirétroviraux (ARV) pour la PTME est passée de 6,6 % en 2006 à 26 % en 2010, et 9 % d'enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'une prophylaxie ARV.

19. L'incidence du choléra qui était de plus de 8 000 cas avec 310 décès en 2007, est passée à zéro cas en 2010 et seulement deux cas en 2011 (sans décès). L'UNICEF a contribué à sa réduction par la promotion du chlore et d'utilisation de latrines. L'assainissement total piloté par la collectivité (ATPC) et l'approvisionnement en eau potable ont permis de réduire le taux de diarrhée et de maladies hydriques qui a chuté de 77 % dans les zones appuyées.

20. Les taux brut et taux net d'inscription (TBI/TNI) en première année se sont améliorés. Le TBI est passé de 77 % à 82 % (74 % à 76 % chez les filles) entre 2007 et 2010. Le TNI est passé de 35 % à 44 % (34 % à 41 % pour les filles). Cependant, le taux d'achèvement a chuté de 59 % (49 % pour les filles) à 57 % (45 % pour les filles). La parité de genre, la progression vers l'achèvement universel de l'école primaire et la qualité de l'éducation demeurent une grande préoccupation. L'UNICEF a joué un rôle important dans la mise en place du Programme sectoriel éducation (PSE).

21. Le taux d'enregistrement des naissances (EN) a progressé et la prise en charge des enfants victimes d'abus s'est améliorée. Grâce aux efforts conjugués, l'EN est passé de 28 % à 43 % entre 2005 et 2010. Le système communautaire de protection des enfants se bâtit progressivement grâce à la mise en place de plus de 200 comités locaux de protection. Le cadre juridique a été renforcé notamment par l'adoption de 11 textes d'application du Code de l'enfant, la signature et la publication de cinq arrêtés interdisant et réprimant l'excision/MGF.

Leçons à retenir

22. Le secteur de l'éducation dispose d'une vision stratégique et d'une planification à long terme, définies avec l'appui des partenaires techniques et financiers dont l'UNICEF, qui intègrent la dimension équité et identifient les interventions prioritaires en matière d'éducation de base. Il dispose d'un mécanisme de coordination fonctionnel entre les partenaires techniques et financiers, et entre ceux-ci et le Gouvernement. Cela devrait lui permettre d'assurer une mobilisation des fonds nécessaires et de coordonner les actions en réponse aux besoins du secteur. Cette stratégie sera répliquée pour le secteur de la santé.

23. La stratégie de décentralisation du programme a contribué à renforcer le lien entre les niveaux décisionnels et opérationnels du Gouvernement et des sous-préfectures. Elle a permis de travailler directement avec les communautés et de faire un suivi de proximité des interventions et des dépenses. Il est à noter également l'efficacité des interventions à base communautaire et une mise à échelle plus facile lorsque les autorités aux niveaux déconcentré et décentralisé sont impliquées dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités. Cette décentralisation permettra en outre d'accompagner plus efficacement la mise en place d'activités intégrées à base communautaire et le renforcement des systèmes de suivi locaux indispensables au suivi de la levée des goulots d'étranglements et barrières réduisant l'impact des interventions en faveur des enfants.

24. Les progrès réalisés grâce à l'ATPC (77 % de réduction de la diarrhée), démontrent qu'une combinaison du traitement de l'eau à domicile et un assainissement total internalisés par les communautés qui achètent le chlore et construisent leurs latrines sans assistance extérieure peuvent générer un résultat spectaculaire dans la réduction des maladies diarrhéiques et des infections à helminthiases.

Programme de pays, 2013-2017

Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars É.-U.)

<i>Composante du programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Santé de la mère et du jeune enfant	9 128	18 372	27 500
Nutrition	3 427	12 073	15 500
Enfants et le VIH/sida	3 427	6 083	11 575
Eau, hygiène et assainissement	3 427	7 073	10 500
Éducation de base de qualité	4 927	11 573	16 500
Protection de l'enfant	3 431	3 708	7 139
Politiques sociales, plaidoyer, suivi et évaluation	2 877	3 823	6 700
Intersectorielle	5 496	2 865	8 361
Total	36 140	65 570	103 775

Processus de préparation

25. Dans le cadre de la préparation du nouveau programme de pays, le bureau a initié plusieurs rencontres dont un moment de réflexion stratégique avec de hauts cadres, qui ont influencé positivement les réflexions sur l'équité. Des pistes d'action prioritaires et stratégiques permettant d'atteindre les enfants les plus défavorisés ont été dégagées. Une analyse de la situation des femmes et des enfants a été également faite en collaboration avec toutes les structures déconcentrées et du niveau central, les organisations non gouvernementales (ONG) et avec le Parlement des enfants.

