République de Guinée

Travail –Justice –Solidarité

PLAN STRATEGIQUE SRMNIA-N

GUINEE

Décembre 2019

TABLE DES MATIERES

SIGLES, ACRONYMES, ABREVIATIONS v

LISTES DES TABLEAUX vii

LISTE DES FIGURES viii

AVANT-PROPOS x

REMERCIEMENTS xii

RESUME xiii

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL 14

1.1. Aperçu de la Guinée 14

1.1.1. Géographie 14

1.1.2. Contexte historique et administratif 15

1.1.3. Contexte Economique en Guinée 15

1.1.4. Le contexte démographique et socioculturel 18

1.2. Aperçu Système de santé 21

1.2.1 Organisation du système de santé 21

1.2.2 Acteurs clés du système de santé 22

1.2.3 Financement du secteur de la santé 23

CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNIA 25

Section 1 : Généralités sur l'analyse de la situation SRMNIA-N 25

Section 2 : Situation épidémiologique de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescents, et jeunes et personnes du 3ème âge. 27

1. Santé maternelle 28

2. Santé de l'enfant : 33

3. Santé des adolescents et des jeunes 35

4. Paludisme 37

5. Les maladies chroniques 37

Section 3 : Analyse des goulots d'étranglement de la SRMNIA-N 2016-2020 en Guinée 38

A. Gouvernance, coordination et partenariat 38

B. Suivi/évaluation 38

C. Ressources humaines en santé (RHS) 38

Gestion et approvisionnement des stocks des médicaments et intrants 39

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE 39

3.1. Vision de la Santé 2024 40

3.2. Mission 40

3.3. Cadre conceptuel de la stratégie 40

3.4. Narratif de la théorie du changement 41

3.5. Objectif global : 41

3.5.1. Objectifs stratégiques, Effets et les Produits attendus : 41

3.6. Cadre d'intervention 44

3.7. Cadre de résultats : 59

CHAPITRE 4 : CADRE DE MISE EN OEUVRE ET SUIVI-EVALUATION DUPLAN STRATEGIQUE SRMNIA-N 2020-2024 73

4.1. Cadre de mise en œuvre 73

4.1.1. Cadre institutionnel 73

4.1.3. Constitution et rôle des organes de mise en œuvre du Plan SRMNIA-N 2020-2024 ... 74

4.2.1. Suivi et évaluation du plan 77

4.2.1.1 **Supervisions conjointes :** 77

4.2.1.2 **Revues des interventions :** 77

4.2.1.3 **Etudes et recherches :** 77

4.2.1.4 **Evaluations :** 77

4.2.1.5. **Hypothèses et risques** 78

4.3. Cadrage budgétaire 78

4.3.1. Cadre budgétaire global du plan 78

4.3.2. Plan d'action annuel budgétisé 79

4.3.3. Plan de gestion trimestriel 79

BIBLIOGAPHIE 0

ANNEXE 1

THEORIE DU CHANGEMENT 1

PAQUET D'INTERVENTION A HAUT IMPACT 0

STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP) 1

SIGLES, ACRONYMES, ABREVIATIONS

Sigle	Définition
ASC	Agent de Santé Communautaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMC	Centres Médicaux de Commune
CPN	Consultation Prénatale
CTRS	Comité technique Régional de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé de Guinée
EIS	Evaluation d'Impact sur la Santé
ELEP	Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté
FBCF	Formation Brute du Capitale
FBCF	Formation Brute du Capital Fixe
FDR	Feuille de Route
FMI	Fonds Monétaire International
FO	Fistules Obstétricales
GNF	Guinean National Francs
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IHP+	International Health Partnership
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (enquête à indicateurs multiples)
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAO	Plan d'Activités Opérationnel
PFT	Partenaires Financiers et Techniques
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDES	Plan National de Développement Economique et Social
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMMNIJ	Revue de la Mortalité Maternelle Néonatale Infantile et des Jeunes
SAA	Services Après Avortement
SBC	Services à Base Communautaire
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux Cliniques
SRMNIA-N	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et Adolescente et de la Nutrition
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale

Sigle	Définition
USD	United State Dollar
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH/SIDA	Virus ImmunoHummain/Syndrome Déficience Acquis

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1: Indicateurs de croissance économique de la Guinée 16
Tableau 2: Proportion du budget de l'Etat alloué à la santé 23
Tableau 3 Dépenses de santé par source de financement CNS 2014-2016 25
Tableau 4 : Enfants vaccinés par type de vaccins 34
Tableau 5: Prise en charge des enfants de moins de 5 ans 34
Tableau 6: Cadre d'intervention 44

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Carte de la Guinée 14
Figure 2: Structure selon le groupe d'âges 19
Figure 3_Pyramide des âges 20
Figure 4: taux de fécondité entre 1983 et 2016 20
Figure 5: taux de fécondité par groupe d'âges de femmes de 15-49 ans 21
Figure 6: Evolution du budget de la santé entre 2010 et 2019 23
Figure 7: Charge de morbidité des principales maladies 28
Figure 8: Comparaison des données de CPN4 et accouchements assistés EDS 29
Figure 9: Evolution des principaux indicateurs de la santé maternelle 30
Figure 10: Offre de service SONU en Guinée 31
Figure 11: Graphique de l'évolution du TCPm 33

Ministère de la Santé
Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
Boulevard du commerce, Conakry, Guinée
Téléphone : +224 622 622 014 723 / 624 462 593
www.sante.gov.gn
dfkaba@gmail.com

La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition remercie ses partenaires traditionnels que sont UNFPA et la Banque Mondiale à travers le GFF, qui ont permis de financer ce plan stratégique quinquennal 2020-2024.

Toutefois, les informations fournies dans ce document ne représentent pas nécessairement les points de vue de ces agences de développement ou de leurs représentations à l'étranger. Par conséquent, ces informations ne devraient pas être interprétées comme telles.

AVANT-PROPOS

Son Excellence Médecin Colonel Remy LAMAH
Ministre de la Santé

Grand Officier de l'Ordre National
du Mérite de la République Française

REMERCIEMENTS

Le présent Plan Stratégique SRMNIA-N 2020-2024 est le fruit d'une collaboration multisectorielle et transdisciplinaire. De ce fait, le Ministère de la Santé saisit cette opportunité pour adresser ses remerciements aux cadres de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition et les autres services techniques du Ministère pour leur disponibilité.

Les remerciements vont également aux cadres des autres départements ministériels notamment l'action sociale, la jeunesse et l'éducation pour leur collaboration.

Les partenaires au développement particulièrement l'UNFPA et la Banque Mondiale, et les organisations non gouvernementales soient remerciées pour la qualité de leurs contributions techniques et financières.

Le Ministère de la santé exprime sa reconnaissance aux consultants pour l'expertise dont ils ont fait montre dans la conduite du processus de revue, ainsi que dans l'élaboration du Plan Stratégique SRMNIA-N « 2020-2024 ».

Enfin, la même reconnaissance s'adresse à toutes les personnes physiques et morales qui ont apporté leur appui dans les différentes étapes du processus de la revue du précédent plan et à la rédaction du présent plan.

RESUME

Le Gouvernement de la Guinée, dans la perspective de la couverture sanitaire universelle, à travers le ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires a élaboré le PNDS 2015-2024 qui est l'instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé. La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes, figure au premier rang des priorités de ce plan. Cette volonté politique s'est traduite par l'élaboration et la mise en œuvre du plan SRMNIA 2016-2020.

Au terme de la mise en œuvre de ce plan SRMNIA 2016-2020, les résultats de son évaluation ont mis en évidence les progrès notamment l'accroissement du taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié, la réduction substantielle du taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et de la prévalence contraceptive. Cependant, des gaps et des goulots d'étranglement ont été identifiés. Les leçons apprises et les conclusions ont recommandé la formulation d'un nouveau plan stratégique pour les cinq (05) prochaines années.

Ainsi, le Ministère de la santé avec l'appui technique et financiers de ses partenaires notamment la Banque Mondiale et l'UNFPA, a entrepris l'élaboration du nouveau plan SRMNIA-N 2020-2020. Ce plan prendra en compte les nouveaux défis émergents de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.

Le plan SRMNIA-N 2020-2024 a pour vision de faire en sorte qu'à l'horizon 2024, '' toutes les mères, les nouveaux nés, les enfants et les adolescents/Jeunes, bénéficient d'un accès optimal aux soins et aux services SRMNIA-N de qualité d'une manière efficiente, équitable, fondé sur les droits humains avec la pleine participation de tous''.

L'objectif global du plan est d'éliminer les décès maternels, néonatales, infantiles et infanto-juvéniles évitables et promouvoir le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes en utilisant une approche multisectorielle basée sur les droits et l'accès universel aux services de SRMNIA-N fournis dans un continuum de soins respectueux.

De cet objectif général cinq (05) spécifiques ont été décliné notamment :

- Renforcer l'offre de soins respectueux et services SRMNIA-N de qualité
- Renforcer l'environnement habilitant, la mobilisation et la gestion optimale du financement de la SRMNIA-N
- Renforcer la coordination multisectorielle et le suivi évaluation des interventions de SRMNIA-N à tous les niveaux du système de santé
- Promouvoir l'enregistrement des faits d'Etat civil (naissance, mariage, décès)
- Promouvoir la génération de la demande de soins et services de SRMNIA-N

Les stratégies de mise en œuvre du nouveau plan seront basées sur l'approche communautaire, la collaboration multisectorielle/transdisciplinaire, l'engagement du secteur privé, la gestion axée sur les résultats et la redevabilité.

Les mécanismes de coordination et de suivi et évaluation s'intègrent dans le dispositif national déjà existant.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL

1.1. Aperçu de la Guinée

1.1.1. Géographie

La Guinée est un pays de l'Afrique de l'Ouest étendu sur 245 857 km² avec une population de 10.523.261. Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 donne une densité de la population de 43 habitants au km². Le sexe ratio de (01) un homme pour 1,083 femmes. Cette population est estimée à 14 423 741 habitants en 2024 en se basant sur le taux d'accroissement démographique naturelle est de 2.84% (2018).

La Guinée a une frontière commune avec 06 autres pays de l'Afrique de l'ouest. Au Sud : la Sierra Léone et le Libéria ; au Sud-Est : la Côte d'Ivoire ; au Nord-Est le Mali ; au Nord : le Sénégal ; à l'Ouest la Guinée Bissau.

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.

Figure 1:Carte de la Guinée

Le pays est bordé par 300 km de côte qui est sa limite littorale. Son climat est tropical, alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune.

1.1.2. Contexte historique et administratif

Sur le plan historique, la Guinée est indépendante le 02 octobre 1958 et fait l'expérience du socialisme pendant 26 ans. A la suite du vent de l'Est à la fin des années 80, la Guinée a débuté son expérience démocratique avec l'adoption en 1990 d'une constitution. Après deux régimes militaires qui se sont succédés à la mort du Président Sékou Touré le 02 mars 1984, la Guinée connaitra le retour à l'ordre constitutionnel au travers des élections présidentielles (2010 et 2015) et législatives (2013).

Sur le plan administratif et la décentralisation, la Guinée compte sept (7) régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte trente-trois (33) préfectures, trente-huit (38) communes urbaines dont cinq (5) à Conakry et trois-cents quatre (304) communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.

1.1.3. Contexte Economique en Guinée

- **Structure économique**

La Guinée continue d'enregistrer une croissance soutenue, qui s'est établie à 5,8% en 2018, alimentée par l'exploitation minière (principalement la bauxite). Selon le FMI, la croissance économique devrait s'élever à 5,9% en 2019 et 6% en 2020.

Cependant, les fluctuations des prix des produits de base, associées aux incertitudes sociales et politiques liées aux prochaines élections législatives de mars 2019 et présidentielle de 2020 peuvent entraver ces projections de croissance économique.

Le budget 2019 s'élève à 2,4 milliards USD dont les priorités étaient orientées sur le développement des infrastructures et les dépenses sociales notamment la Santé et l'éducation.

La dette du pays a atteint 40% du PIB en 2018 et devrait atteindre 43,1% cette année, avant de diminuer à 42,6% l'année suivante. L'inflation reste élevée, malgré une légère baisse à 8,2% en 2018, et devrait continuer de baisser pour atteindre 8% en 2019.

Le déficit public représentait 2,2% du PIB en 2018, soit en légère hausse par rapport à l'année précédente. Cette situation est aggravée par la difficulté de collecte des recettes internes qui au demeurant, interfèrent avec la volonté politique

d'améliorer la dotation budgétaire à la Santé. Cette allocation a connu une légère hausse à 5% en 2016, 8% en 2017 mais est retombée à 6% en 2018 et 2019.

Tableau 1: Indicateurs de croissance économique de la Guinée

Indicateurs de croissance	2016	2017	2018 (e)	2019 (e)	2020 (e)
PIB (milliards USD)	8,70	10,25	11,50	12,47	13,49
PIB (croissance annuelle en %, prix constant)	10,5	8,2	5,8	5,9	6,0
PIB par habitant (USD)	687e	790	865	915	966
Endettement de l'Etat (en % du PIB)	41,8	37,9	40,4	43,1	42,6
Taux d'inflation (%)	8,2	8,9	8,2	8,0	8,0
Balance des transactions courantes (milliards USD)	-2,71	-0,71	-2,43	-2,05	-2,35
Balance des transactions courantes (en % du PIB)	-31,1	-6,9	-21,2	-16,4	-17,4

Source : FMI - World Economic Outlook Database

- **Une agriculture[1]à la traine de l'économie**

Le secteur agricole représentait 17.5% de l'activité économique en 2014. L'agriculture occupe plus de 80% de la population active en Guinée et reste avec l'exploitation minière, le socle de l'économie guinéenne. L'agriculture est artisanale et dominée par la culture des produits vivriers ce faisant n'attire pas les investisseurs. En 2014, la contribution de l'agriculture à la richesse nationale est à peine de 20%[2].

Par ailleurs, le secteur agricole représente 60,4%% de la consommation des ménages en 2016 (derniers comptes nationaux 2015-2016). En plus, seuls 4,8% d'exportation du pays proviennent de sa production agricole en 2015[3], avec une moyenne de 5% pour la période 2011-2015.

- **Le secteur minier et géologique**

Le potentiel minier guinéen repose sur une concentration de ressources minérales, reconnue comme l'une des plus importantes au monde : (i) la bauxite (+ 40 milliards de tonnes à 40% Al2O3) ; (ii) de minerais de fer (+10 milliards de tonnes de haute qualité) ; (iii) d'or (plusieurs milliers de tonnes) ; (iv) de diamant ainsi

[1] Pris dans le sens de tout le secteur tertiaire (production végétale, animale, pêche et sylviculture)
[2] Calculé à partir des données de la série des comptes nationaux 2010-2015
[3] République de Guinée, Institut National de la Statistique, série des comptes nationaux 2010-2015

que, (vi) des indices importants d'uranium, de graphite, de cuivre et de pétrole. Les mines en Guinée conduisent l'évolution du secteur secondaire qui représente 29,7% du PIB national et 13,9% de la valeur ajoutée industrielle du pays[4].

- **La consommation des ménages**

Au terme de l'exercice 2014, le taux de croissance de l'économie guinéenne affichait 3,7% contre 3,9% en 2013. Cette régression du PIB national est principalement imputable à l'épidémie de la fièvre hémorragique à virus Ebola qui a secoué le pays entre 2012 et 2014. Depuis 2015, la tendance est à la reprise.

En effet, comme indiqué plus haut, les produits du primaire (agriculture, pêche, élevage, chasse et activités connexes) et les produits manufacturiers restent les principales composantes de la consommation finale des ménages. En effet, selon les comptes nationaux 2015-2016, les ménages consacrent plus de 60,4% de leurs dépenses de consommation finale à ces postes (comme indiqué dans le tableau ci-dessous)

En outre, pour ce qui est du volume du financement de la santé, les ménages continuent à être la première source de financement du secteur, avec la dépense totale de santé par habitant évaluée à 395 319 GNF (soit 44 dollars américains) selon les comptes nationaux de santé de la même période.

Dans cette situation, la balance commerciale reste déficitaire, avec les importations qui sont plus importantes que les exportations. Elle s'est davantage dégradée au cours de ces dernières années avec le fort investissement de l'Etat à importer les machines-outils qui devaient servir à booster la production industrielle et agricole locale.

Par ailleurs : la forte fluctuation de la monnaie locale (GNF) annihile les efforts de production nationale et détériore considérablement la consommation des ménages. En effet, avec une inflation comprise entre 6 et 9%[5], le revenu disponible brut (RDB) des ménages est englouti dans la consommation sans possibilité d'épargner. D'après la *série des comptes nationaux 2010-2015,* les ménages en 2014, détiennent 76% des revenus disponibles mais sont les plus déficitaires en épargne. Les marges d'épargne dégagées par les autres secteurs institutionnels ne réussissent pas à combler ce déficit, d'où l'incapacité des sociétés financières à refinancer l'économie à travers des prêts à l'investissement.

[4] *République de Guinée, Institut National de la Statistique, série des comptes nationaux 2010-2015*

[5] https://fr.tradingeconomics.com/guinea/gdp-growth-annual), 10/10/19

Produits	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2011-2015(a)*
Agriculture, Élevage, chasse et activités annexes	32,8	32,6	32,3	33,0	33,6	32,8
Activités extractives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fab. de pdts alimentaires, boissons & tabac	29,0	29,4	27,5	28,3	26,8	28,2
Fab d'autres produits manufacturiers	18,8	17,7	16,8	18,1	18,1	17,9
Prod. & distribution d'électricité, de gaz & d'eau	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1
Construction	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Commerce et réparation	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
Hôtels et restaurants	2,8	3,1	2,4	1,5	0,8	2,1
Transports et communications	3,0	2,2	1,9	2,1	2,0	2,2
Intermédiation financière	3,4	4,3	9,5	7,0	8,8	6,6
Immobilier, services aux entreprises	3,7	3,8	3,1	3,1	3,0	3,3
Activités d'administration publique	0,3	1,0	1,0	0,6	1,0	0,8
Éducation	1,5	1,5	1,2	1,2	1,1	1,3
Activités de services de santé	1,1	1,0	1,1	1,9	1,5	1,3
Activités à caractère collectif ou personnel	1,6	1,5	1,3	1,4	1,5	1,5
Act. Ménages employeurs de personnel domest.	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
SIFIM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Correction territoriale	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100,0

(a) moyenne sur la période de 2011 à 2015

Source : *INS / Département de la comptabilité nationale*

1.1.4. Le contexte démographique et socioculturel[6]

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population Guinéenne est de 10.523.261 habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km2.

Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population Guinéenne serait de 14 423 741 habitants en 2024. Les femmes représentaient presque 52% de la population. Le taux brut de natalité (TBN) était de 33‰ (dont 30‰ en zone urbaine et 35,1‰ en zone rurale) en 2016[7] avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,8 (dont 3,7 en zone urbaine et 5,5 en zone rurale).

Bien qu'hautement bénéfiques pour la cohésion de la société, la religion et la coutume sont pour certains cas responsables des inégalités qui tendent à devenir des facteurs de discriminations et d'iniquités sociales.

La religion et la famille sont déterminantes dans la structuration socioculturelle de la société guinéenne. Malgré la forte présence de l'Islam (93%) dans la vie des guinéens, il subsiste des croyances aux fétichismes, sorcellerie et magie noire.
La religion structure fortement la réalité sociale et culturelle des communautés guinéennes et le fonctionnement sociétal.

- **Sur le plan démographique**

[6] Tiré du Plan National de développement Sanitaire 2015-2024, p. 17
[7] MICS 2016

La structure de la population selon les grands groupes d'âge montre que le profil démographique de la Guinée est celui d'un pays ayant une population très jeune.

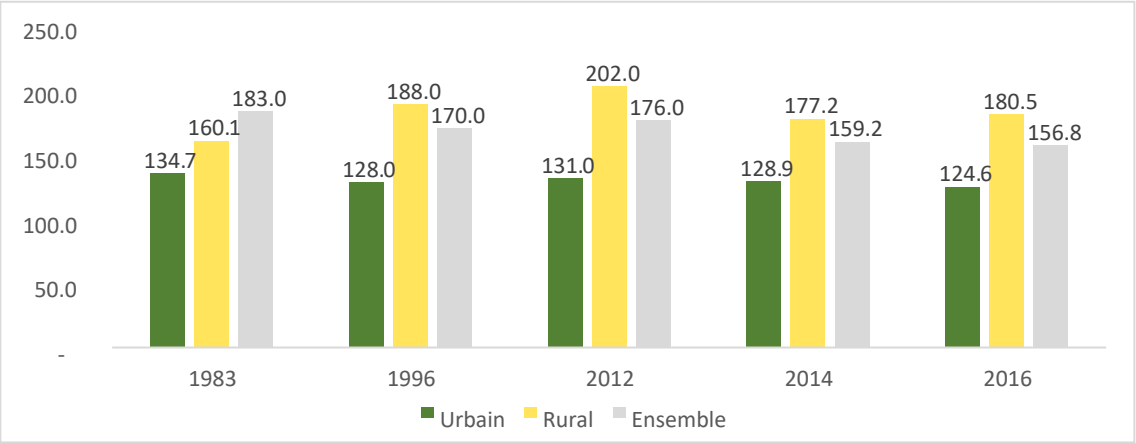
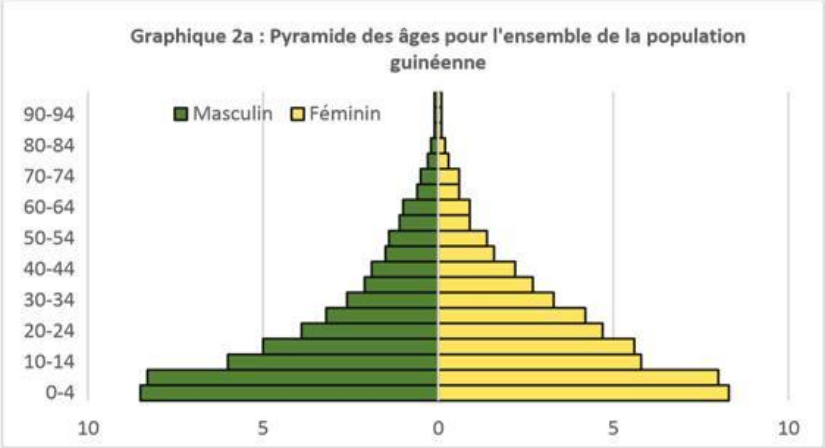
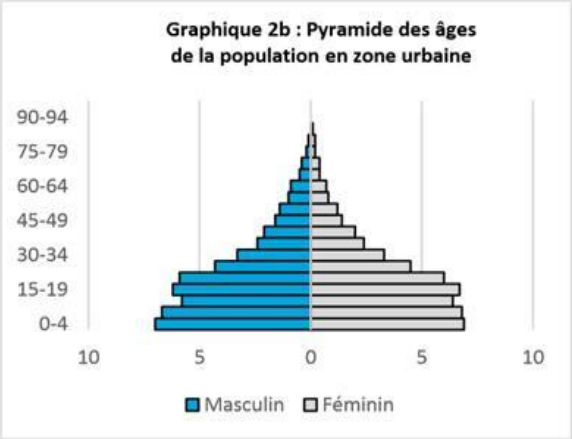


Figure 2 *: structure selon le groupe d'âges*

Les personnes inactives représentent 48,7 % de la population totale (44,9 % de moins de 15 ans et 3,8 % de 65 ans et plus) avec un rapport de dépendance démographique de 94,8 %. Ceci reflète la très faible représentativité de la population active.

Pyramide des âges en Guinée





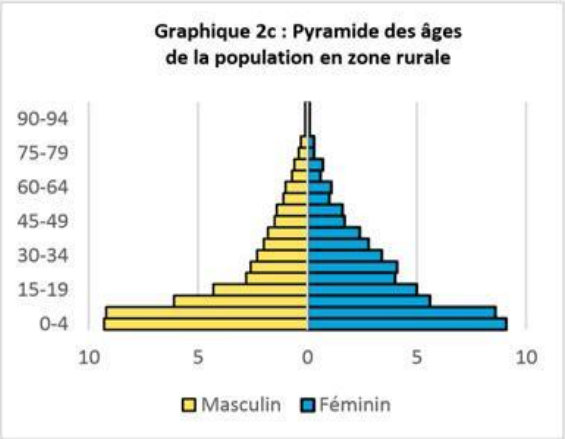


Figure 3_Pyramide des âges

Source : INS (2017), Structure de la population en 2014.

De 2018 à 2040, la Guinée connaîtra une forte évolution de la population urbaine au détriment des zones rurales. La population urbaine en Guinée passera de 4 260 887 habitants en 2018 à 8 658 920 habitants en 2040, soit du simple au double en 22 ans.

L'analyse des données démographiques de la Guinée indique que le pays fait face à une forte pression démographique (Réf.). La très jeune population a des besoins en forte croissance, notamment en termes de mise en place d'infrastructures sociocommunautaires, telles que les structures d'éducation et de soins. Une plus grande maîtrise des paramètres populationnels devrait donc permettre à la Guinée de garantir un environnement socioéconomique plus prospère pour les générations futures.

- **Fécondité, population et développement**

Selon le dernier recensement général de la population de 2014, l'analyse de la fécondité des femmes en âge de procréer (15-49 ans) indique que le taux global de fécondité générale (TGFG) est de 159,2‰ sur le plan national avec une forte disparité entre le milieu rural (177,2‰) et le milieu urbain (128,9‰). Ce taux atteint 156,8‰ selon l'enquête MICS de 2016. Entre 1983 et 2016, ce taux a connu des variations en dents de scie notamment en milieu rural. Il est passé de 160,1‰ en 1983 à 188‰ en 1996, puis à 202‰ en 2012, 177,2‰ en 2014 et 180,5‰ en 2016. Cela indique une fécondité non encore maîtrisée en zone rurale en Guinée.

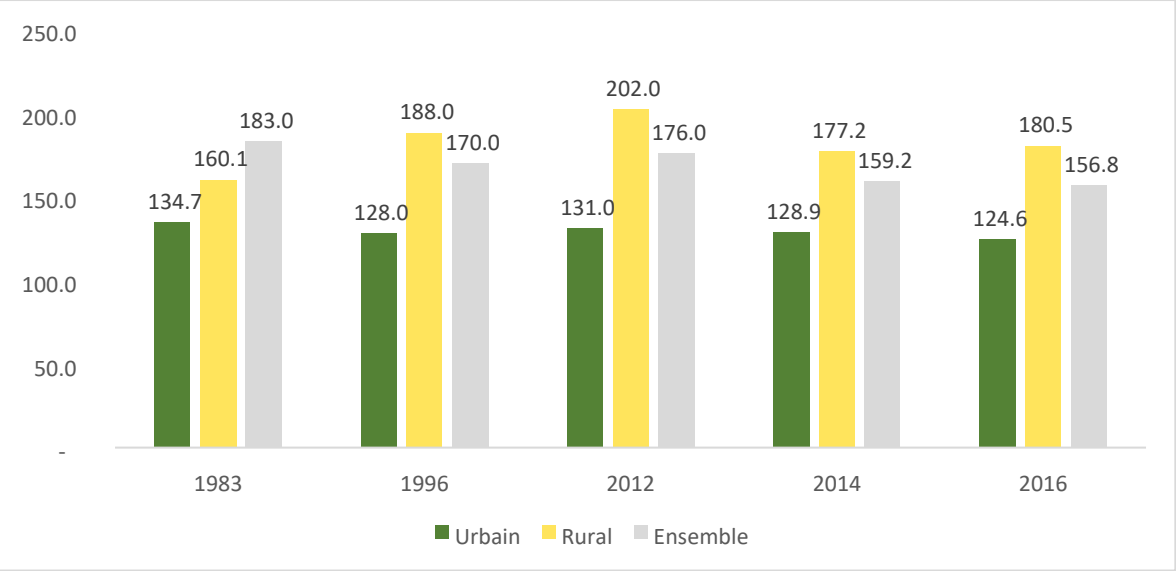
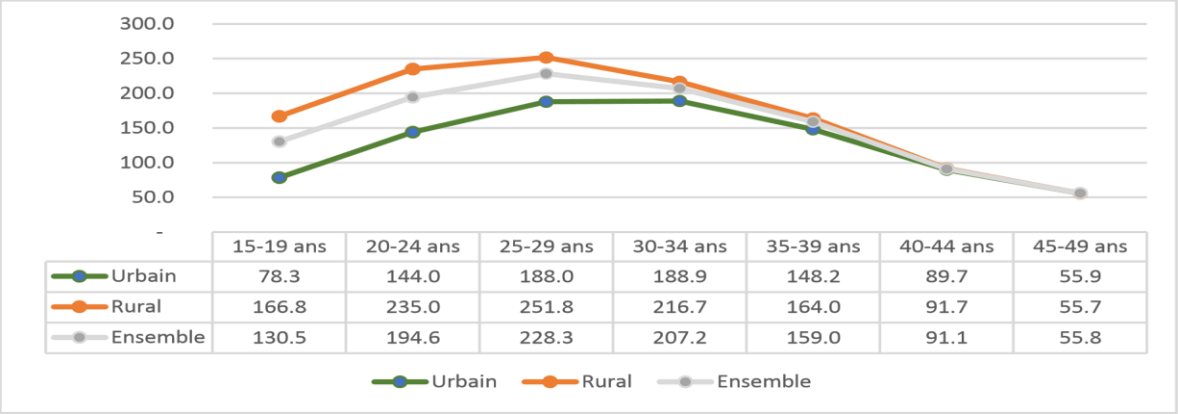


Figure 4: taux de fécondité entre 1983 et 2016

Source : Données INS, Projection décembre 2017

Le taux de fécondité (‰) par groupe d'âge selon le milieu de résidence fait apparaître un étalement de la fécondité sur toute la période de procréation en particulier entre 20 et 39 ans avec un pic pour le groupe de femmes de 25-29 ans. Cette tendance s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les taux de fécondité des femmes résidentes en zone urbaine restent cependant inférieurs à ceux des femmes en milieu rural.



	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Urbain	78.3	144.0	188.0	188.9	148.2	89.7	55.9
Rural	166.8	235.0	251.8	216.7	164.0	91.7	55.7
Ensemble	130.5	194.6	228.3	207.2	159.0	91.1	55.8

Figure 5: taux de fécondité par groupe d'âges de femmes de 15-49 ans

Source : Données INS, Projection décembre 2017

Quant à l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), on note qu'il a décru en Guinée au cours des trente dernières années. Comme le montre le graphique 6, l'ISF en 1983 indique que les femmes avaient en moyenne 5,8[8]enfants chacune. Ce taux a continué à décliner jusqu'en 2012 pour remonter ensuite et atteindre une moyenne de 4,8 enfants par femme en 2016 (MICS, 2016). L'indice synthétique de fécondité a enregistré une baisse de 1 point entre 1983 (5,8) et 2016 (4,8) mais demeure bien au-delà du seuil de renouvellement de la population qui se situe à 2,1 enfants par femme.

1.2. Aperçu Système de santé

1.2.1 Organisation du système de santé

- **Sous-secteur public**

Le système de santé en Guinée est de type pyramidal à trois niveaux. Le niveau central, le niveau intermédiaire ou régional et le niveau périphérique. Ce système est adossé au système de prestations des soins et des services de santé, constitué

[8] RGPH3, 2014.

des structures opérationnelles de soins qui sont-elles aussi organisées d'une manière pyramidale à trois niveaux.

Le système de santé est constitué de quatre sous-secteurs : le sous-secteur public ; le sous-secteur parapublic ; le sous-secteur privé et le sous-secteur communautaire.

- **Le sous-secteur public**

Dans le domaine de l'offre de soins globale du pays, il existe 1 383 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 925 postes de santé, 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. Sur le nombre total d'infrastructures publiques, 51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards définis (258 postes de santé, 201 Centres de santé, 12 hôpitaux préfectoraux, 5 centres de santé communaux, 4 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux nationaux).

- **Le sous-secteur parapublic**

Il comprend plusieurs catégories de formations sanitaires notamment 03 hôpitaux : l'hôpital CBC ; l'hôpital de Fatiguai ; SAG. En plus des 03 hôpitaux de références, il y a aussi 09 dispensaires.

- **Le sous-secteur privé**

Le sous-secteur privé est constitué des formations sanitaires à but lucratifs, à but non lucratif, associatives et confessionnelles. La cartographie de ses formations sanitaires se présente comme suit :

- **Le sous-secteur communautaire**

Il comprend des services à base communautaire (SBC) avec des agents de santé communautaires (ASC), les relais communautaires (RECO)et les prestataires de la médecine traditionnelle.

1.2.2 Acteurs clés du système de santé

De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de la coordination aussi bien au niveau central, régional que préfectoral. Ces structures notamment au niveau régional et préfectoral se tiennent régulièrement (CTRS, CTPS) avec production des rapports. Ce dispositif de coordination reste relativement interne, et des efforts sont encore à faire pour systématiser des cadres de concertation avec les PTF, aussi bien au niveau central qu'au niveau régional et préfectoral. Ces cadres, pour être efficaces, doivent être alimentés par des rapports issus d'actions conjointes tels que les supervisions, les revues du secteur ou les évaluations périodiques. La

coordination avec le secteur sanitaire privé reste à réaliser notamment en zone urbaine ou ces structures sont numériquement importantes.