26. Le prochain programme s'inscrit dans le cadre général du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD), du plan quinquennal et du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). L'UNICEF a coprésidé le Groupe d'harmonisation des programmes des Nations Unies mais aussi la thématique « services sociaux de base » du PNUAD, en lien avec le DSRP et le plan quinquennal. Les matrices de résultats du PNUAD sont en droite ligne avec les priorités qui découlent de l'AdS.

Résultats et stratégies des composantes du programme

27. Le programme pays s'inscrit dans les objectifs du DSRP avec un accent particulier sur les enfants les plus vulnérables et défavorisés. Il vise à contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 25 %, à l'augmentation du taux d'achèvement au primaire de 20 % et à la protection des enfants d'une manière équitable et durable. Il contribuera également à créer un environnement où les droits des enfants à participer à la prise de décisions sur les questions qui affectent leurs vies sont exercés.

28. Tout en développant les axes d'intervention autour des stratégies principales décrites ci-dessous, le programme veillera à ce que chaque résultat intermédiaire des différentes composantes intègre la notion de changement de comportement et cela dans l'objectif d'accroître l'adoption des PFE dans les sous-préfectures ayant de grandes disparités. À terme, cette stratégie intersectorielle vise le résultat spécifique suivant : les communautés, et notamment les groupes vulnérables et marginalisés, participent à la mise en place de normes sociales favorables à la santé et au développement de l'enfant en renforçant l'adoption des PFE et l'utilisation des services sociaux de base avec une attention particulière à la mobilisation pour la vaccination. Le partenariat avec les religieux et les médias sera renforcé pour un plaidoyer, une promotion des PFE et une participation des jeunes dans les processus de développement.

29. Le programme se reposera sur trois stratégies principales afin de pouvoir atteindre les enfants les plus défavorisés. Il s'agira essentiellement : a) d'influencer le dialogue politique afin de renforcer les programmes et les investissements en faveur de SSB accessibles, équitables et de qualité; b) de renforcer le système de gestion entre le niveau central et les sous-préfectures; et c) de renforcer et d'améliorer la prestation et l'utilisation des services au niveau des communautés ainsi que l'adoption des normes et comportements clefs là où les indicateurs d'inégalités sont les plus forts.

30. **Santé de la mère et du jeune enfant.** Cette composante du programme mettra l'accent sur : a) une augmentation des ressources nationales pour le financement des interventions à haut impact pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile; b) la production régulière de données fiables renseignant sur l'effectivité et l'impact des interventions curatives, préventives et promotionnelles à haut impact; et c) des services de santé de qualité disponibles et utilisés surtout par les femmes et les enfants de moins de 5 ans, dans les zones les plus défavorisées en termes d'accès géographique et de faible couverture en interventions.

31. Elle visera l'accélération de la mise en œuvre des stratégies efficaces pour la survie et le développement de l'enfant. L'UNICEF contribuera au développement du nouveau Plan national de développement sanitaire ainsi qu'aux mécanismes de programmation, de budgétisation, de mise en œuvre et de coordination mis en place par le Gouvernement avec les partenaires techniques et financiers. Un accent sera mis sur le renforcement du Programme élargi de vaccination de routine avec un appui au renouvellement et à la gestion de la chaîne de froid, l'amélioration de la fiabilité des données, la mise en œuvre de la stratégie « atteindre chaque district », l'introduction de nouveaux vaccins pour prévenir la pneumonie et la diarrhée ainsi qu'une action vigoureuse pour l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole. La prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant et la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) resteront des stratégies clefs pour la lutte contre les maladies les plus meurtrières.

32. **Nutrition.** Cette composante du programme se concentrera autour de la lutte contre la malnutrition chronique. Elle s'assurera que : a) un soutien financier accru est accordé à la promotion de l'allaitement maternel exclusif et de l'alimentation de complément afin de réduire les taux de malnutrition; b) les données statistiques sur l'état nutritionnel sont produites en temps réel et utilisées pour la prise des décisions politiques et programmatiques; et c) les familles vivant dans les régions les plus défavorisées ont adopté des comportements favorisant une bonne nutrition des enfants de moins de 5 ans, et ceux souffrant de malnutrition aiguë reçoivent des soins de qualité. Pour ce faire, cette composante mettra un accent particulier sur l'introduction d'une alimentation de complément appropriée, la supplémentation en micronutriments, la distribution d'aliments fortifiés et la promotion de la diversification des aliments consommés par les communautés. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère sera renforcée par la mise en place des centres thérapeutiques de qualité, une bonne gestion des données pour un bon approvisionnement en aliments thérapeutiques. Les stratégies seront le renforcement des capacités institutionnelles et des intervenants, la prise en charge et la prévention à base communautaire, la supplémentation et la communication pour le développement.