Les communes et les préfectures participent au financement de la santé à travers le paiement des salaires de certains personnels ou la construction et l'équipement des formations sanitaires.

1.2.3 Financement du secteur de la santé

D'après les Comptes nationaux de Santé de 2014-2016, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 46,4% des dépenses en 2016, suivi des bailleurs de fonds (reste du monde), avec 35,7% des dépenses de santé. L'administration publique reste la troisième principale source de financement avec une contribution de 15,1% en 2016.
Le budget du Ministère de la Santé par rapport au Budget national a continuellement baissé de 2010 à 2013 avant d'amorcer une hausse en 2014 et 2015 tout en restant en deçà de 5% dans les années qui ont suivi, comme bien illustré dans le graphe 8 ci-dessous :

Tableau 2: Proportion du budget de l'Etat alloué à la santé

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
% Budget santé/budget national	3.5 %	2.4 %	1.98 %	1.75 %	2.16 %	3.6 %	5,01 %	8,20 %	6%	6%

Source : construit à partir des données du PNDS 2015-2024, LFI 2016-2019

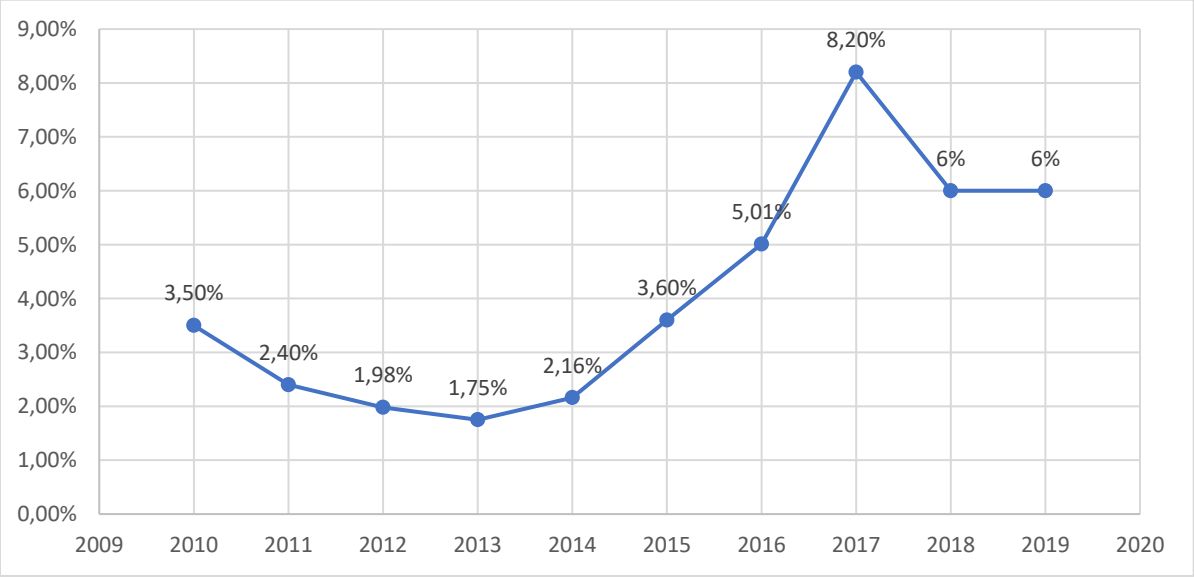


Figure 6: Evolution du budget de la santé entre 2010 et 2019

Par ailleurs, les collectivités locales décentralisées ne participent que très peu au financement de la santé, celle-ci se limitant essentiellement à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel et couvre quelque fois des dépenses d'investissements comme (la construction de centres de santé de postes de santé et de points d'eau), soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

- **Risques financiers**

Compte tenu du fait que les ménages constituent la composante du système sanitaire qui dépense le plus en soins de santé sous forme de paiements directs, cette pratique facilite la perception des fonds indus qui alourdissent le risque financier pour les ménages les exposant à des dépenses catastrophiques. Une réflexion sérieuse devra être faite pour développer les initiatives de protection et ou prévention des risques financiers.

- **Recouvrements des Coûts**

Les populations prennent en charge une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins à travers le système de recouvrement de coûts notamment l'achat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, le fonctionnement de la chaine de froid, les dépenses d'entretien, de maintenance et les outils de gestion.

- **Opportunité de financements**

En effet, malgré d'importants progrès réalisés par le pays et une forte implication des partenaires techniques et financiers pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, les femmes continuent à mourir en donnant la vie. 550 pour 100 000 naissances vivantes, 67 sur 1 000 enfants Guinéens ne fêtent pas leur premier anniversaire, l'un des déterminants de cette situation est l'insuffisance et la précarité du financement de la santé. Et pourtant, il existe plusieurs opportunités de financement endogène et exogène notamment : le partenariat public-privé, d'autre partenariat de financement avec les sociétés minières, les entreprises de téléphonie mobile, de transfert d'argent, la société brassicole, ou de fabrication de la cigarette.
Le financement extérieur, avec 26,90% de contribution dans les dépenses de santé, constitue une source relativement importante du financement de la santé. Malheureusement les mécanismes de déblocage de ses financements sont parfois très longs et compliqués ce qui rend parfois très peu la mise en œuvre de certaines interventions prioritaires à haut impact de la santé de la reproduction.
Par ailleurs, à cause de l'insuffisance de coordination des parties prenantes notamment, la plupart des partenaires mettent en œuvre leur propre plan sans tenir

compte du plan consensuel. Ainsi, les ressources ne sont pas utilisées d'une manière optimale et contribue à la faible rationalité préjudiciable à la performance du système de santé[9].
Comme dit plus haut, la coordination des intervenants dans le secteur, la communication et le dialogue avec les acteurs constituent les maillons faibles du système de financement de la santé.

Tableau 3 Dépenses de santé par source de financement CNS 2014-2016

Sources de financement	Dépenses de santé[10]	
Fonds Publics	**148,71**	**8,8%**
Fonds de l'administration centrale	145,68	8,6%
Fonds des collectivités territoriales / locales	3,03	0,2%
Fonds privés	**1 087,65**	**64,3%**
Fonds des Employeurs/ Entreprises	32,35	1,9%
Ménages	1 052,63	62,2%
Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages	2,68	0,2%
Reste du Monde	455,81	26,9%
Coopération bilatérale	**44,91**	**2,7%**
Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales	106,80	6,3%
Fonds des ressortissants du pays à l'étranger	0,96	0,1%
Total	**1 692,18**	**100,0%**

CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNIA

Section 1 : Généralités sur l'analyse de la situation SRMNIA-N

- ***Analyse de la conformité entre les résultats et la capacité opérationnelle à offrir la SRMNIA-N***

En se référant aux données de l'EDS-MICS 2012 d'une part et à celles du MICS 2016, le ratio de décès maternels est passé de 724 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012, à 550 décès maternels en 2016. Il se dégage un constat assez

[9] Rapport d'évaluation du plan stratégique SRMNIA-N 2016-2020
[10] En Milliard de FG

reluisant ; les indicateurs de la SRMNIA-N se sont nettement améliorés avec 174 décès maternels évités en 5 ans.

D'autre part, le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 123 ‰ (EDS 2012) naissances vivantes à 111 ‰ (EDS 2018)[11] soit un gain de 12 points en (05) cinq ans. Cependant, ces avancées et acquis entre ces deux périodes peuvent être mis en péril si des efforts continus ne sont pas mis en œuvre pour améliorer la capacité opérationnelle des structures sanitaires sur le terrain à offrir la SRMNIA-N de qualité.

Les résultats de l'évaluation effectuée en août 2019 du plan stratégique 2016-2020 montrent des inefficiences majeures telles que : (i) l'offre de soins et services de SRMNIA-N insuffisante[12] caractérisée à titre d'illustrations, par la faible représentativité en qualité et en quantité de RH de la SRMNIA-N ; la vétusté des équipements de base dans les maternités ; la faiblesse dans la gestion des médicaments et vaccins de base ; la faiblesse des SONU, etc.) ; (ii) l'utilisation des services, la demande des soins, la consistance et la qualité des prestations insuffisantes[13].

Composantes prioritaires de l'analyse de la situation de la SRMNIA-N

L'analyse de la situation se focalisera sur chaque domaine et sur chaque composante de la SRMNIA-N avec un accent particulier sur l'offre, la demande et la qualité des prestations de soins et services.

Il sera question de faire un diagnostic clair et optimal de la situation de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et des personnes du 3ème âge.

Cette analyse a permis d'identifier les forces et les faiblesses de l'existant et ressortir les goulots structurels, organisationnels, opérationnels pour une réponse plus adaptée à la problématique de la SRMNIA-N en Guinée.

- ***Analyse de la situation en conformité avec les objectifs du PNDS 2015-2024 et les Objectifs du Développement Durable (ODD)[14]***

Ce nouveau Plan stratégique SRMNIA-N « 2020-2024 », cadre parfaitement avec les objectifs du Plan de Développement Sanitaire 2015-

[12] Rapport du réseau SONU
[13] Rapport de l'évaluation SARA
[14] Objectifs du développement durable

2024 en lien avec l'objectif 3 du Développement Durable qui se décline comme suit :

- ***ODD 3.1*** *: d'ici à 2030, faire passer le taux/ratio mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ;*
- ***ODD 3.2*** *: d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus ;*
- **ODD 3.7** : d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative.

Section 2 : Situation épidémiologique de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescents, et jeunes et personnes du 3ème âge.

La situation épidémiologique de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent des jeunes et des personnes du troisième âge reste préoccupant en 2019. En Guinée, la survenue de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) concomitamment avec les épidémies de Méningite et de rougeole ont fragilisé le système de santé et plus particulièrement les interventions en faveur de la SRMNIA.

Les analyses effectuées dans le dossier d'investissement GFF de 2017, à travers les données reconstituées de l'institut d'évaluation des données de la santé (Institute for health metrics and évaluation[15]), ont montré que 72 % de l'ensemble de la charge de morbidité touchent les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les femmes en âge de procréer cible de la SRMNIA-N. Soixante-huit (68) % de cette charge morbide porte uniquement sur quatre catégories de maladies : le paludisme, les maladies infectieuses courantes (la diarrhée, les infections des voies respiratoires inférieures, etc…), les affections néonatales (les complications dues à une naissance prématurée, la septicémie néonatale, etc.)[16] et les carences nutritionnelles qui devront être prioritairement pris en compte dans l'élaboration du nouveau Plan stratégique.

En effet, la mortalité maternelle de 550 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (NV) reste très élevée, la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes

[15] *http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.*
[16] *Dossier d'investissement 2017-2019*

enceintes est de 2,5%, le taux d'utilisation des services santé maternelle très bas (CPN4 35%)[17]. La mortalité néonatale 32 pour 1000 NV reste très élevée[18]. Plus de 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique[19], 6% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'infection respiratoire aigüe (IRA) et 16% font au moins un épisode diarrhéique. Le paludisme représente 40,82% des consultations et 36% des causes de décès hospitaliers selon l'OMS[20].Par ailleurs, la rougeole, la méningite et le choléra sévissent de manière endémo-épidémique et la cible la plus touchée reste les enfants de moins de 5ans, le taux de couverture en Penta 3 étant très faible (40%)[21].

Et pourtant, 90% (source) des causes de la mortalité maternelle sont évitables et les quatre domaines de la maladie (paludisme, maladies infectieuses courantes, affections néonatales et déficiences nutritionnelles) qui représentent l'essentiel de la charge de morbidité chez l'enfant peuvent être pris en charge aux niveaux primaire et communautaire.

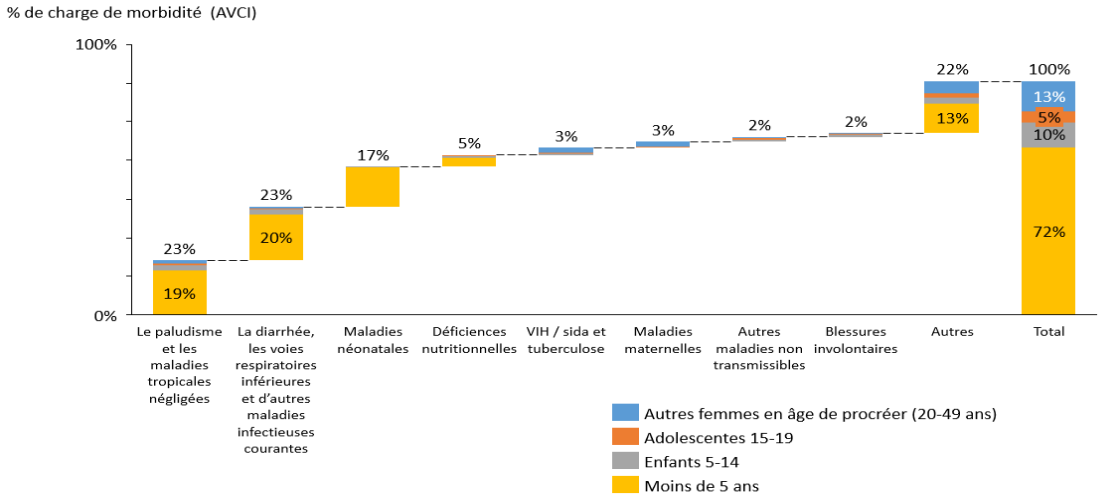


Figure 7: Charge de morbidité des principales maladies

1. Santé maternelle

Au cours des dix dernières années, nous constatons de réels efforts de baisse du taux de mortalité maternelle allant de 724 à 550 décès maternels pour 100 000 NV de 2012 à 2016. (EDS 2012 et MICS 2016).

Cette baisse s'explique par les multiples efforts entrepris par les autorités Guinéennes pour conduire les différentes réformes engagées depuis 2011 par rapport à l'augmentation de la qualité de l'offre et de la demande de soins et services de SRMNIA-N.
Toutefois, ces performances sont à relativiser en comparaison avec non seulement les objectifs mondiaux en termes de réduction de la mortalité maternelle, mais également par

[17] EDS 2018
[18] MICS 2016
[19] Rapport Biennial ibis
[20] Rapport biennial 2016-2017
[21] PNDS 2016-2024

l'insuffisance des formations sanitaires offrant les SONU. En effet, une enquête rapide des SONU rendue en fin Août 2018 montrait que sur les 118 formations sanitaires potentiellement SONU, seulement 59 formations sanitaires (34 SONUB et 25 SONUC) répondaient aux fonctions essentielles des SONU. Par contre, l'atelier de priorisation de juillet 2019 basé sur l'évaluation rapide des besoins en SONU de Juillet 2019 montre que sur les 118 formations sanitaires potentiellement SONU, seulement 14 sont fonctionnelles. Ce qui dénote une insuffisance dans la continuité des soins et services de SRMNIA-N au niveau des formations sanitaires

a) Couverture des interventions

Suivant les résultats de l'enquête EDS 2018, 35% de femmes en âge de procréer ont effectué les 4 CPN soit 51,4% en zone urbaine et 28,4% en zone rurale.
En comparaison avec les résultats des EDS antérieurs (2005 et 2012), on constate une stagnation pour ce qui est de la CPN4 puis une baisse importante en 2018 ; et une progression constante des naissances vivantes en présence d'un personnel qualifié dans les formations sanitaires 55% EDS 2018.

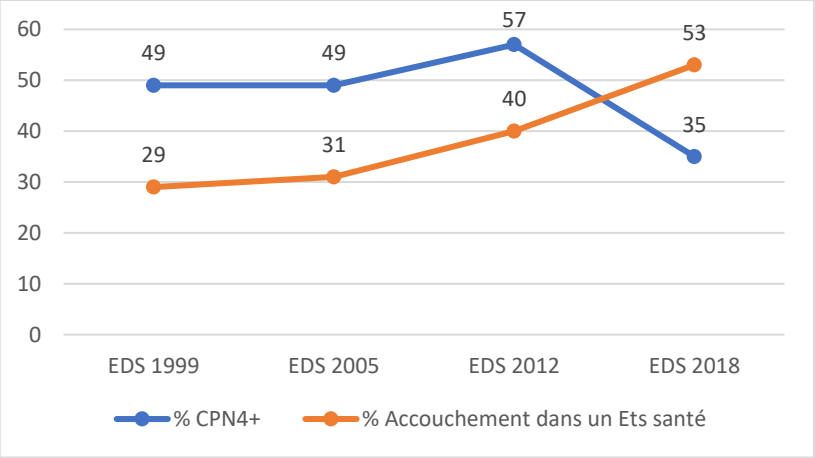
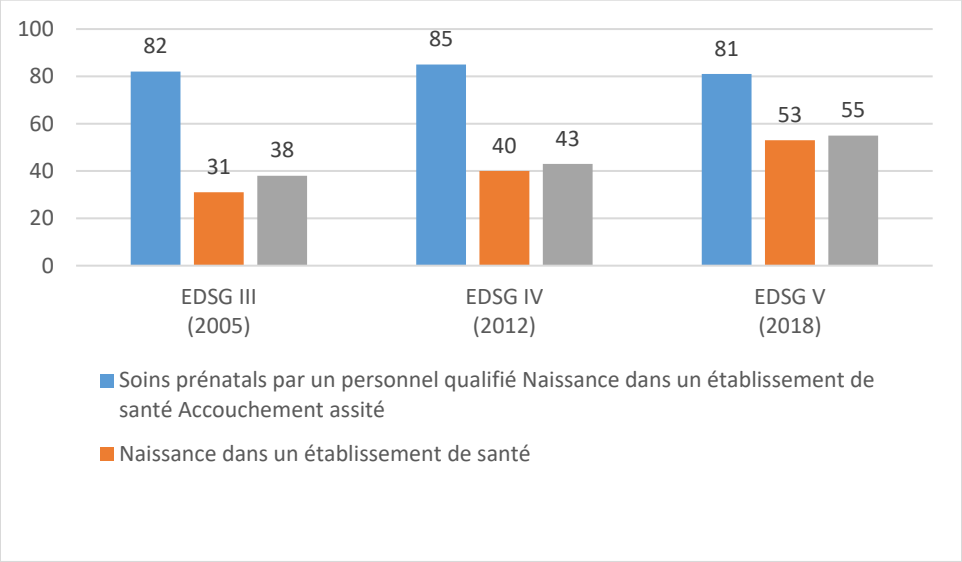


Figure 8: Comparaison des données de CPN4 et accouchements assistés EDS



Source : Elaboré à l'aide des données de l'EDS V (2018), p 36.
Figure 9: Evolution des principaux indicateurs de la santé maternelle

Concernant **l'administration du VAT** aux femmes enceintes, les résultats de l'EDS V 2018 montrent que *59 % de femmes ont reçu les doses requises de vaccin antitétanique pour protéger leur dernière naissance du tétanos néonatal*. Cette couverture est passée de 76 % en 2012 à 59 % en 2018. Cette baisse doit avoir ses raisons de la faible disponibilité et l'accessibilité des vaccins et autres médicaments nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires et aux bénéficiaires des prestations.

En ce qui concerne **les soins postnatals**, qui aident à prévenir les complications après l'accouchement, les résultats de l'EDS 2018 montrent que 49 % des femmes et 43% des nouveaux nés ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures qui ont suivi la naissance.

b) Accouchement et SONU

Selon l'enquête MICS de 2016, 42% des naissances survenues au cours des deux années précédant l'enquête se sont déroulées à domicile. En revanche, 57% des accouchements sont survenus dans une formation sanitaire, dont 48% dans une structure de santé du secteur public. C'est en milieu rural que les accouchements à domicile sont les plus fréquents (56%) comparativement au milieu urbain (14%). Les régions de Mamou (74%), Labé (64%) et Faranah (64%) comptent les plus fortes proportions de femmes qui accouchent à domicile. Les accouchements à domicile sont plus fréquents parmi les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (50%) et celles vivant dans des ménages très pauvres (76%). Les régions de Boké (63%) et Conakry enregistrent les plus fortes proportions d'accouchements qui se sont déroulés dans un établissement sanitaire public. En revanche, dans la région de Mamou seuls 22% des accouchements ont eu lieu dans une structure sanitaire publique. Plus la femme est instruite, plus elle accouche dans une structure de santé. Plus le ménage est riche, plus les femmes qui y résident ont la chance d'accoucher dans une structure de santé publique et ont plus accès aux structures privées. D'où la nécessité d'élaboration des stratégies visant à non seulement réduire le risque financier pesant sur les ménages mais également à faire la promotion des accouchements

assistés par du personnel qualifié auprès des communautés à la base, en mettant le focus sur les régions les moins desservies.

Aussi, la Guinée et ses partenaires traditionnels sont en train de mettre en place un réseau de formations sanitaires dispensant les prestations de SONU. En ce moment seuls 12% (14 sur 118 potentiels SONU) de formation sanitaire éligibles dispensent ces prestations de soins. Le tableau ci-dessous l'illustre bien.

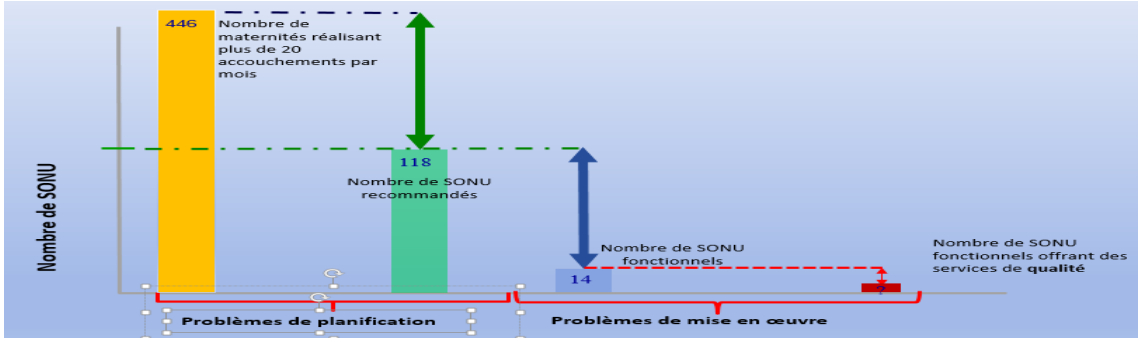


Figure 10: Offre de service SONU en Guinée

Source : Rapport réseau et cartographie des SONU en Guinée (Juin 2019)

D'après le rapport du groupe réseau et cartographie SONU en Guinée (Juin 2019), malgré la réduction de 112 maternités des 229 potentiellement SONU, la proportion de la population ayant accès en moins de deux heures à une maternité du réseau SONU est passée de 34% à 81%. Pour le fonctionnement de ce réseau SONU qui tient compte des ressources humaines et de l'activité obstétricale d'au moins 30 accouchements par mois, l'analyse a révélé un gap de 175 sages-femmes (à raison de trois sages-femmes au moins, par formation sanitaire) dont 134 pour les SONUB et 41 pour les SONUC. Ce besoin de sages-femmes à raison de 3 en moyenne concorde avec les résultats des travaux d'évaluation du plan SRMNIA-N 2016-2020 obtenus en septembre 2019[22].

Face à ce déficit, les autorités sanitaires devront donc :

- Renforcer la référence et contre référence obstétricales au sein du réseau SONU,
- Déployer les sages-femmes dans les zones qui en manquent
- Veiller au maintien de la fonctionnalité des 14 SONU B et SONU C et
- Rendre fonctionnels les 104 restants notamment pour les 7 et 9 fonctions signalétiques afin que tous les 118 SONU identifiés puissent offrir des soins de qualité.

[22] Voir rapport Evaluation SRMNIA-N 2016-2020, pages 38 à 41

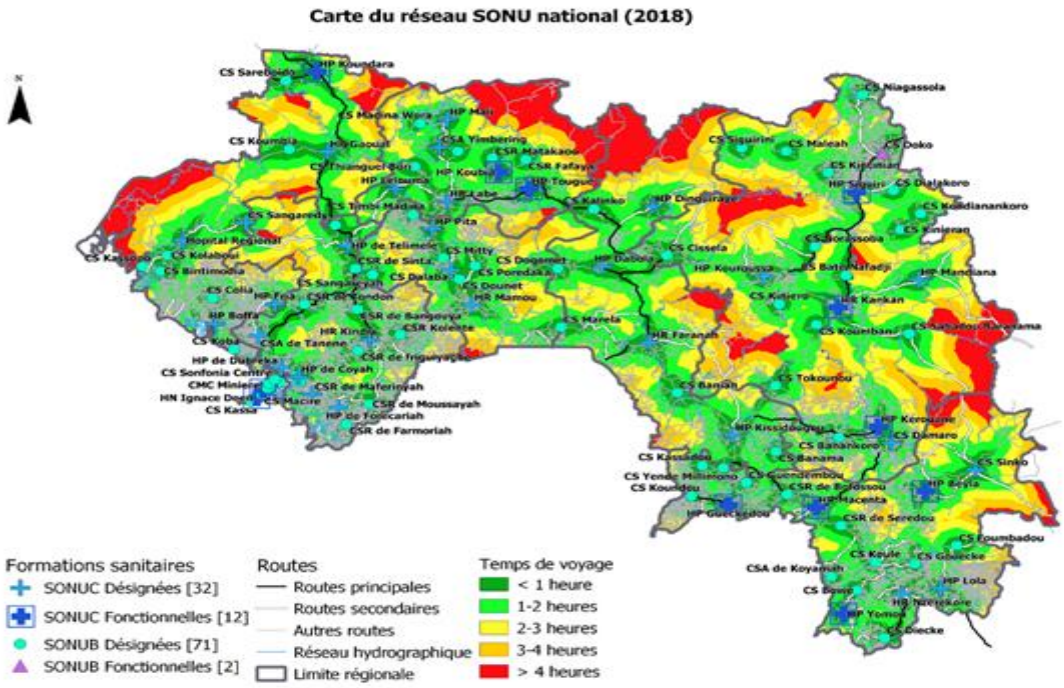


Figure 11 : Carte Sanitaire du réseau SONU en 2018
Source : Rapport réseau et cartographie des SONU en Guinée (Juin 2019)

c) Fistule obstétricale

Selon le plan stratégique 2019-2023 de lutte contre les fistules obstétricales du Ministère de la Santé (MS), l'étude effectuée sur les fistules évaluait la prévalence à 8602 femmes soit 0,26 % et l'incidence des FO à 506 cas /an.

Selon la même source, les régions naturelles de la Haute Guinée et de la Guinée forestière, étaient les plus touchées par cette affection avec respectivement 58,2% et 17,6% de cas de FO dont 73,9% des cas provenaient des zones rurales.

Les causes identifiées sont entre autres le faible accès aux soins obstétricaux, le manque d'infrastructures adéquates au traitement des fistules, les raisons sociales comme les maternités et mariages précoces, les pratiques traditionnelles néfastes, la pauvreté, le statut social de la femme dans la société, etc…

En réponse à toutes ces préoccupations, le MS avec l'appui des partenaires au développement intervenant de la lutte contre les (USAID, UNFPA, WAHA, , Amref Health Africa et la CEDEAO) a mis en place progressivement depuis quelques années des sites projets de prise en charge des victimes de FO dans les localités de Conakry, Kissidougou, Labé et Kankan, Boké, Kindia, Mamou..

d) Planification familiale

Selon l'EDS de 2018 11% de femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode quelconque de PF contre 52% des femmes de 15-49 ans non en union.

Les méthodes les plus fréquemment utilisées par les femmes non en union et sexuellement actives sont le condom masculin (16%), les implants (12%), les injectables (10%) et la pilule (7%).

De même, l'utilisation des méthodes modernes de PF varie selon la région, passant d'un minimum de 2% dans la région de Mamou à un maximum de 16% dans les régions de Kankan, Nzérékoré et Conakry.

L'utilisation des méthodes modernes par les femmes en union est restée quasi-stable entre 1999 (4%) et 2012 (5%) puis elle a augmenté pour atteindre 11% en 2018.

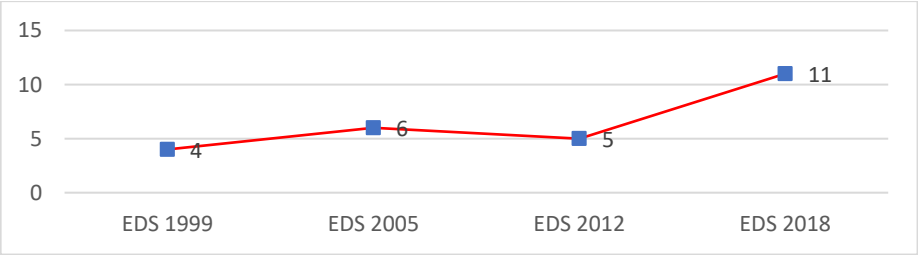


Figure 11: Graphique de l'évolution du TCPm

Source : adapté EDS II, III, IV et V

Cependant, plus d'une femme en union sur cinq (22%) ont des besoins non satisfaits en matière de PF selon la dernière enquête EDS 2018.

Enfin, 69% des femmes et 65% des hommes de 15-49 ans ne sont exposées à aucun message sur la planification familiale, ni à la radio, ni à la télévision, ni aux journaux.

2. Santé de l'enfant :

a) Couverture des interventions

Durant les cinq dernières années, sur 1000 naissances vivantes, 67 enfants sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire (32 sont décédés dans le premier mois de la vie). Un enfant sur neuf meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans (111 décès pour 1 000 naissances vivantes). Les niveaux de la mortalité des enfants sont plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural. La comparaison des résultats de l'EDS 2018 avec ceux d'enquêtes précédentes révèlent que les niveaux de mortalité des enfants ont baissé au cours des deux dernières décennies.

Les taux de mortalité infanto-juvénile pour les dix années précédant l'enquête EDS 2018 varient selon les régions, passant de 90‰ dans la région de Mamou à 135 ‰ dans la région de Kankan. Les taux de mortalité infanto-juvénile sont plus faibles parmi les enfants de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Selon la même source, les enfants qui sont nés moins de deux ans après la naissance précédente présentent les taux de mortalité les plus élevés (160‰ contre 58‰ pour les enfants qui sont nés quatre ans ou plus après la naissance précédente). D'où l'importance des interventions visant l'espacement des naissances.

Vaccination

Se référant aux résultats de l'EDS 2018, seulement 24% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu les vaccins de base et 19% ont reçu tous les vaccins appropriés pour cette tranche d'âge. L'enquête a par ailleurs révélé que 22% des enfants n'ont reçu aucun vaccin.

La couverture vaccinale par type de vaccin se présente comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Enfants vaccinés par type de vaccins

	BCG	DTC-HepB-Hib (3ème dose)	Polio (3ème dose)	Rougeole	Fièvre jaune
% Enfants vaccinés	73%	40%	40%	40%	40%

La même enquête révèle que les déperditions entre les doses des vaccins sont de 62 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 40 % pour la troisième dose. En ce qui concerne la Polio, la déperdition est plus importante puisque la proportion passe de 65 % pour la première dose à 40 % pour la troisième dose.

Les enfants vivants dans les zones urbaines sont en majorité vaccinés (81% contre 21% seulement des enfants des zones rurales) ;

Seuls 22% des enfants dont les mères n'ont aucun niveau scolaire sont vaccinés contre 35% de ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

La proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base (1 dose de BCG, 3 doses de DTC-HepBhib, 3 doses de vaccin oral contre la polio et 1 dose de vaccin contre la rougeole) a diminué de 37% en 2012 à 24% en 2018. La proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a augmenté de 11% à 22% au cours de la même période.

b) Prévalence et traitement des maladies de l'enfant

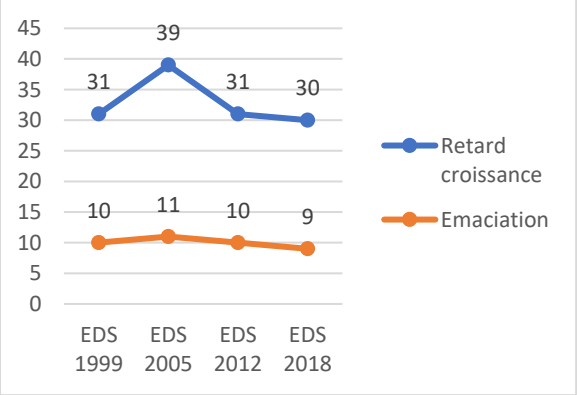
La prise en charge des maladies de l'enfant est encore très faible en Guinée comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 5: Prise en charge des enfants de moins de 5 ans

	National	Rural	Urbain	Mère sans instruction	Mère avec niv. secondaire et plus	Quintile le bas	Quintile le plus haut
Enfant avec fièvre pour lesquels on a recherché un conseil ou un traitement	62%	56%	77%	60%	78%	39%	79%
Avec diarrhée, ayant reçu le SRO	67%	63%	78,40%	64%	86%	47%	79,50%

c) État nutritionnel des Enfants

L'EDS 2018 évalue l'état nutritionnel des enfants en comparant les mesures de la taille et du poids des enfants aux nouvelles normes de croissance de l'OMS pour le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans. Trois enfants de moins de 5 ans sur dix ont une taille trop petite par rapport à leur âge et accusent un retard de croissance. Le retard de croissance est un signe de sous-nutrition chronique. La prévalence du retard de croissance varie de 21% à Conakry à 39% dans la région de Boké. Globalement, 9% d'enfants de moins de 5 ans sont émaciés ou trop maigres pour leur taille.