33. **Enfants et le VIH/sida.** Cette composante du programme contribuera à la réduction de l'expansion de l'infection VIH chez les enfants et au meilleur accès au traitement antirétroviral pour les enfants infectés. Il visera le passage à l'échelle de la stratégie d'élimination de la transmission mère à enfant. Il fera en sorte que : a) le dialogue politique, programmatique et budgétaire soit renforcé et permette d'accélérer la prévention et la prise en charge du VIH/sida chez l'enfant; b) des données fiables permettant de suivre la mise en œuvre et l'impact des interventions soient disponibles; et c) les femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant et les enfants séropositifs soient adéquatement pris en charge. L'amélioration du traitement des mères séropositives,

y compris le diagnostic précoce, le traitement et les soins aux nourrissons exposés au VIH, la prévention primaire et la prise en charge des enfants vulnérabilisés par le VIH constitueront des axes majeurs d'intervention.

34. **Eau, hygiène, assainissement (EHA).** Cette composante du programme développera des activités intégrées avec la santé et l'éducation afin de contribuer à la réduction des taux de mortalité et d'abandon des filles au niveau du primaire. L'EHA a deux principaux résultats : a) le renforcement du dialogue politique, programmatique et budgétaire en faveur d'approches coût efficaces pour améliorer l'environnement et réduire l'incidence des maladies hydriques; et b) l'accès équitable à l'eau potable et à des services d'assainissement pour les communautés, les écoles et les établissements sanitaires dans les zones défavorisées. La composante mettra l'accent sur les méthodes de chloration et de purification de l'eau au moment de son utilisation afin de réduire les incidences de la diarrhée.

35. **Éducation de base de qualité.** Cette composante du programme se concentrera sur l'accroissement de l'achèvement de l'éducation primaire par les filles et les enfants des groupes vulnérables dans les régions les plus défavorisées. Les résultats visés sont : a) le Programme sectoriel éducation (PSE) est actualisé et son financement accru en vue de l'amélioration de la qualité de l'éducation et de l'achèvement de l'école primaire par toutes les filles et les enfants les plus vulnérables; b) la coordination de la mise en œuvre du PSE est effective aux niveaux central et décentralisé et est appuyée par des données statistiques fiables et produites à temps; et c) la qualité et la réussite des apprentissages sont améliorées pour tous les enfants, particulièrement les filles des zones défavorisées. Les principales interventions comprennent la promotion d'une éducation préscolaire à base communautaire en vue de favoriser le début de l'école à l'âge requis (6 ans), la mise en œuvre d'activités novatrices (tutorat des filles plus âgées sur les plus jeunes et à risque d'abandon, suivi des apprentissages, classes pour enfants surâgés) pour réduire les taux d'abandon, améliorer la réussite et assurer une éducation accélérée pour les enfants non scolarisés ou précocement déscolarisés. Un accent sera mis sur la promotion et la réalisation du modèle d'école amie de l'enfant, avec un focus sur la mise à l'échelle des pédagogies actives, l'amélioration de l'environnement et la participation des enfants dans la vie et la gestion des écoles.

36. **Protection de l'enfant.** Cette composante du programme mettra l'accent sur la mise en place de mécanismes d'EN et l'implication des enfants dans toutes les actions les concernant. Une attention particulière sera accordée au développement d'une politique de protection sociale pour les enfants les plus défavorisés en collaboration avec plusieurs partenaires. Des mesures programmatiques spécifiques seront prises pour combler les lacunes et les défis rencontrés par les adolescents dans une optique d'amélioration de leurs conditions de vie, de promotion d'opportunités et de consolidation de la paix, avec un accent sur la réinsertion socioprofessionnelle des adolescentes à risque. Les résultats poursuivis sont : a) les programmes et budgets en faveur des enfants les plus vulnérables sont renforcés; b) un système de gestion entre les niveaux central et sous-préfectoral est mis en place pour suivre l'EN, et des informations sur les violences faites aux enfants sont régulièrement produites et utilisées pour la prise de décisions; et c) les enfants et les jeunes bénéficient d'une réponse multisectorielle et sont réintégrés et les familles adoptent un comportement favorable à l'EN et à la réduction des MGF/E et des grossesses précoces. Tous ces résultats seront atteints grâce à la mise en place d'un système de protection des enfants renforcé.