Ces enfants souffrent de sous-nutrition aigüe. De plus, 16% des enfants de moins de 5ans présentent une insuffisance pondérale ou sont trop maigres par rapport à leur âge.

Entre 1999 et 2018, les prévalences du retard de croissance, de l'émaciation et de l'insuffisance pondérale ont diminué.

d) Allaitement et Alimentation de Complément

L'EDS 2018 montre que la quasi-totalité des enfants de moins de 6 mois sont allaités (soit 91 %). Cependant, seulement 33 % des enfants de ce groupe d'âges sont exclusivement nourris au lait maternel. Par ailleurs, seul 4 % des enfants ont reçu un apport alimentaire minimum acceptable par rapport à leur groupe d'âge. Cet état de fait oblige à mettre en place des stratégies de sensibilisation sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif, qui reste un facteur essentiel de nutrition pour l'enfant selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

e) Prévalence de l'Anémie chez les Enfants et les Femmes[23]

En Guinée, 75 % des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie : 31 % sous la forme légère, 42 % sous la forme modérée et 2 % sous la forme sévère. Les proportions des enfants anémiques sont élevées quelle que soit la caractéristique sociodémographique et économique.

En ce qui concerne les femmes, 46 % sont anémiques : 35 % sous la forme légère, 10 % sous la forme modérée et moins de 1 % sous la forme sévère. Les écarts entre les différentes caractéristiques sociodémographiques et économiques sont moins importants. Cependant, on note que la prévalence de l'anémie est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (47 % contre 44 %).

3. Santé des adolescents et des jeunes

[23] EDSG V p. 48 § 3.8.5

Les adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15-19 ans, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Pour cette raison, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de santé de la reproduction.

Selon l'EDS 2018, une adolescente sur quatre (26 %) a déjà commencé la vie reproductive : 21 % ont déjà eu une naissance vivante et 5 % sont enceintes d'un premier enfant. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 4 % à 15 ans à 52 % à 19 ans, âge auquel 47 % des jeunes filles ont eu une naissance vivante. Globalement, la comparaison des résultats des différentes enquêtes montre une baisse du niveau de la fécondité chez les jeunes filles de 15-19 ans (37 % en 1999, 32 % 2005, puis une légère remontée de 32 % à 34 % en 2012 et une baisse de 26 % en 2018).

Les résultats de l'évaluation du plan stratégique santé et développement des adolescents et des jeunes 2015-2019 montrent que 60% des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels.

Des comportements à risque sont observés chez les adolescents sur un terrain de sexualité précoce (avec un âge médian du 1er rapport à 15 ans), et de faible prévalence contraceptive moderne (4,4%), entrainant un taux élevé de grossesses précoces, des avortements clandestins, sans oublier des violences basées sur le genre. Ces comportements, souvent accompagnés de tabagisme, alcoolisme et toxicomanie, exposent ces jeunes aux IST et à leur corolaire, l'infection à VIH, d'autant plus que le taux d'utilisation du préservatif dans cette tranche d'âge est très faible (31,7 %).

Les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes

Selon les informations tirées de la stratégie nationale de lutte contre les VB du MASPFE de décembre 2017, cinq (5) types de VBG ont été identifiés en fonction de la nature des préjudices subis par la victime, à savoir :

a. **LES VIOLENCES PHYSIQUES** partout élevées en Guinée avec en moyenne de 41% dont 40% pour les hommes et 41% pour les femmes.

Concernant les MGF, selon l'ESDG de 2018, 95% des femmes de 15-49 ans ont subi l'excision. Cette pratique persiste, malgré les multiples efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires au développement.

b. **Les violences sexuelles** constituent également un phénomène de société en Guinée. Les femmes ont été reconnues comme les plus victimes de ce type de violence (29,3%) contre (18,2 %) chez les hommes au niveau national.

c. **Les violences psychologiques** ou morales touchent toute la population guinéenne avec des proportions non négligeables tant chez les hommes que les femmes (respectivement (15,3%) et (17,7%).

d. **Les violences économiques** sont moins fréquentes que les précédentes, même si elles ne sont pas négligeables. Toutefois, elles sont nettement plus élevées chez les femmes (6,3%) que chez les hommes (2,9%).

e. **Les violences dues aux actes malveillants** sont, tout comme les violences

économiques, moins fréquentes. Les taux sont de 4,7% chez les hommes et 4,8% chez les femmes avec une moyenne de 4,8%.

4. Paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments.

Selon l'EDS 2018, 44 % des ménages possèdent une MILDA. La proportion de ménages possédant une MILDA est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain avec 48 % contre 36 %. On note également des écarts entre les régions, le pourcentage variant d'un maximum de 54 % à Labé à un minimum de 25 % à Conakry.

Concernant l'utilisation de la MILDA, parmi les enfants de moins de 5 ans, 27 % avaient dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête contre 28% chez les femmes enceintes.

La proportion de femmes enceintes ayant pris les deux doses de TPIg recommandées varie de 46 % à Labé à 75 % à Kindia.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les deux dernières semaines avant l'interview et qui ont pris un antipaludique, 18 % ont été traités avec une CTA. Ce pourcentage a nettement progressé depuis 2012 et est passé de 1 % en 2012 à 18 % en 2018 et il est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (27 % contre 12 %).

5. Les maladies chroniques

Selon le PNDS 2015-2024, les maladies chroniques deviennent de plus en plus importantes au niveau de la population. En 2016, elles étaient constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus chez 0,5% des femmes, du cancer du foie avec 31,5 pour 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,57% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine. D'autres maladies font également l'objet de préoccupation comme le cancer du sein, les complications de l'albinisme et les hépatites.

Section 3 : Analyse des goulots d'étranglement de la SRMNIA-N 2016-2020 en Guinée

A. Gouvernance, coordination et partenariat

L'évaluation[24] de la mise en œuvre du plan stratégique 2016-2020 a identifiée des faiblesses au niveau de la coordination de la mise en œuvre des interventions à haut impact de la SRMNIA-N. En effet, d'après le rapport de cette étude, 82% des parties prenantes interrogées jugent insatisfaisante la coordination et le suivi de la mise en œuvre de ce plan. Les structures mises en place pour l'accélération de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile ne sont pas fonctionnelles. Il importe de les réactiver et leur donner les moyens nécessaires pour leur dynamisation.

Toujours se fondant sur le rapport de la même évaluation, la culture de la recevabilité fait profondément défaut dans la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N.

Aussi, la dynamisation des structures de coordination ainsi que la mise en place d'un dispositif de contrôle des ressources disponibles est l'un des grands défis du présent plan.

B. Suivi/évaluation

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) peu performant, est caractérisé par: (i) la non-prise en compte complète des données du secteur privé et des services de santé des armées, (ii) la faible complétude et promptitude des rapports, (iii) l'insuffisance de la rétro-information entre les différents niveaux, (iv) l'insuffisance du système d'analyse et de contrôle de qualité à différents niveaux de collecte et de transcription des données, (v) le faible développement de la recherche en santé et particulièrement de la recherche opérationnelles et/ou action, et (vi) la faible utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Ces faiblesses n'ont pas permis de rendre disponible certaines informations stratégiques de façon régulière sur la mise en œuvre du plan stratégique.

C. Ressources humaines en santé (RHS)

Les RHS sont caractérisées par (i) leur insuffisance quantitative et qualitative, (ii) leur inégale répartition sur le territoire national au détriment des zones rurales, (iii) leur faible motivation à tous les niveaux. Ces faiblesses dans la gestion des RHS, malgré la disponibilité d'un plan de développement des ressources humaines, entrainent la faible disponibilité du personnel qualifié en milieu rural notamment les sages-femmes, et l'offre d'un paquet de service incomplet et de qualité insuffisante. En effet, selon les données récentes de l'OMS[25](2019), un seuil minimum de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants est considéré nécessaire pour assurer les soins maternels et infantiles les plus indispensables. Soit environ 1 professionnel de santé pour 435 habitants. En outre, selon ces mêmes données, seuls 5 pays sur les 49 pays classés parmi les économies à faible revenu atteignent ce seuil, la Guinée n'en faisant pas partie.

[24] Conduit par Dr AKONO EMANE Jean-Claude, Consultant International et M. Alpha YAYA SOUARE Consultant National
[25] https://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/fr/

Gestion et approvisionnement des stocks des médicaments et intrants

La Guinée dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) élaborée en 1994 révisée en 2007 et 2014, assortie d'un plan directeur, et d'une liste nationale de médicaments essentiels (LNME) actualisée en 2013. Cette liste intègre les produits de SR, dont les 13 produits d'importance vitale pour la mère et l'enfant. Il n'existe pas de plan d'approvisionnement de ces produits, et le plan de sécurisation des produits SR développé par la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (DNPL) en collaboration avec la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition 2012, est faiblement mis en œuvre.

L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en consommables médicaux et leur distribution sur le plan national se font à travers la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), outil privilégié de mise en œuvre de la politique en matière d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires. Malheureusement des ruptures fréquentes des médicaments essentiels SR, dont les produits d'urgence et des réactifs et intrants de laboratoire, sont parfois observées.

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) mène des activités de sensibilisation, de recrutement des donneurs, de collecte, de conservation, de distribution de sang et des produits sanguins aux formations sanitaires publiques et privées. Il compte 4 centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) basés à Kindia, Labé, Kankan et Nzérékoré, et 35 unités hospitalières de transfusion sanguine (UHTS) assurent la production et la distribution des produits sanguins. Ce réseau dont le fonctionnement n'est pas optimal, ne couvre pas tout le territoire national. L'insuffisance d'équipements, de matériels, de consommables et de sources énergétiques limite les possibilités de conservation du sang, des produits sanguins et des réactifs. Le manque de fidélisation des donneurs fait du don familial du sang la méthode la plus utilisée pour la production des produits sanguins. Tous ces facteurs justifient la faible disponibilité de ces produits.

Les formations sanitaires SONU sont sous équipées, avec un matériel médicotechnique souvent vétustes, ne répondant pas aux normes et standards requis. Il n'existe pas de plan de maintenance et de renouvellement des équipements et des infrastructures. L'effort déployé pour la mise à disposition des formations sanitaires des chaines de froid pour la conservation uniquement des vaccins, devrait être poursuivie pour faire de même pour la conservation des réactifs et autres produits thermolabiles.

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE

3. Plan stratégique

Le Plan Stratégique National SRMNIA-N 2020-2024 est une approche programmatique de résolution de la problématique autour de la mortalité et la morbidité maternelle, néo-natale, infanto-juvénile et la santé de la femme. Ce plan est aligné sur le PNDS qui lui-même est une déclinaison sectorielle du plan national de développement économique et social (PNDES).

3.1. *Vision de la Santé 2024*

La Guinée, un pays où toutes les mères, les nouveaux nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées bénéficient d'un accès optimal aux soins et aux services SRMNIA-N de qualité d'une manière efficiente, équitable, fondé sur les droits humains avec la pleine participation de tous.

3.2. Mission

Ce plan se veut un document de consensus avec pour mission de veiller à ce que les femmes passent par le suivi de la grossesse et accouchent en toute sécurité et chaque nouveau-né, mère, enfant et adolescent, non seulement survive, mais aspire à atteindre son plein potentiel dans la perspective de développer le capital humain nécessaire pour la croissance et le développement en Guinée.

3.3. Cadre conceptuel de la stratégie

La réponse stratégique aux problèmes posés dans l'analyse de la situation de la SRMNIA-N 2020-2024 en Guinée va se bâtir sur une stratégie qui gravitera autour de 06 impacts, de 6 effets et de 14 extrants ou produits.

3.4. Narratif de la théorie du changement

Si, les services intégrés et harmonisés de SRMNIA de qualité sont disponibles à temps opportun à tous les niveaux niveau y compris dans la communauté à travers la formation et le déploiement de personnel qualifié dans les soins et services SRMNIA-N, la construction, la réhabilitation des formatons sanitaires et leur dotation en équipements, matériels médicaux, médicaments et intrants de SRMNIA-N ;

Si, l'environnement habilitant est créé à travers l'adaptation des lois et politiques aux nouveaux défis émergents pour la SRMNIA-N et que d'avantage de financements sont mobilisés et gérés de façon optimale ;

Si, les interventions de la SRMNIA-N sont mieux coordonnées et harmonisées avec la participation de tous les acteurs ;

Si, les données sont disponibles sur les faits d'état civil (naissances, décès et mariages) pour adapter les interventions de SRMNIA-N aux besoins des populations ;

Si, les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées nécessiteuses de soins utilisent les services de SRMNIA-N mis à leur disposition à tous les niveaux ;

Alors, les décès maternels, néonatale et infanto-juvéniles évitables seront éliminés et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes promu ;

Parce que, tous auront accès et utiliseront les services et soins SRMNIA-N de qualité disponibles partout à tout moment.

*3.5. **Objectif global :***

L'objectif principal du présent plan est d'éliminer les décès maternels, néonatale, infantile et infanto-juvéniles évitables et promouvoir le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes en utilisant une approche multisectorielle basée sur les droits et l'accès universel aux services de SRMNIA-N fournis dans un continuum de soins respectueux.

3.5.1. Objectifs stratégiques, Effets et les Produits attendus :

Comme décrit dans la théorie de changement (voir annexe), les objectifs stratégiques, les effets et les produits attendus du plan stratégique SRMNIA N 2020- 2024 sont :

Objectifs stratégique 1 : Renforcer l'offre de soins respectueux et services SRMNIA-N de qualité

Effet 1 : D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents, tous les jeunes et toutes les personnes âgées ont accès à des soins respectueux et services de SRMNIA-N de qualité en temps opportun

Produit 1.1 : D'ici 2024, les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé disposent d'un personnel compétent pour des soins respectueux et services de SRMNIA-N de qualité, basés sur les normes et procédures nationales et internationales

Produit 1.2. D'ici 2024, le paquet de soins respectueux et services harmonisés et intégrés de SRMNIA-N est disponible à tous les niveaux du système de santé

Produit 1.3. D'ici 2024, la couverture en formations sanitaires et la dotation en équipements, matériels, logistiques et médicaments pour l'offre des soins respectueux et services de SRMNIA-N sont conformes aux normes de l'OMS

Produit 1.4. D'ici 2024, les services à base communautaire de SRMNIA-N sont disponibles dans l'ensemble du pays.

Objectif stratégique 2 : Renforcer l'environnement habilitant, la mobilisation et la gestion optimale du financement de la SRMNIA-N

Effet 2 : D'ici 2024, les politiques en vigueur, les actions de mobilisation et de gestion des ressources financières sont favorables au développement des interventions en SRMNIA-N

Produit 2.1. D'ici 2024, les textes législatifs et règlementaires et la politique sur la santé de la reproduction sont révisées conformément aux conventions ratifiées par la Guinée

Produit 2.2. D'ici 2024, les ressources nécessaires au financement du plan national SRMNIA-N sont mobilisées

Produit 2.3. D'ici 2024, la gouvernance et la redevabilité par rapport à l'utilisation des ressources fonctionnent à tous les niveaux du système de santé conformément aux politiques et procédures de gestion administrative et financière

Objectif Stratégique 3 : Renforcer la coordination multisectorielle et le suivi évaluation des interventions de SRMNIA-N à tous les niveaux du système de santé

Effet 3 : D'ici 2024, les interventions de SRMNIA-N sont coordonnées de façon efficace avec l'implication de tous les partenaires et la communauté

Produit 3.1. D'ici 2024, les mécanismes de coordination multisectorielle des interventions de soins respectueux et services de SRMNIA-N sont opérationnels à tous les niveaux du système de santé
Produit 3.2. D'ici 2024, le partenariat public-privé est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé pour l'offre des soins respectueux et services de SRMNIA-N
Produit 3.3 D'ici 2024, le système d'information sanitaire fournit des données désagrégées et fiables pour le suivi, l'évaluation et la prise de décision sur les interventions de SRMNIA-N

Objectif stratégique 4 : Promouvoir l'enregistrement des faits d'Etat civil (naissance, mariage, décès)

Effet 4 : D'ici 2024, le système national d'Etat civil dispose et partage des informations actualisées sur les naissances, les décès et les mariages

Produit 4.1. D'ici 2024, le système national d'enregistrement des faits d'Etat civil est opérationnel à tous les niveaux
Produit 4.2. D'ici 2024, au moins 80% des agents communautaires disposent des capacités sur l'enregistrement des faits d'Etat civil

Objectif stratégique 5 : Promouvoir la génération de la demande de soins et services de SRMNIA-N

Effet 5 : ***D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents et tous les jeunes utilisent les services de SRMNIA-N***

Produit 5.1. D'ici 2024, le plan intégré de communication pour les interventions de SRMNIA-N est mis en œuvre
Produit 5.2. D'ici 2024, les communautés adhèrent et utilisent les services de SRMNIA-N

*3.6. **Cadre d'intervention***

Tableau 6: Cadre d'intervention

Effets	Produits	Stratégies d'intervention	Actions prioritaires
Objectifs stratégique 1 : Renforcer l'offre de soins respectueux et services SRMNIA-N de qualité			
Effet 1 : D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents et tous les jeunes ont accès à des soins respectueux et services de SRMNIA-N de qualité en temps opportun	**Produit 1.1 :** D'ici 2024, les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé disposent d'un personnel compétent pour des soins respectueux et services de SRMNIA-N de qualité, basés sur les normes et procédures nationales et internationales	1.1.1. Déploiement du personnel qualifié à tous les niveaux du système de santé	1.1.1.1. Conduite d'une analyse situationnelle du personnel en SMNIA-N ; 1.1.1.2. Recrutement/contractualisation sages-femmes, pédiatres, gynéco-obstétriciens 1.1.1.3. Redistribution équitable et géostratégique des RHS mise à la disposition de la SRMNIA-N 1.1.1.4. Mise en place de mesures d'incitation et de fidélisation du personnel offrant les services de SRMNIA-N au poste de travail dans les zones éloignées/enclavées/difficiles (primes spéciales, constructions/subventions pour hébergement ou hébergement gratuit, moyens de locomotion, recrutement local etc.) 1.1.1.5. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en SRMNIA-N 1.1.1.6. Soutien à la révision du plan de développement des RHS en ciblant la SRMNIA-N 1.1.1.7. Mise en place d'un pool de mentors pour la mise en œuvre des interventions à haut impact du paquet intégré des soins et services SRMNIA-N 1.1.1.8.

		1.1.2. Renforcement de capacités techniques du personnel sur toutes les composantes de la SRMNIA-N	1.1.2.1. Formation/recyclage des sages-femmes, gynéco-obstétriciens, des infirmiers, pédiatres et anesthésistes en SONUB/ SONUC 1.1.2.2. Formation/recyclage des sages-femmes, gynéco-obstétriciens, des infirmiers, pédiatres et anesthésistes en CPN recentrée et Soins essentiels du nouveau-né, 1.1.2.3. Formation/recyclage des sages-femmes, gynéco-obstétriciens, des infirmiers pédiatres en PCIMNE 1.1.2.4. Formation/recyclage des sages-femmes, gynéco-obstétriciens, des infirmiers pédiatres en soins Kangourou 1.1.2.5. Formation/recyclage des chirurgiens en PEC des fistules obstétricales 1.1.2.6. Formation/recyclage du personnel de santé en PEC médicales des VBG 1.1.2.7. Formation/recyclage du personnel sur le dépistage des cancers gynécologiques et mammaires 1.1.2.8. Formation/recyclage du personnel sur la PEC du cancer de la prostate 1.1.2.9. Formation/recyclage du personnel de santé en technologie contraceptive 1.1.2.10. Formation/recyclage du personnel de santé en SSRAJ 1.1.2.11. Formation/recyclage du personnel de santé sur le suivi de la croissance, le dépistage et la PEC de la malnutrition 1.1.2.12. Formation/recyclage du personnel de santé sur le PEV 1.1.2.13. Elaboration d'un plan de formation continu du personnel sur les services de SRMNIA-N 1.1.2.14. Supervision facilitante et formative du personnel affecté aux services de la SRMNIA-N

			1.1.2.15. Révision et adaptation du curriculum des écoles de formation en santé 1.1.2.16. Appui à la mise en place des laboratoires d'expérimentation dans les écoles de formation en santé 1.1.2.17. Mise en place des mécanismes de certification et d'accréditation des formations sanitaires publiques et privées et des professionnels de santé en matière de SRMNIA-N 1.1.2.18. Redynamisation des différents ordres et associations professionnelles de la santé en SRMNIA-N
	Produit 1.2. D'ici 2024, le paquet de soins respectueux et services harmonisés et intégrés de SRMNIA-N est disponible à tous les niveaux du système de santé	1.2.1. Développement des interventions à haut impact de la SRMNIA-N dans les formations sanitaires	1.2.1.1. Elaboration d'un plan de mise en œuvre du paquet intégré de soins et services de SRMNIA-N 1.2.1.2. Révision et vulgarisation des normes et standards du paquet intégré de services et soins SRMNIA pour le Passage à l'échelle 1.2.1.3. Renforcement de la surveillance des décès maternels, néonatals, périnatals, la revue et la riposte 1.2.1.4. Organisation des revues de performance de soins et services de SRMNIA-N (coordination) 1.2.1.5. Renforcement de la disponibilité des méthodes de PF à longue durée d'action et la contraception d'urgence dans toutes les formations sanitaires 1.2.1.6. Organisation de la revue des performances en PF dans toutes les régions –coordination) 1.2.1.7. Renforcement de l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans toutes les FOSA de référence 1.2.1.8. Renforcement du système de référence et de contre référence pour les urgences obstétricales à tous les niveaux du système de santé

			1.2.1.9. Mise à l'échelle des activités à haut impact de nutrition (AME, Allaitement maternel, alimentation de complément, lutte contre les carences en micronutriments, déparasitage de masse et l'initiative Hôpitaux Amis des Bébés) 1.2.1.10. Renforcement de la prévention et de la prise en charge du PALU chez la femme enceinte, le nouveau-né et l'enfant 1.2.1.11. Renforcement du programme élargi de vaccination à tous les niveaux du système de santé 1.2.1.12. Application correcte des normes et procédures actualisées en CPNr 1.2.1.13. Passage à l'échelle de la PTME 1.2.1.14. Renforcement du dépistage et la PEC des IST/VIH 1.2.1.15. Intégration du paquet de services de SSRAJ dans tous les centres de santé et hôpitaux 1.2.1.16. Création de centres conviviaux dans les centres de santé, les centres jeunes et les infirmeries scolaires et universitaires 1.2.1.17. Appui au dépistage et à la PEC médicales des fistules obstétricales du cancer du col de l'utérus et du sein dans les formations sanitaires 1.2.1.18. Appui à la prévention, au dépistage et à la PEC intégrée des VBG dans les formations sanitaires 1.2.1.19. Renforcement des stratégies avancées pour l'offre de services et soins de SRMNIA-N
		1.2.2. Développement du paquet de service dans le contexte d'urgence	1.2.2.1 Mise à jour et opérationnalisation des SOP (Procédures Opérationnels standard) pour l'offre des soins et services de SRMNIA-N dans le contexte d'urgence (Voir annexe)

			1.2.2.2. Renforcement des capacités des équipes cadres des régions, des districts sanitaires, des prestataires et des agents communautaires sur la préparation et la réponse en matière SRMNIA-N dans les situations de crises humanitaires 1.2.2.3. Plaidoyer pour la prise en compte de la SRMNIA-N en situation de crise humanitaire dans les politiques et plans nationaux sectoriels
	Produit 1.3. D'ici 2024, la couverture en formations sanitaires et la dotation en équipements, matériels, logistiques et médicaments pour l'offre des soins respectueux et services de SRMNIA-N sont conformes aux normes de l'OMS	1.3.1. Construction et réhabilitation/rénovation des infrastructures de soins et services de SRMNIA-N	1.3.1.1. Evaluation des besoins en rénovation, construction, réhabilitation/extension, réfection des infrastructures SRMNIA-N 1.3.1.2. Elaboration et mise en œuvre du plan harmonisé de construction et de rénovation/extension des infrastructures de SRMNIA-N
		1.3.2. Développement du plateau technique (équipements, matériels, logistiques, médicaments, outils de gestion et autres intrants) pour les soins et services de SRMNIA-N	1.3.2.1. Evaluation des besoins en équipements, matériel médical pour la SRMNIA-N 1.3.2.2. Renforcement de la chaine d'approvisionnement en médicaments, contraceptifs, outils de gestion et autres intrants et consommables de la SRMNIA -N 1.3.2.3. Dotation en équipements, matériels pour les structures et services de SRMNIA-N et logistique roulant pour la référence

			1.3.2.4. Révision et mise en œuvre du plan national de maintenance des équipements de la SRMNIA-N 1.3.2.5. Aménagement/création des unités de néonatologie et des coins du nouveau-né dans les formations sanitaires 1.3.2.6. Renforcement de la disponibilité du sang et ses dérivés dans les FOSA de référence
	Produit 1.4. D'ici 2024, les services à base communautaire de SRMNIA-N sont disponibles dans l'ensemble du pays.	1.4.1. Développement des services à base communautaire intégrés de SRMNIA-N	1.4.1.1. Introduction des soins et services intégré SRMNIA-N dans le paquet d'activités au niveau communautaire 1.4.1.2. Renforcement des capacités des ASC et des RECO pour l'offre des soins et services SRMNIA-N communautaire 1.4.1.3. Organisation des semaines mère-enfant, campagnes de supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois ; 1.4.1.4. Introduction de l'Initiative Communauté Amis des Bébés (ICAB), PECIMA et SRAJ/C dans toutes les communautés 1.4.1.5. Organisation d'une campagne nationale annuelle de promotion et d'offre des services de planification familiale couplée au dépistage du cancer du col et du sein 1.4.1.6. Habilitation des communautés pour l'abandon des MGF/E

			1.4.1.7. Organisation de campagnes de dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales 1.4.1.8. Appui à la réintégration socio-économique des femmes traitées de fistules 1.4.1.9. Mise en place des mutuelles de santé communautaires pour la référence des urgences en SRMNIA-N 1.4.1.10. Appui à la réintégration socio-économique des femmes victimes de violences basées sur le genre 1.4.1.11. Appui aux activités des femmes mentors dans les communautés pour la promotion des services de SRMNIA-N et d'abandon des pratiques néfastes 1.4.1.12. Renforcement des visites à domicile pour l'offre de services et soins de SRMNIA-N 1.4.1.13. Soutien à l'introduction de l'éducation complète à la sexualité (ECS) dans toutes les écoles et les communautés
Objectif stratégique 2 : Renforcer l'environnement habilitant, la mobilisation et la gestion optimale du financement de la SRMNIA-N			
Effet 2 : D'ici 2024, les	**Produit 2.1.** D'ici 2024, les textes	2.1.1. Plaidoyer pour la révision textes législatifs et	2.1.1.1. Révision des textes juridiques et réglementaires et la politique nationale sur la SR

politiques en vigueur, les actions de mobilisation et de gestion des ressources financières sont favorables au développement des interventions en SRMNIA-N	législatifs et règlementaires et la politique sur la santé de la reproduction sont révisées conformément aux conventions ratifiées par la Guinée	règlementaires et la politique nationale sur la SR	2.1.1.2. Plaidoyer auprès des autorités pour l'application des textes juridiques et réglementaires sur les VBG y compris MGF/E
		2.1.2. Redynamisation des réseaux de parlementaires, de religieux, de journalistes, de communicateurs traditionnels, de femmes et de jeunes pour le plaidoyer en faveur de la SRMNIA-N	2.1.2.1. Renforcement des capacités des réseaux en population et développement (parlementaires, d religieux, d journalistes, communicateurs traditionnels, de femmes et de jeunes) en plaidoyer pour la SRMNIA-N 2.1.2.2. Soutien à la mise en œuvre des plans d'actions des réseaux en population et développement (parlementaires, de religieux, de journalistes, de communicateurs traditionnels, de femmes et de jeunes) pour la SRMNIA-N 2.1.2.3. Soutien à la révision de la politique nationale de protection sociale et la mise en place des instruments de mise en œuvre
	Produit 2.2. D'ici 2024, les ressources nécessaires au financement du plan national SRMNIA-N sont mobilisées	2.2.1. Plaidoyer pour la mobilisation de ressources en faveur des interventions de SRMNIA-N	2.2.1.1. Renforcement des capacités de membres des instances de coordination de la SRMNIA-N à la mobilisation interne et externe des financements 2.2.1.2. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour la SRMNIA-N 2.2.1.3. Organisation du plaidoyer pour l'augmentation du BND alloué à la santé et aux interventions de la SRMNIA

			2.2.1.4. Appui à la mobilisation des financements dans le cadre du Partenariat Public-Privé (PPP)/Engagement du secteur privé 2.2.1.5. Appui à la mobilisation des financements auprès des bailleurs et PTFs
		2.2.2. Développement de financements innovants en faveur de la SRMNIA-N	2.2.2.1. Appui aux initiatives d'achat des prestations de SRMNIA-N 2.2.2.2. Mobilisation des financements endogènes innovants et alternatifs 2.2.2.3. Mise en œuvre de l'approche ''Financement Basé sur les Résultats'' pour les interventions à haut impact de la SRMNIA-N 2.2.2.4. Implémentation des chèques santé 2.2.2.5. Mise en place de l'initiative '' Commun Basket (Panier Commun)'' pour le financement de la SRMNIA-N 2020 - 2024
	Produit 2.3. D'ici 2024, la gouvernance et la redevabilité par rapport à l'utilisation des ressources	2.3.1. Renforcement de l'application des procédures de gestion administrative et financière	2.3.1.1. Appui à la mise en œuvre des contrats d'objectifs entre le niveau central et les districts sanitaires dans le cadre des interventions de SRMNIA-N 2.3.1.2. Renforcement des capacités de personnel des services administratifs et financiers du niveau central, des régions et des districts sanitaires sur les procédures de gestion administrative et financière

	fonctionnent à tous les niveaux du système de santé conformément aux politiques et procédures de gestion administrative et financière	2.3.2. Promotion de la gestion efficiente des ressources et la redevabilité	2.3.2.1. Conduite les évaluations semestrielles de la mise en œuvre des mesures de gratuité et d'exemption pour la SRMNIA-N 2.3.2.2. Renforcement du système de contrôle interne et l'assurance qualité des pièces justificatives 2.3.2.3. Développement de la culture de la vérification programmatique et des audits 2.3.2.4. Mise en place d'un mécanisme de reconnaissance, de gratification et de sanction pour la gestion des ressources
Objectif Stratégique 3 : Renforcer la coordination multisectorielle et le suivi évaluation des interventions de SRMNIA-N à tous les niveaux du système de santé			
Effet 3 : D'ici 2024, les interventions de SRMNIA-N sont coordonnées de façon efficace avec l'implication de tous les	**Produit 3.1**. D'ici 2024, les mécanismes de coordination multisectorielle des interventions de soins respectueux et services de SRMNIA-N sont opérationnels à tous	3.1.1. Renforcement des capacités des instances de coordination à tous les niveaux	3.1.1.1. Redynamisation de la plateforme des parties prenantes clés de mise en œuvre de la SRMNIA-N 3.1.1.2. Appui à la fonctionnalité du comité technique multisectoriel, des groupes thématiques et des autres instances de coordination de la mise en œuvre du plan Stratégique SRMNIA 2020-2024 3.1.1.3. Renforcement de la capacité institutionnelle de la DNSFN (mobiliers, matériels informatiques et autres consommables)

partenaires et la communauté	les niveaux du système de santé		
	Produit 3.2. D'ici 2024, le partenariat public-privé est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé pour l'offre des soins respectueux et services de SRMNIA-N de qualité	3.2.1. Renforcement du partenariat multisectoriel et avec les PTF	3.2.1.1. Renforcement des capacités des points focaux et des membres des groupes thématiques au suivi de la mise en œuvre des interventions prioritaires à haut impact et la gestion de l'information sanitaires y afférente
		3.2.2. Renforcement du partenariat avec le secteur privé	3.2.2.1. Elaboration d'une convention opérationnelle avec le secteur privé pour la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N
		3.2.3. Renforcement du partenariat avec la communauté	3.2.3.1. Elaboration des conventions opérationnelles de partenariat avec les ONG ; les OSC ; les OBC, les organisations confessionnelles, leaders religieux et communautaires pour la mise en œuvre des interventions de SRMNIA-N
	Produit 3.3. D'ici 2024, le système d'information sanitaire fournit des données désagrégées et fiables pour le suivi et l'évaluation et la prise de	3.3.1. Soutien aux mécanismes de revue, de suivi et évaluation	3.3.1.1. Organisation des réunions périodiques du comité technique multisectoriel et des autres instances de suivi 3.3.1.2. Organisation des missions de supervision conjointe des interventions de SRMNIA-N 3.3.1.3. Organisation des revues annuelles du plan SRMNIA-N 3.3.1.4. Organisation des évaluations à mi-parcours et finale du plan SRMNIA-N