37. **Politiques sociales, plaidoyer, suivi et évaluation.** Cette composante du programme soutiendra l'analyse des politiques nationales, l'élaboration de stratégies et de renforcement des capacités des institutions clefs du Gouvernement afin de s'assurer que les allocations et les interventions tiennent compte des populations les plus pauvres d'une manière équitable et durable avec un accompagnement pour la consolidation de la paix. Il se concentrera également sur la collecte, la diffusion des données correctement analysées (par sexe, groupe et géographie) afin de démontrer l'impact des services sur les enfants les plus défavorisés. Au regard de la vétusté des données, un accent sera mis sur la réalisation d'un nombre d'enquêtes et d'études telles que l'enquête en grappes à indicateurs multiples-EDS IV. Les résultats visés sont : a) le Gouvernement a adopté une programmation et une budgétisation pro-pauvre et équitable au niveau national et une planification qui place l'enfant au centre des processus de développement nationaux et permet de réduire les inégalités; et b) des mécanismes et des systèmes de collecte de données et de suivi des indicateurs sociaux sont fonctionnels et sensibles aux questions d'équité. Un cadre de suivi-évaluation de l'équité est mis en place et permet de mesurer la levée des barrières et goulots d'étranglements limitant l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes.

38. L'UNICEF coordonnera la réponse des partenaires dans la nutrition, l'eau-assainissement et l'éducation en période de crise et d'urgence humanitaire (par exemple inondations, troubles et conflits sociaux et conflits dans les pays voisins) qui constituent des risques pour l'atteinte des résultats escomptés du programme. Les dispositions utiles pour les mitiger et les évaluer chaque année et ajuster en conséquence les stratégies du programme seront prises.

Rapports avec les priorités nationales et le PNUAD

39. Le programme contribuera directement à l'atteinte des objectifs du PNUAD qui est composé de trois axes stratégiques : a) promotion de la bonne gouvernance; b) accélération de la croissance et promotion d'opportunités d'emplois et de revenus pour tous; et c) réduction de la vulnérabilité et amélioration des conditions de vie. Les différentes composantes du programme pays se retrouvent dans l'axe 3 avec quelques sous-composantes du programme protection dans l'axe 2.

Rapports avec les priorités internationales

40. Les objectifs stratégiques du PNUAD en République de Guinée sont 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 de l'UNICEF 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. Le programme contribue au plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF et au document « Unis pour les enfants, contre le sida ».

Principaux partenariats

41. Le Gouvernement reste le partenaire prioritaire de l'UNICEF. Par ailleurs, l'UNICEF continuera de collaborer avec le Fonds mondial, le Partenariat international pour la santé, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le Partenariat mondial pour l'éducation. La coopération, notamment avec la Banque mondiale, l'Union européenne, la Banque africaine de développement, la Banque interaméricaine de développement, « United States Agency for International Development », l'Allemagne, la France, le Japon et les comités nationaux, sera renforcée. L'UNICEF continuera à coopérer avec les organisations non gouvernementales et confessionnelles, qui fournissent un soutien substantiel aux SSB et aux personnes vulnérables au niveau communautaire. Des partenariats stratégiques seront poursuivis avec les ONG internationales et avec les agences du système des Nations Unies dans le cadre du PNUAD pour porter à échelle les actions à haut impact en faveur des enfants les plus défavorisés.

Suivi, évaluation et gestion du programme

42. Le Ministère de la coopération internationale et le Ministère du plan, notamment à travers l'Unité centrale de coordination, assureront la coordination du programme de coopération. Un plan d'action quinquennal et des plans d'action annuels seront développés en collaboration avec les ministères concernés.

43. L'UNICEF continuera de travailler en étroite collaboration avec les services de statistiques des ministères partenaires clefs dans la mise en œuvre de mécanismes de collecte de données afin de disposer de statistiques officielles de qualité, en temps opportun et diffusées au niveau central pour la prise de décisions. Une série d'enquêtes et d'études a été planifiée pour connaître la situation des enfants et les progrès réalisés, y compris les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les enquêtes et études identifiées seront incluses dans le plan de suivi-évaluation du bureau. En outre, l'UNICEF renforcera le suivi des activités à travers ses bureaux décentralisés. Un examen à mi-parcours du programme aura lieu en 2015.