	décision sur les interventions de SRMNIA-N		3.3.1.5. Harmonisation et diffusion des outils de suivi-évaluation de la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-N 2020-2024 3.3.1.6. Renforcement de capacités des acteurs de mise en œuvre à tous les niveaux sur le suivi et l'évaluation 3.3.1.7. Renforcement de la DNSFN en logistiques roulantes, le suivi et la supervision des interventions de SRMNIA-N
		3.3.2. Développement de la recherche opérationnelle en SRMNIA-N	3.3.2.1. Conduite des activités de recherches et études sur différentes thématiques de la SRMNIA-N (Compte nationaux de la santé, SARA, EDS, MICS, PF, SR, SPSR, SMART, SRAJ, VBG…) 3.3.2.2. Documentation et mise à l'échelle des bonnes pratiques en SRMNIA-N pour l'amélioration de la qualité des interventions et la mobilisation des ressources
Objectif stratégique 4 : Promouvoir l'enregistrement des faits d'Etat civil (naissance, mariage, décès)			
Effet 4 : D'ici 2024, le système national d'Etat civil dispose et partage des informations actualisées sur les naissances, les	**Produit 4.1.** D'ici 2024, le système national d'enregistrement des faits d'Etats civil est opérationnel à tous les niveaux	4.1.1. Renforcement des capacités des structures de santé dans l'enregistrement des faits d'état civil	4.1.1.1. Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des structures de santé sur l'enregistrement et la déclaration des faits d'état civil 4.1.1.2. Appui au développement et harmonisation des outils de collecte des données dans les formations sanitaires en faveur de la promotion de l'état civil 4.1.1.3. Appui à l'institutionnalisation et à la qualité des services prénuptiaux aux niveaux des formations sanitaires

décès et les mariages			4.1.1.4. Renforcement de la collaboration entre le personnel de santé et les services d'état civil dans l'enregistrement des faits d'état civil
		4.1.2. Promotion des services faits d'état civil au niveau communautaire	4.1.2.1. Renforcement des capacités des leaders religieux, communautaires, des élus locaux, OSC, OBC sur l'enregistrement des faits d'état civil 4.1.2.2. Promotion de l'auto-monitorage communautaire pour l'enregistrement et l'archivage des faits d'état civil ;
	Produit 4.2. D'ici 2024, au moins 80% des agents communautaires disposent des capacités sur l'enregistrement des faits d'Etat civil	4.2.1. Intégration de l'enregistrement des faits d'état civil dans les activités des agents de santé communautaire	4.2.1.1. Appui à l'évaluation de la couverture des services d'état civil au niveau national 4.2.1.2. Renforcement des capacités des agents communautaires (RECO et ASC) sur l'enregistrement des faits d'état civil 4.1.1.3. Appui aux activités de sensibilisation sur l'importance de l'enregistrement des faits d'état civil au niveau communautaire
Objectif stratégique 5 : Promouvoir la génération de la demande de soins et services de SRMNIA-N			
Effet 5 : D'ici 2024, toutes les	**Produit 5.1**. D'ici 2024, le plan intégré	5.1.1. Développement d'un plan intégré de communication	5.1.1.1. Elaboration et mise en œuvre du plan intégré de communication en SRMNIA-N

femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents, tous les jeunes et toutes les personnes âgées utilisent les services de SRMNIA-N	de communication pour les interventions de SRMNIA-N est mis en œuvre	pour les interventions de SRMNIA-N	5.1.1.2. Elaboration et vulgarisation des outils de communication sur la SRMNIA-N
		5.1.2. Renforcement des capacités des médias pour la communication sur les interventions de SRMNIA-N	5.1.2.1. Contractualisation avec les médias en communication sur la SRMNIA-N 5.1.2.2. Formation des professionnels de médias pour le changement social et l'adoption des bonnes pratiques en faveur de la SRMNIA-N
	Produit 5.2. D'ici 2024, les communautés adhèrent et soutiennent l'utilisation des services et de SRMANI-N	5.2.1. Promotion des soins et services de SRMNIA-N au niveau communautaire	5.2.1.1. Mise en place de l'initiative '' Mères Assur/Maman Lumière'' pour la promotion des soins et services SRMNIA-N dans les communautés 5.2.1.2. Renforcement des capacités des OSC, OCB, RECO et ASC sur les approches de communication des thématiques de la SRMNIA-N 5.2.1.3. Organisation des campagnes de sensibilisation de proximité sur les interventions de la SRMNIA-N ; 5.2.1.4. Appui aux initiatives de dialogue générationnel sur les thématiques de la SRMNIA-N 5.2.1.5. Appui à la mise en œuvre de l'Education Complète à la Sexualité (ECS) dans la communauté 5.2.1.6. Renforcement de l'initiative des clubs des jeunes en faveur de la SRMNIA-

			5.2.1.7. Célébration des journées nationales et internationales sur les thématiques de la SRMNIA
		5.2.2. Implication des hommes dans la promotion des soins et services de SRMNIA-N	5.2.2.1. Renforcement de l'initiative ''Ecole des Maris'' pour la promotion des services de santé maternelle et néonatale dans les communautés 5.2.2.2. Développement de l'initiative ''Homme comme partenaire de la SR''

3.7. *Cadre de résultats :*

Résultats	Indicateurs	Base 2020	Cible 2024	Moyens de vérification	Sources de vérification
Indicateurs de l'impact					
Impact : Elimination des décès maternels, néonatals, infantiles et infanto-juvéniles évitables	Ratio de mortalité maternelle	550/100 000 (MICS 2016)	343/100 000 (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH SSI
	Taux de mortalité néonatals	32‰ (EDS 2018)	12,5‰ (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH SSI
	Taux de mortalité infantile	66‰ (EDS 2018)	40‰ (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH SSI
	Taux de mortalité infanto-juvénile	111‰ (EDS 2018)	60‰ PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH SSI
Indicateurs des Effets					

Effet 1 : D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents, tous les jeunes et toutes les personnes âgées nécessiteuses de soins accèdent à des services de SRMNIA-N de qualité en temps opportun	Prévalence contraceptive	11% (EDS 2018)	20% (PANB 2019-2023)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH, SSI
	Besoins non satisfaits	22% (EDS 2018)	15%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH, SSI
	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	55% (EDS 2018)	80% (PNDS 2015-2024))	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH, SSI
	Taux de CPN4 dont une au 9ème mois	35,3 (EDS 2018)	95% (PNDS 2015-2024))	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH, SSI
	Proportion de CPoN durant les 2 à 3 premiers jours de naissance	49% (EDS 2018)	80%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH, SSI
	Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	23,9 (EDS 2018)	55 % (PEV)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, RGPH, SSI

	Prévalence de la malnutrition aigue Prévalence de la malnutrition chronique	9% (EDS 2018)	4% (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports SMART, MICS, SSI
	Prévalence de la malnutrition chronique	30,9% (EDS 2018)	21% (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports SMART, MICS, SSI
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant souffert de fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu de l'ACT (ou autre traitement de première ligne en accord avec la politique nationale)	16,5 % (MICS 2016)	55%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, SMART, MICS, SSI
	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficiées de TPI du paludisme	35% (EDS 2018)	95% (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, SMART, MICS, SSI
	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédente	54% (MICS 2016)	90% (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, SMART, MICS, SSI
	Proportion d'enfants mis sous SRO en Cas de diarrhée dans la communauté	67% (EDS 2018)	90% (PNDS)	Enquête / Etudes	Rapports EDS, SMART, MICS, SSI

	Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui sont mises sous ARV	65% (ONUSIDA 2018)		Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, SSI
	Pourcentage d'adolescentes (15-19 ans) ayant commencé leur vie procréative	26% (EDS 2018)	15%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, SSI
	Prévalence des fistules obstétricales	0,26 % (Estimation de la prévalence Fistules 2017)	0,10%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, Enquêtes spécifiques, SSI
	Proportion de femmes ayant subies au moins une violence sexuelle après l'âge de 15 ans	29,3% (Etude VBG 2016)	18%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, Enquêtes spécifiques, SSI
	Pourcentage de filles mariées avant l'âge de 15 ans	21,1% (MICS 2016)	15%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, Enquêtes spécifiques, SSI
	Prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les filles de 0 à 14 ans	39% (EDS 2018)	15%	Enquête / Etudes	Rapports EDS, MICS, Enquêtes spécifiques, SSI

Effet 2 : D'ici 2024, les politiques en vigueur, les actions de mobilisation et de gestion des ressources financières sont favorables au développement des interventions en SRMNIA-N	Proportion du Budget de la santé dans le budget National	6%	15%		Loi de finance rectificative
	Part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé	46,4% (Compte nationaux de santé)	30%		Comptes nationaux e la santé
	Dépenses de santé courantes par habitant	44 $ / hbt			Comptes nationaux e la santé
Effet 3 : D'ici 2024, les interventions de SRMNIA-N sont coordonnées de façon efficace avec l'implication de tous les partenaires et la communauté	Taux de complétude des données des interventions à haut impact SRMNIA mise en œuvre au niveau régional				Rapports BSD
	Taux de promptitude de la transmission des données SRMNIA par les points focaux au niveau régional				Rapports BSD
	Taux de promptitude des rapports de surveillance épidémiologique				Rapports ANSS

	Proportion de la population couverte par le programme de « FBR »				Rapports BSD
Effet 4 : ***D'ici 2024, le système national d'Etat civil dispose et partage des informations actualisées sur les naissances, les décès et les mariages***	Pourcentage d'enregistrement des naissances	74,6% (MICS 2016)	80%		Rapports MICS, rapports de services et RGPH
	Taux d'enregistrement des décès				Rapports MICS, rapports de services et RGPH
	Taux d'enregistrement des mariages				Rapports MICS, rapports de services et RGPH
Effet 5 : ***D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents et tous les jeunes utilisent les services de SRMNIA-N***	Taux d'utilisation des structures de santé				Rapports EDS, rapports de services

Produits	Indicateurs	Base 2019	Cible					Sources de vérification
			2020	2021	2022	2023	2024	
Effet 1 : D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants et tous les adolescents et jeunes nécessiteuses de soins accèdent à des services de SRMNIA-N de qualité en temps opportun								
Produit 1.1 : D'ici 2024, les formations à tous les niveaux du système de santé disposent d'un personnel compétent pour des soins et services de SRMNIA de qualité, basés sur les normes mondiales et des interventions à haut impact	Nombre de structures de santé qui disposent d'un personnel formé sur le paquet intégré SRMNIA-N						33000	
	Nombre de sages-femmes recrutées et déployées	902					2265	
	Nombre de gynéco-obstétriciens recrutés et déployés						33	
	Nombre de personnel formés sur le paquet intégré SRMNIA							

Produit 1.2. D'ici 2024, le paquet de soins respectueux et services harmonisés et intégrés de SRMNIA-N est disponible à tous les niveaux du système de santé	Nombre de protocoles de prise en charge de soins et services SRMNIA-N revu selon les normes actualisées au niveau régional							
	Proportion de structures de santé qui mettent œuvre le paquet intégré SRMNIA-N						80%	
	Nombre de structures SONUB et C	B 35 C25					43 74	
	Nombre de structures SONE	412					600	

	Nombre de structures offrant la PCIMNE	412					600	
	Nombre de structure de santé offrant la SRAJ	37					62	
	Nombre de centre conviviale	8					22	
	Nombre de centre dépistage du VIH							
	Nombre de structures de santé offrant les services de PTME							
	Proportion de structure n'ayant pas connu de rupture en produits qui sauvent la vie					100 %		
	Proportion de structures de santé qui offre au moins trois méthodes modernes de contraception					100 %		
	Proportion des structures de santé répondant aux normes de l'OMS sur les équipements							

Produit 1.3. D'ici 2024, la couverture en formations sanitaires et la dotation en équipements, matériels, logistiques et médicaments pour l'offre des soins respectueux et services de SRMNIA-N sont conformes aux normes de l'OMS	Proportion des structures de santé répondant aux normes d l'OMS sur les infrastructures							
Produit 1.4. D'ici 2024, les services à base communautaire de SRMNIA-N sont disponibles dans l'ensemble du pays.	Proportion de communautés/ villages qui mettent en œuvre le paquet intégré des soins et services SRMNIA-N conformément à la politique de santé commentaire							
Effet 2 : D'ici 2024, les politiques en vigueur, les actions de mobilisation et de gestion des ressources financières sont favorables au développement des interventions en SRMNIA-N								
Produit 2.1. D'ici 2024, les textes législatifs et règlementaires et la politique sur la santé de la reproduction sont révisées conformément aux conventions ratifiées par la Guinée	Loi sur la santé de reproduction est révisée et adoptée par l'Assemblée Nationale						1	
	Textes d'application de loi SR (santé, action sociale, sécurité, justice)						4	

	Politique nationale de la SR révisée et validée						1	
Produit 2.2. D'ici 2024, les ressources nécessaires au financement du plan national SRMNIA-N sont mobilisées	Part du budget de la SRMNIA-N dans le Budget de la santé							
	Montant du financement de la SRMNIA-N par le secteur privé							
Produit 2.3. D'ici 2024, la gouvernance et la redevabilité par rapport à l'utilisation des ressources fonctionnent à tous les niveaux du système de santé conformément aux politiques et procédures de gestion administrative et financière	Nombre de rapports techniques produits par les districts sanitaires pour alimenter les résultats sur la SRMNIA-N						4	
	Nombre de rapports financiers produits par les districts sanitaires pour alimenter les résultats sur la SRMNIA-N						4	
Effet 3 : ***D'ici 2024, les interventions de SRMNIA-N sont coordonnées de façon efficace avec l'implication de tous les partenaires et la communauté***								
Produit 3.1. D'ici 2024, les mécanismes de coordination multisectorielle des interventions de soins respectueux et services de SRMNIA-N	Nombre de réunions du comité multisectoriel						4	

sont opérationnels à tous les niveaux du système de santé	Nombre de réunions de chaque groupe thématique						12	
	Proportion de présence des parties prenantes dans les réunions des instances de coordination						80%	
Produit 3.3. D'ici 2024, le système d'information sanitaire fournit des données désagrégées et fiables pour le suivi et l'évaluation et la prise de décision sur les interventions de SRMNIA-N	Nombre de revues de performance de la SRMNIA-N							
	Rapport de l'évaluation à mi-parcours							
	Rapport de l'évaluation finale							
	Nombre de rapports de mission de supervision conjointe							
	Nombre rapports d'études/recherches							
	Nombre de bonnes pratiques documentés							
Produit 3.2. D'ici 2024, le partenariat public-privé est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé pour l'offre des soins respectueux et services de SRMNIA-N	Nombre de partenariats scellés pour la mise en œuvre des interventions du plan							

Effet 4 : ***D'ici 2024, le système national d'Etat civil dispose et partage des informations actualisées sur les naissances, les décès et les mariages***								
Produit 4.1. D'ici 2024, le système national d'enregistrement des faits d'Etats civil est opérationnel à tous les niveaux	Nombre de services d'état civil modernisé dans les communes							
Produit 4.2. D'ici 2024, au moins 80% des agents communautaires disposent des capacités sur l'enregistrement des faits d'Etat civil	Nombre de services d'état civil secondaires créés							
D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents et tous les jeunes utilisent les services de SRMNIA-N								
Produit 5.1. D'ici 2024, le plan intégré de communication pour les interventions de SRMNIA-N est mis en œuvre	Plan de communication intégrée mis œuvre							
	Nombre de contrats scellés avec les médias							
	Nombre de professionnels de médias formés en communication sur la SRMNIA-N							

Produit 5.2. D'ici 2024, les communautés adhèrent et soutiennent l'utilisation des services et de SRMANI-N	Proportion de communautés/ qui abandonnent les pratiques néfastes et adhèrent aux activités de SRMNIA-N							

CHAPITRE 4 : CADRE DE MISE EN OEUVRE ET SUIVI-EVALUATION DUPLAN STRATEGIQUE SRMNIA-N 2020-2024

4.1. Cadre de mise en œuvre

4.1.1. Cadre institutionnel

4.1.1.1. Approches de mise en œuvre du plan SRMNIA-N

La mise en œuvre du plan se basera sur le plaidoyer pour le positionnement stratégique de la SRMNIA-N dans les politiques et programme nationales relatifs à la santé, au genre, à la promotion de l'autonomisation de la femme et du développement, du nouveau', de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.

Le plan va s'appuyer sur les orientations stratégiques du PNDS 2015-2024 et la politique nationale de santé communautaire qui focalisent ses interventions sur le besoin des communautés dans une démarche participative.

Au regard de la complexité de la problématique de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune en général, la mise en œuvre de ce plan privilégiera la collaboration multisectorielle et transdisciplinaire dans la conception, l'exécution, le suivi et évaluation des interventions et la mobilisation des ressources. Par ailleurs, l'engagement du secteur privé sera vivement sollicité pour accroitre la couverture et l'accessibilité des services sanitaires de qualité.

En plus, la promotion de la gestion axée sur les résultats sera l'un des principes clés qui guidera la mise en œuvre des interventions, notamment le renforcement du contrôle interne et la culture de la redevabilité.

Enfin, pour mesure ses performances, le plan SRMNIA-N s'appuiera sur des indicateurs objectivement mesurables permettant la prise de décision basée sur les évidences.

4.1.1.2. Ancrage institutionnel de la SRMNIA-N

La santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune est un programme multisectoriel qui implique pour sa mise en œuvre plusieurs départements ministériels à savoir les départements de la Santé, de la Jeunesse, de l'Action Sociale, des Affaires Religieuses, du Budget et des Finances.

Sur le plan institutionnel, le ministère en charge de la Santé à travers la Direction Nationale de la Santé familiale et de la nutrition est le porteur institutionnel du plan SRMNIA-N 2020-2024.

4.1.2. Instances de mise en œuvre

La mise en œuvre du Plan stratégique va s'appuyer sur plusieurs instances de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Au niveau central**

La coordination stratégique du plan est assurée par (i) le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) ; (ii) le Secrétariat Technique du Comité de coordination dans le domaine de la SRMNIA-N ; (iii) le Comité Technique Multisectoriel de suivi des interventions en SRMNIA-N ; (iv) les Groupes thématiques de travail.

- **Au niveau Intermédiaire (Régional)**

Le Comité technique régional de la santé (CTRS) est l'instance de coordination multisectorielle intermédiaire.

Huit (08) points Focaux SRMNIA-N dont par région seront les porteurs du suivi de la mise en œuvre des interventions du plan Stratégique SRMNIA-N 2020-2024.

- **Au niveau périphérique Préfectorale**

Le Comité technique préfectoral de la santé (CTPS) assurera la coordination multisectorielle au niveau périphérique.

Soixante-six (66) points focaux des districts sanitaires soit deux par préfecture seront les porteurs du suivi de la mise en œuvre des interventions du plan Stratégique SRMNIA-N 2020-2024 au niveau préfectoral et communal.

4.1.3. Constitution et rôle des organes de mise en œuvre du Plan SRMNIA-N 2020-2024

4.1.3.1. Comité de Coordination du Secteur de la Santé

Créé par Arrêté N°A/2011/8146/PM/SGG, le CCSS est l'organe consultatif et d'orientation du secteur de la santé sous la tutelle du Ministre de la Santé.

- **Sa composition**

Sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé, ledit comité est constitué de :

Il est composé comme suit :

- ✓ Président, Ministre de la Santé,
- ✓ Présidente d'honneur, Première Dame de la République ;
- ✓ Vice-président, Ministre de l'Economie et des Finances,
- ✓ Premier Rapporteur, Secrétaire Général MS,

- ✓ Deuxième Rapporteur, Secrétaire Général MATD,
- ✓ Troisième Rapporteur, Secrétaire Exécutif du ST/CCSS,
- ✓ Membres : (11 SG, 1 Primature, 1 Société Civile, 4 Ordres Professionnels de la Santé, 1 SNU, 1 CB, 1 Doyen Faculté, 1 CR, 1 Chambres Mines, 1 PTF et 1 Secteur privé).

- **FONCTIONNEMENT**

Le CCSS se réunit 2 fois par an. Sur l'initiative du Président ou à la demande du tiers 1/3 de ses membres, il peut se réunir en session extraordinaire.
Les fonctions des membres du CCSS ne sont pas rémunérés.
Les frais de fonctionnement du CCSS, du ST et des GT sont supportés par le Budget du Ministère de la Santé avec l'appui des PTF.

- **Son rôle**
  - Cadrage stratégique
  - Pilotage stratégique
  - Plaidoyer pour la mobilisation des ressources
  - Ise en place d'un environnement Habilitant
  - Engagement politique
  - Gouvernance stratégique (Procédure, engagement, reddition, gouvernance
  - Appui stratégique et institutionnel)
  - Valider et suivre l'application la charte de redevabilité

Les détaillés de leur rôles et attributions seront précisés dans un arrêté du Ministre de la santé publique.

4.1.3.2. Le Secrétariat technique (ST) SRMNIA - N

- Sa composition

Le secrétariat technique du COPIL est constitué de cinq membres

  - Prédisent : Directrice Nationale de la santé familiale et de la Nutrition
  - Secrétaire générale : Sous-directeur NSFN

La mission du Secrétariat Technique : Assurer le fonctionnement du Comité National de Pilotage multisectoriel dans le domaine de la SRMNIA-N

- **Son rôle :**
  - Appuyer techniquement les GTT ;
  - Suivre pour le COPIL la mise en œuvre du Plan Stratégique SRMNIA-N

- Préparer les rapports semestriels et annuels de mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA-N 2020 – 2024 ; Suivre la mise en œuvre des recommandations et des résolutions du COPIL
- Assurer l'organisation matériel des sessions du comité de pilotage ;
- Rédiger les rapports de sessions du comité de pilotage en lien avec la SRMNIA ;
- Assurer le lien entre tous les membres du COPIL

4.1.3.3. Le Comité technique multisectoriel (CTM) SRMNIA-N

- **Composition**

C'est la cheville ouvrière de la mise en œuvre et du suivi évaluation des interventions à haut impact du plan Stratégique national de la SRMNIA-N 2020-2024. Le CTM est constitué de d'un bureau exécutif donc la composition est comme suite :

- Présidente : Directeur National de la Santé Familiale et de la Nutrition
- Membres :
- Représentants du groupe thématique Santé de la mère et du nouveau-né
- Représentants du groupe thématique des VBG et de l'autonomisation de la Femme
- Représentants du groupe thématique santé de l'enfant
- Représentants du groupe thématique nutrition

Ses membres sont au nombre de 29 selon la note de service 0205/MS/CAB/2019 portant création du comité technique SRMNIA et constitués de tous les partenaires techniques et financiers œuvrant dans la santé de la reproduction et des directions techniques et autres organisations de la société civile.

- **Mission**

- Suivre la mise en œuvre des interventions à haut impact
- Superviser les points focaux Régionaux et préfectoraux
- Veiller à l'application de la charte de redevabilité
- Assure le tracking des financements au travers du Dossier d'investissement 2020 -2024 et de l'outil de cartographie ;
- Assurer la mise à jour l'outil de cartographie des ressources SRMNIA-N régulièrement.

4.1.3.4. Le Comité technique régional de la santé (CTRS)

4.1.3.5. Le Comité technique préfectoral de la santé (CTPS)

4.2.1. Suivi et évaluation du plan

Un plan de suivi et évaluation de la stratégie SRMNIA-N sera élaboré de manière à suivre les progrès, d'identifier les gaps et adapter les interventions. Ce plan qui décline les activités de suivi et évaluation de la stratégie aura lui-même ses propres indicateurs.

Les différents mécanismes de suivi de la stratégie s'articuleront autour de :

4.2.1.1 **Supervisions conjointes :**

Organisées périodiquement, les missions conjointes assurées par les services techniques en cascade selon les procédures de supervision définies en collaboration avec les autres partenaires permettront d'identifier les insuffisances et d'y remédier.

4.2.1.2 **Revues des interventions :**

Revues trimestrielles : Au niveau de chaque préfecture, une revue trimestrielle des interventions de SRMNIA-N sera organisée pour faire le suivi opérationnel des interventions

Revues semestrielles : Elles sont organisées au niveau régional pour analyser la performance des interventions développées

Revues annuelles : chaque année une revue de la mise en œuvre du plan sera organisée dans l'ensemble du pays pour mesurer la performance des services, identifier les goulots d'étranglement et formuler des recommandations pour améliorer l'atteinte des résultats

Ces revues périodiques seront facilitées à travers les points focaux des districts et régions sanitaires.

4.2.1.3 **Etudes et recherches :**

Dans le souci de renseigner des données à travers de nouvelles connaissances au cours de la mise en œuvre du plan, des thématiques prioritaires de recherche seront identifiées et conduites. L'identification des thèmes se fera de façon participative avec l'implication de toutes les parties prenantes dont la communauté.

4.2.1.4 **Evaluations :**

Deux évaluations seront conduites durant la mise en œuvre du plan.

La première, réalisée à mi-parcours, permettra d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et des réajustements nécessaires.

Au terme de la mise en œuvre du plan une évaluation finale sera conduite pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs stratégiques afin de tirer des leçons et formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain plan.

4.2.1.5. **Hypothèses et risques**

Dans la cadre de la mise en œuvre optimale de ce plan, les principales hypothèses et risques sont les suivantes :

❖ **Hypothèses :**

- La stabilité politique et sociale ;
- Le leadership affirmé du Gouvernement et la volonté politique en faveur de la SRMNIA-N ;
- L'engagement fort de la société civile, du secteur privé et des communautés ;
- La mobilisation des ressources nécessaires en particulier celles internes ;
- Le déploiement et la motivation du personnel ;
- La bonne planification et gouvernance financière.

❖ **Risques :**

- Les catastrophes et urgences humanitaires ;
- Les crises économiques et politiques ;
- Les changements dans les priorités du Gouvernement ;
- La faible mobilisation des ressources humaines et financières ;
- Le retard dans la mise en œuvre des activités ;
- Les persistances des pesanteurs socio-culturelles et religieuses.

4.3. Cadrage budgétaire

Le Plan stratégique national SRMNIA-N sera mis en œuvre à travers cinq outils à savoir :

4.3.1. Cadre budgétaire global du plan

C'est une estimation des coûts pour l'atteinte des différents objectifs du Plan. Il donne à chaque activité prioritaire planifiée dans le plan, un montant nécessaire à sa mise en œuvre.

Ce document issu du processus de costing du plan, permettra à toutes les parties prenantes d'avoir une vue d'ensemble sur la totalité des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du plan.

4.3.2. Plan d'action annuel budgétisé

Il est constitué d'un plan opérationnel annuel déclinant chacune des années à mettre en œuvre à partir des actions prioritaires du plan. Les activités de ce plan seront mises à jour chaque année de façon glissante (plans glissants) en fonction de la réalité opérationnelle.

4.3.3. Plan de gestion trimestriel

Ce document qui découle du plan d'action annuel budgétisé compile les activités planifiées pour chaque trimestre pour un meilleur suivi. Les activités de ce plan seront aussi mises à jour chaque année de façon glissante en fonction de la réalité opérationnelle.

BIBLIOGAPHIE

1. Comptes Nationaux de Santé 2014-2016
2. https://fr.tradingeconomics.com/guinea/gdp-growth-annual), 10/10/19
3. http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.
4. Plan National d'Investissement agricole et de la sécurité alimentaire
5. Plan National de Développement Economique et social
6. Plan stratégique National de lutte contre le paludisme
7. Plan stratégique SRMNIA-N 2016-2020
8. Dossier d'investissement 2017-2020
9. Rapport d'évaluation du PS SRMNIA-N 2016-2020
10. Réseau et cartes des soins obstétricaux et néonatals d'urgence en Guinée
11. Plan d'Action National Budgétisé de la Planification Familiale, 2019-2023
12. Plan stratégique MGF version finale
13. Plan stratégique fistules 2017-2022
14. Politique nationale Genre révisée
15. Revue du plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes
16. Rapport de l'enquête nationale sur les déterminants sociaux de la sante en république de Guinée
17. Rapports EDS 2018, 2012, 2005
18. Rapport MICS 2016
19. Rapport RGPH 3, 2014
20. Rapport National sur l'Evaluation de la Mise en œuvre du Programme d'Action de Beijing+25
21. Tiré du Plan National de développement Sanitaire 2015-2024

ANNEXE

THEORIE DU CHANGEMENT

Mission Vision

Toutes les mères, les nouveaux nés, les enfants et les adolescents/Jeunes, bénéficient d'un accès optimal aux soins et aux services SRMNIA-N de qualité d'une manière efficiente, équitable, fondé sur les droits humains avec la pleine participation de tous.

Les femmes passent par la grossesse et accouchent en toute sécurité et chaque nouveau-né, mère, enfant et adolescent, non seulement survit, mais aspire à atteindre son plein potentiel

Objectif Global

Eliminer les décès maternels, néonatale et infanto-juvéniles évitables et promouvoir le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants et adolescents en utilisant une approche multisectorielle fondée sur les droits et l'accès universel aux services de SRMANIA fournies dans un continuum de soins

Objectifs Straté. et Effets

OS 1 : Offre de s[illegible] et services SRMNIA-N

Effet 1 : D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et toutes les personnes âgées ont accès à des soins respectueux et services de SRMNIA-N de qualité en temps opportun

OS 2 : Environnement, mobilisation et la gestion des financements

Effet 2 : D'ici 2024, les politiques en vigueur, les actions de mobilisation et de gestion des ressources financières sont favorables au développement des

OS 3 : Coordination multisectorielle

Effet 3 : D'ici 2024, les interventions de SRMNIA-N sont coordonnées de façon efficace avec l'implication de tous les partenaires et la communauté

OS 4 : Enregistrement des actes civils d'Etat

Effet4 : D'ici 2024, le système national d'Etat civil dispose et partage des informations actualisées sur les naissances, les décès et les mariages

OS 5 : Demande de soins et services SRMANIA-N

Effet 5 : ***D'ici 2024, toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants, tous les adolescents et tous les jeunes utilisent les services de SRMNIA-N***

Produits

Prod. 1.1 : Personnels compétents pour SRMNIA-N

Prod. 1.2. Services harmonisés et intégrés SRMNIA-N disponibles

Prod. 1.3. Formations sanitaires disposent équipements, matériels et médicaments

Prod. 1.4. Les services à base communautaire de SRMNIA disponibles

Prod. 2.1. Textes règlementaires et législatifs sont révisés

Prod. 2.2. Ressources nécessaires sont mobilisées

Prod. 2.3. Gouvernance et la redevabilité fonctionnent

Prod. 3.1. Coord. Multisectorielle opérationnelle

Prod.3.2. PPP fonctionnels pour SRMNIA-N

Prod.3.3. SNIS produit des informations fiables

Prod. 4.1. Système national d' enregistr. des actes d' état civil fonctionnel

Prod. 4.2. 80% des naissances sont enregistrées

Prod. 5.1. Plan de communication intégrée mis en œuvre

Prod.5.2. Communautés soutiennent la SRMNIA-N

Interventions prioritaires

- Recrutement et contractualisation sages-femmes, pédiatres, gynéco-obstétriciens
- Incitation et fidélisation du personnel
- Formation du personnel essentiel sur toutes les composantes de la SRMNIA-N
- Adaptation des curricula de formation
- Révision et vulgarisation des normes et standards SRMNIA-N
- Mise en œuvre des interventions à haut impact
- Opérationnalisation des SOP (Kits) et le DMU pour le contexte d'urgences
- Construction/rénovation/réhabilitation des FS
- Dotation en équipements, médicaments, contraceptifs, autres intrants et consommables
- Renforcement des services à base communautaires

-Plaidoyer pour la révision des textes règlementaires et de la politique SR
-Soutien au plan d'action des réseaux
- Plaidoyer pour l'augmentation du BND alloué à la SRMNIA
-Développement et mobilisation des financements privés et innovants
- Application d'une charte de redevabilité et les procédures
-Déployer la couverture sanitaire Universelle
-Test du '' Commun Basket''

-Renforcement des capacités des instances de coordination
- Renforcement du partenariat multisectoriel, avec les PTF, le privé et la communauté
-Soutien aux mécanismes de revue, de suivi-évaluation
-Développement de la recherche opérationnelle en SRMNIA-N

-Renforcement des capacités des structures de santé dans l'enregistrement des faits d'état civil
- Promotion des services faits d'état civil au niveau communautaire
-Intégration de l'enregistrement des faits d'état civil dans les activités des agents de santé communautaire

-Elaboration et mise en œuvre du plan intégré de communication
-Promotion des soins et services de SRMNIA-N au niveau communautaire
-Contractualisation avec les médias
-Implication des hommes dans la promotion des soins et services de SRMNIA-N

PAQUET D'INTERVENTION A HAUT IMPACT

STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP)