

République de Guinée

Travail - Justice - Solidarité

**Ministère de la Santé et
de l'Hygiène Publique**

Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

**FEUILLE DE ROUTE NATIONALE
Pour Accélérer la Réduction de la Mortalité
Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile**

Avril 2012

Table des Matières

Sigle	4
Préface	6
Remerciements	7
Introduction	8
I. Contexte Général	8
I.1. Données Géographique et Démographique	8
I.2. Le Système de Santé	9
I.2.1. Le Sous Secteur Public	10
I.2.2. Le Sous Secteur Privé	11
I.3. Disponibilité et accessibilité aux Médicaments	11
I.4. Financement de la Santé	12
I.5. Ressources Humaines	12
II. État de Santé des Femmes, Enfants et Adolescents/Jeunes et Interventions	13
II.1. Mortalité maternelle	14
II.2. Mortalité des enfants de moins de 5 ans	18
II.3. Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes	21
II.4. Sécurisation des Produits Santé de la Reproduction	25
II.5. Constats	25
II.6. Problèmes prioritaires et Goulots d'Etranglement	26
II.7. Défis	26
III. La Feuille de Route Nationale RMMNN et IJ	26
III.1. But et cibles de la Feuille de Route Nationale	27
III.2. Objectifs généraux	27
III.3. Objectifs stratégiques	27
III.4. Principes Directeurs	28
III.5. Stratégies Opérationnelles de Mise en Œuvre	29
III.6. Hypothèses	30
III.7. Éléments Accélérateurs	30
IV. Coordination, Mécanisme de Suivi et d'Évaluation de la Mise en Œuvre	31
IV.1. Coordination	31
IV.2. Suivi et Évaluation	31
IV.3. Modalités de mise en œuvre du Partenariat	32
V. Estimation du Coût de la Feuille de Route	32
V.1. Hypothèses sous jacentes aux données de couverture	32
V.1.2. Actualisation annuelle des données de population	32
V.1.3. Données sur le développement du système de santé	32
V.1.4. Données pour l'estimation des cibles des interventions de santé infantile	32
V.1.5. Données pour l'estimation des cibles des interventions de Santé maternelle	33
V.2. Coût de la Feuille de Route	33
VI. Plan Directeur 2006-2015	34
VII. Cadre Logique de la mise en oeuvre de la Feuille de Route Pour la Réduction de la Mortalité	
Maternelle, et Infanto-Juvenile	36
X. Bibliographies	73
XI. Liste des Participants à l'Atelier de Validation de la FRNRMM	79
XII. Liste des personnes ressources pour la révision de la feuille de route nationale de la Mortalité	
Maternelle et Infanto-Juvenile	82

Bibliographie Sélective

Sigles et abréviations

APNDS :	Appui au Plan National de Développement Sanitaire
AQSS :	Assurance qualité des services de santé
BM :	Banque Mondiale
BND :	Budget National de Développement
CESFARH :	Centre National de Santé Familiale et de Reproduction Humaine
CMC :	Centre Médical Communal
CNMAS :	Comité National Multisectoriel d'Action et de Suivi pour accélérer la Réduction de La Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto Juvénile (RMMNN IJ)
CDV :	Centre de Dépistage Volontaire
CPN :	Consultation Prénatale
CPTAF :	Cellule de Coordination pour la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes en vers les femmes
CRD :	Communautés rurales de développement
CVA :	Carence en Vitamine A
DASE :	Division des Actions Socio-éducatives
DMR :	Directeur des microréalisations
DNPFE :	Direction Nationale de la Promotion féminine et de l'enfance
DNSFN :	Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
DPS :	Direction Préfectorale de la Santé
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DSR :	Division Santé de la Reproduction
EDSG :	Enquête Démographique et de Santé Guinée
FINEX :	Financement Extérieur
GAVI :	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GTN :	Guide Thérapeutique National
GIZ :	Agence Allemande de Coopération Technique (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)
IDH :	Indice de Développement Humain
IMC :	Indice de Masse Corporelle
IRA :	Infection Respiratoire Aigue
INSE :	Institut National de Santé de l'Enfant
INSP :	Institut National de Santé Publique
INRAP :	Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique
LNCQ :	Laboratoire National de Contrôle de Qualité
MSR :	Maternité Sans Risques
MII :	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MURIGA :	Mutuelles pour la prise en charge des Risques liés à la Grossesse et à l'accouchement
MGF :	Mutilations Génitales Féminines
MICS :	Multiple indicators clusters Survey
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé (WHO)
OOAS :	Organisation Ouest Africaine de la Santé (WAHO)
PC :	Population Cible
PCIMNE :	Prise en Charge Intégrée des Maladies du nouveau-né et de l'Enfance
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPSG :	Projet Population et Santé Génésique
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIA
PTN :	Pratiques Traditionnelles Néfastes
RPGPD :	Réseau des Parlementaires en Genre Population et Développement
RDSS :	Revue des Dépenses du Secteur de la Santé en Guinée
RMMNN IJ :	Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto Juvénile
SAA :	Soins Après Avortement
SNSSU :	Service National de la Santé Scolaire et Universitaire

SP : Sulfadoxine Pyrimétamine
SR : Santé de la Reproduction
TC : Technologie Contraceptive
TFM/CNAS Task Force Multisectorielle du Comité National d'Action et de Suivi pour accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto Juvénile en Guinée
THA : Trypanosomiase Humaine Africaine
TNS : Taux Net de Scolarité
TPM+ Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TPI : Traitement Préventif Intermittent
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population et le Développement
USAID: Agence Américaine pour le Développement international
VAD : Visite à Domicile
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

PREFACE

Les taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile en République de Guinée sont parmi les plus élevés au monde. Face à cette situation préoccupante, le Gouvernement, en plus d'adhérer aux objectifs du millénaire pour le développement, conventions et directives internationales, s'est doté d'un plan national de développement sanitaire (PNDS) qui a inscrit au premier rang de ses priorités la lutte intégrée contre la maladie et la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Dans ce cadre et respectueux des engagements signés avec l'Union Africaine, le Ministère de la santé a entrepris le processus de révision de la Feuille de Route Nationale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile en collaboration avec ses partenaires.

Le Ministère de la santé publique, à travers la Feuille de Route Nationale révisée, entend donner un signal fort de la volonté de matérialiser la vision du **Chef de l'état, Président de la République, le Professeur Alpha CONDE** qui s'est personnellement engagé à faire de la réduction de la mortalité maternelle et infantile l'une des priorités de son mandat. Cette volonté s'est traduite par des actions concrètes notamment la prise en charge gratuite des soins obstétricaux qui est une illustration de l'engagement au plus haut niveau des autorités du pays à infléchir les tendances des indicateurs dans ce domaine.

La présente feuille de route révisée qui va de 2012 à 2015 donne la vision globale du Gouvernement Guinéen en matière d'amélioration de la santé maternelle néonatale et infanto juvénile, elle précise le cadre commun d'intervention et d'aide des partenaires nationaux et internationaux en vue d'une meilleure coordination des actions de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en Guinée tout en prenant en compte des besoins non satisfaits.

Au regard de la nature complexe des problèmes de santé de la mère et de l'enfant, j'interpelle donc tous les acteurs à quelque niveau qu'ils évoluent et les exhorte à plus d'engagement et de persévérance afin d'inverser les tendances des indicateurs. En tout état de cause, se fondant sur nos énormes potentialités et l'évolution des technologies, il est inadmissible que notre pays continue à payer chaque année un lourd tribut consécutif à de nombreux décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles faute d'accès aux médicaments et à des services de santé de qualité capables de fournir une prise en charge adéquate dans les établissements de soins tant publics que privés.

Le plan directeur 2012-2015, auquel j'accorde un prix considérable, balise le chemin à parcourir pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile tout en indiquant les voies et moyens. Il se veut être un instrument de plaidoyer auprès de toutes les forces vives de la Guinée et de la communauté internationale autour des interventions cibles prioritaires visant à répondre efficacement aux attentes des communautés et des familles dans l'équité.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique




Dr Naman KEITA

REMERCIEMENTS

La révision de ce document a été possible grâce à la contribution de plusieurs parties prenantes impliquées dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique tient à exprimer sa profonde gratitude aux partenaires techniques et financiers, aux ONG nationales et internationales et singulièrement au Gouvernement Français à travers leur appui constant pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile en vue d'accélérer l'atteinte des OMD en particulier les OMS 4 et 5.

Les remerciements d'adressent également aux personnes ressources et aux participants de l'ateliers de validation qui n'ont ménagé aucun effort pour la qualité du document révisé.

Nous sollicitons l'engagement de tous les partenaires dans la mise en oeuvre du présent document révisé.

INTRODUCTION

Le Gouvernement Guinéen, soucieux de conférer aux populations un bien être aussi complet que possible a inscrit le développement du secteur de la santé au premier rang de ses préoccupations. Dans ce cadre, les interventions en matière de santé ont toujours prioritairement ciblé la Mère et l'Enfant. A travers cette dynamique, la Guinée s'est résolument engagée à mettre en œuvre les recommandations des fora dont la Conférence Mondiale sur la population de Mexico (1984), la Conférence Mondiale sur les droits de l'Homme (Vienne 1993), la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, la Quatrième Conférence sur les Femmes à Beijing en 1995, le Sommet Mondial pour le Développement social de Copenhague en 1995.

D'importantes mesures ont été prises par le Gouvernement Guinéen dont, entres autres : le lancement du programme des soins de santé primaires et médicaments essentiels basés sur l'Initiative de Bamako en 1988 ; la réforme hospitalière en 1990 ; l'élaboration et l'adoption de la politique de population en 1992 ; l'élaboration du plan national de développement sanitaire 2003-2012 (PNDS) ; ; l'élaboration et l'adoption de la Loi SR ; l'introduction de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des maladies du nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) ; l'introduction de l'enseignement de la Santé de la Reproduction dans les écoles de santé et la Faculté de Médecine et dans les écoles de niveaux inférieurs à travers les programmes d'Education à la Vie Familiale ; l'élaboration des plans stratégiques (Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction, Santé et développement des Jeunes, Nutrition Alimentation et Repositionnement de la Planification familiale).L'ensemble de ces mesures ont concouru à la mise en œuvre de la politique et du programme nationale de la santé de la reproduction.

Malgré tous ces efforts , l'Enquête Démographique et de Santé de 2005 (EDS 2005) montre que : (i) la mortalité maternelle reste très élevée (980 pour 100 000 naissances vivantes); (ii) la mortalité infanto juvénile reste élevée à 163 pour 1000 naissances vivantes et un enfant sur six meurt avant son 5ème anniversaire (iii) la prévalence contraceptive est de 9% pour toutes méthodes confondues et 6% pour les méthodes modernes (iv) en matière d'accouchement assisté le taux reste faible (38%) alors que le nombre de sages femmes en activité ne fait que baisser (v) des pratiques néfastes persistent comme l'excision (96% des femmes sont excisées),(vi) seulement 27% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein et 8% des enfants de moins de 5ans sont atteints de malnutrition aigue, 21% d'insuffisance pondérale et 36% de retard de croissance.

Face à cette situation préoccupante, le gouvernement de la République de Guinée a adhéré aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 et aux directives de l'Union Africaine pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Partant de ces orientations la feuille de route nationale multisectorielle 2006-2015 a été élaborée pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles.

La présente feuille de route révisée couvre la période 2012 - 2015 et donne la vision globale du Gouvernement Guinéen, précise le cadre commun d'intervention et d'aide des partenaires nationaux et internationaux en vue d'une meilleure coordination, une efficacité et une efficience des actions de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile en Guinée.

I. Contexte Général

I.1. Données géographique et démographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, à 10° au Nord de l'équateur. Elle est limitée par La Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Sa superficie totale est de 245 857 km².

Au plan administratif, le pays est divisé en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (dont 5 à Conakry qui ont en fait la taille d'une préfecture) et 302 communautés rurales de développement (CRD).

Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

Selon les projections démographiques, la population actualisée de la République de Guinée est estimée à 11.300.000 habitants en 2011 avec 70% de la population vivant en zone rurale ; les jeunes de moins de 15 ans représentent 46% de la population et les femmes en âge de procréer 25%.

De 1983 à 2005, le taux brut de natalité (TBN) est passé de 45 pour 1000 (RGPH 1983) à 38 pour 1000 (EDS III, 2005) ; l'indice synthétique de fécondité (ISF) de 5,8 (RGPH 1983) à 5,7 (EDS III, 2005) ; la mortalité infantile au niveau national est passée de 98 pour 1000 à 91 pour 1000 entre 1999 et 2005. Le taux brut de mortalité (TBM) est de 14,2 pour 1000 (RGPH 1996); le taux d'accroissement annuel est de 3,1%. L'espérance de vie est passée de 45 ans en 1983 à 59 ans en 2007. Le Taux net de Scolarisation (TNS) au primaire pour l'ensemble du Pays est estimé à 54%. Il est de 59% pour les garçons et 49% pour les filles. Le taux d'alphabétisation de la population varie entre 40% et 50% selon les régions. La disparité reste remarquable entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 41% et 22% pour l'ensemble du pays.

Le taux d'accès à l'eau potable estimé par l'enquête à indicateurs multiples (MICS 2007/2008) était de 62.9% pour l'ensemble de la Guinée dont 60.6% en milieu rural et ce contre un objectif de 71,12%.

Même en milieu urbain seulement 2/3 des ménages disposent de l'eau de robinet; le pourcentage de ménages disposant d'électricité a régressé de 26 % en 1992 à 20% en 2007 (ELEP, 2007).

Malgré les nombreuses réformes faites depuis le changement de régime politique en 1984, la Guinée est l'un des pays de la Région Afrique où les niveaux de revenu et de satisfaction des besoins essentiels de la population sont les plus bas avec des disparités régionales notables.

Les performances économiques obtenues au cours de la décennie 90 grâce aux différents programmes d'ajustement conclus avec les institutions de Brettons Woods contrastent avec le bas niveau des indicateurs sociaux résultant de la baisse du niveau de vie de plusieurs franges de la population.

Entre 2006 et 2010, le taux de croissance annuel moyen du PIB était de 2,2 % environ, contre un accroissement annuel de la population estimé à 3,1%, soit une chute de 1% du PIB par habitant. Durant la même période, l'inflation est restée à deux chiffres, s'établissant à 20,8% en 2010, contre 13,5% en 2008 et 39,1% en 2006. Au cours de ces dernières années, la dépréciation de la monnaie nationale, le franc guinéen (GNF) par rapport aux devises étrangères, s'est fortement accélérée, passant de 3,8% à 25,4% entre 2009 et 2010 par rapport au dollar US, tandis que par rapport à l'Euro, celle-ci s'établissait à 13.8% en 2010 contre 1.3% en 2009.

Dans ce contexte, la proportion de la population frappée par la grande pauvreté a nettement augmenté à l'examen des différentes EIBC, passant du seuil de 40% en 1996 à celui de 49,2 % en 2002 et atteindre le niveau de 58% en 2010 (Bilan Commun Pays 2011).

L'extrême pauvreté touche 27.2% de la population dont 31.5 % en milieu rural et 17.2% en milieu urbain. Conséquemment, la Guinée figure parmi les pays les moins avancés du monde et classée au 156^{ème} rang sur 169 pays selon l'Indice de Développement Humain en 2010.

Le Taux net de Scolarisation (TNS) au primaire pour l'ensemble du Pays est estimé à 54%. Il est de 59% pour les garçons et 49% pour les filles. Le taux d'alphabétisation de la population varie entre 40% et 50% selon les régions. La disparité reste remarquable entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 41% et 22% pour l'ensemble du pays.

I.2. Le Système de Santé

Les grandes étapes qui ont marqué l'évolution du système de santé sont incontestablement la Conférence nationale de la Santé en 1984, le lancement de la stratégie des Soins de Santé Primaires en 1988 basée sur

l'Initiative de Bamako , la Reforme Hospitalière de 1990, le Forum de la Santé en mai 1997, la revue du système de santé en 2000, l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire 2003-2012 en 2003 et la relance des Soins de Santé Primaires en 2010.

Le système de santé guinéen est composé de deux sous secteurs : public et privé.

I.2.1. Le Sous Secteur Public

Le Ministère de la santé et de l'Hygiène publique comprend :

- Un secrétariat général ;
- Un cabinet ;
- Des services d'appui ;
- Des Directions nationales ;
- Des services rattachés ;
- Des établissements publics ;
- Une entreprise publique ;
- Des programmes et des projets publics ;
- Des organes consultatifs ;
- Des services déconcentrés.

La Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (**DNSFN**) créée en 2011, a pour mission d'élaborer les politiques et programme de Santé Familiale et de la Nutrition; de faire appliquer les conventions; d'aider à mobiliser les ressources et d'assurer le suivi et l'évaluation des projets et programmes de Santé Familiale et de la Nutrition.

Pour accomplir sa mission, la Direction dispose de deux (2) divisions, des services rattachés, des programmes et des projets.

- ▶ Les divisions de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition sont:
 - ✓ Division Santé Familiale
 - ✓ Division Nutrition

- ▶ Les services rattachés sont au nombre de deux:
 - ✓ L'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE)
 - ✓ Le Centre national de santé familiale et de reproduction humaine (CESFAR)

- ▶ Les programmes/Projets relevant de la Direction sont:
 - ✓ Le Programme National de Maternité Sans risques (PNMSR)
 - ✓ Le Programme de Prise en charge Intégrée des maladies de Nouveau né et de l'Enfant (PCIMNE)
 - ✓ le projet Santé de la Reproduction appuyé par l'UNFPA

En matière de santé de la mère et de l'enfant ces structures et services d'appui seront bientôt renforcés par le Centre National de Santé Familiale et Reproduction Humaine en construction à travers ses trois départements : (i) Soins de Référence ; (ii) Formation continue ; (iii) Recherche, Planification et Développement.

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation et de la faiblesse de la maintenance. De nombreuses structures sont peu fonctionnelles du fait de leur état physique mais aussi de la défektivité des équipements et de leurs plateaux techniques et de l'insuffisance du personnel compétent. Le tableau ci-dessous donne le nombre de structures du secteur public et par type.

Tableau 1 : Nombre de structures publiques de soins par type

Typologie	Nombre
Poste de santé	640
Centre de santé	406
Hôpital préfectoral/Centre Médical de Commune	38
Hôpital régional	7
Hôpital national	2

Source : PEV/SSP/ME, 2012

I.2.2. Le Sous Secteur Privé

Le sous secteur privé médical formel est composé actuellement de cliniques médico-chirurgicales, d'hôpitaux d'entreprise, de cabinets de consultation et de soins, cabinets dentaires, cabinets de sages-femmes. Ils se concentrent essentiellement à Conakry. Le sous secteur privé pharmaceutique et biomédical est composé de grossistes répartiteurs, d'officines, de points de vente et de laboratoires d'analyses biomédicales.

Tableau 2 : Nombre de structures privées de soins par type

Typologie	Nombre
Hôpital d'Entreprise	03
Clinique Médico-chirurgicale	19
Cabinets de Consultations et de soins	219
Cabinets de Sage Femme	16
Cabinets Dentaires	11
Grossistes répartiteurs	35
Officines	230
Points de Vente	40
Laboratoire d'Analyses Biomédicales	10

Source: DNEHS et DNPL. 2011

Le sous secteur privé informel, composé de structures de santé non agréés et de vendeurs illicites de médicaments, se développe de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, on ignore tout des tarifs appliqués dans ce secteur et, surtout, de la qualité des services en particulier des produits pharmaceutiques.

I.3. Disponibilité et Accessibilité en produits de santé

Malgré les efforts fournis par l'État et ses partenaires, la disponibilité des médicaments essentiels est assez fréquemment et fortement contrariée par la rupture de médicaments au niveau des structures publiques de soins, notamment ceux visant les femmes en âge de procréer et les enfants. Des évaluations d'ampleur nationale au cours des années passées ont ainsi rapporté qu'il a manqué des molécules essentielles et les solutés pour traiter les maladies prioritaires telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques, les parasitoses, tant dans les centres de santé que dans les hôpitaux. A ceci, il faut ajouter la généralisation de la vente illicite de médicaments contrefaits.

La couverture géographique en points de prestations de services demeure nettement insuffisante, particulièrement dans les zones défavorisées dont 13 préfectures ne sont pas couvertes en pharmacie privée. Ainsi, l'intérieur du pays enregistre seulement 22,3% des pharmacies privées pour près de 82% de la population totale.

I.4. Financement de la Santé

Le financement et le fonctionnement du secteur public des soins dépendent assez largement des apports extérieurs. Les sources publiques contribuaient en 2001 à 8.5% de la dépense totale de santé. Selon la RDSS, un peu plus de la moitié de cet apport venait des ressources propres de l'État, 20% de l'aide extérieure incorporée au budget et 29% de l'aide extérieure hors budget. En 2003, la contribution du budget de l'État au financement du secteur public reste nettement en dessous de 50%. L'analyse rapide du contenu du budget attire l'attention sur le poids donné à la fonction d'administration par rapport aux services de production de soins.

La mobilisation des ressources issues des sources publiques connaît des difficultés qui entraînent des dysfonctionnements importants au niveau des formations publiques de soins. Le budget décaissé en 2004 est inférieur au budget 2000, lorsqu'on tient compte de l'inflation. Cette tendance à la détérioration s'est poursuivie en 2005. La contribution des payeurs collectifs "type assurance de santé" est très faible, en dépit d'un potentiel intéressant.

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources principales : l'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds.

- L'Etat finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, des charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées, une partie de la formation initiale et continue. Il intervient aussi dans certaines opérations d'investissement dans les centres de santé et les hôpitaux.
- Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une partie de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel et quelques fois la construction des infrastructures sanitaires.
- Les populations prennent en charge une partie des infrastructures sanitaires et une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins, notamment les médicaments.
- Les bailleurs de fonds financent essentiellement les travaux d'infrastructure et d'équipement, la formation initiale et continue, l'acquisition de moyens logistique et l'achat d'une partie des vaccins et des médicaments essentiels y compris les contraceptifs dans le cadre du PEV. Le financement extérieur est la source principale du financement des dépenses d'investissement dans le secteur de la santé. Très fréquemment, le FINEX représente plus de 80% du total des dépenses d'investissement. Les taux de réalisation budgétaire sont nettement plus élevés que dans le cas du BND.

I.5. Ressources humaines

Selon les résultats d'une étude sur la situation du personnel réalisée en 2008 en prélude à l'élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines et d'un plan de carrière, le Ministère de la Santé Publique emploie au total 6 821 personnes, réparties en personnel soignant (84,82%) et personnel de soutien (15,18%). De cette étude, il ressort que de 2001 à 2008, près de 25% de l'effectif seraient mis à la retraite. Ces départs concerneraient surtout les techniciens de santé publique (73%), les sages-femmes (52%), les techniciens de radiologie (50%), les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie. Ces catégories déjà en sous-effectif, surtout pour les sages-femmes, seront davantage plus rares dans un avenir proche si rien n'était fait pour corriger cette situation. Selon les informations disponibles actuellement, les mesures spécifiques prises en vue de redresser cette situation n'ont pas encore produit l'effet attendu. Cela explique en partie l'insuffisance numérique du personnel essentiel à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, notamment les sages-femmes, tant dans les services de santé que dans le marché de l'emploi.

Par ailleurs, de sérieux problèmes de gestion et d'importants déséquilibres, quantitatifs, qualitatifs et de distribution ont été identifiés (absence de plan de carrière, répartition spatiale inéquitable, conditions de travail et

de vie inadéquates, politique de motivation peu attrayante, etc...). Ainsi, en 2003, selon l'étude sur l'évaluation Des besoins en SOUB et SOUC en Guinée, 860 agents de santé toutes catégories confondues, évoluent dans les 21 structures SOUC existantes. Ces structures ne disposent que de 8,8% des sages femmes en activité dont 54% à Conakry, ce qui dénote un net déficit avec respectivement une sage femme pour 62 369 habitants et pour 18 403 femmes en âge de procréer. En outre on dénombre 90 médecins (Gynécologues et compétents) dont 38,8% à Conakry.

En somme l'affectation des ressources humaines souffre d'une inégalité en termes de répartition régionale qui pourrait compromettre le fonctionnement optimum des services de santé maternelle, néonatale et infantile, même avec tout l'équipement requis. Pour contrarier un tel pronostic des efforts ont été faits avec :

- le report de la mise à la retraite des sages femmes en fonction ou d'autres agents paramédicaux qui ont été formés aux techniques obstétricales ;
- le réengagement de sages femmes retraitées à l'aide de contrat de performance avec des comités villageois de santé des préfectures les plus pauvres avec de substantielles motivations financières ;
- le renforcement de la filière sage femme de l'Ecole Nationale de la Santé de Kindia ;
- le démarrage des études, de faisabilité et d'impact de la réouverture de l'Ecole Nationale des sages femmes à Conakry ;
- l'ouverture du CES de Gynécologie Obstétrique puis de pédiatrie à la Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie de Conakry, dont la première promotion a été affectée dans les hôpitaux préfectoraux et les Centres Médicaux communaux ;
- Le recrutement de nombreux agents de santé dans la fonction publique.

Tableau 3 : Répartition Générale des Professionnels par Corps et par Région

Corps Professionnels	Ckry	Bokÿ	Faranah	Kkan.	Kindia	Labÿ	Mamou	NZÿrÿ	Total
Médecin	1646	52	42	56	114	49	29	59	2047
Sages femmes	317	24	33	12	55	11	15	33	500
Aide de santÿ	1009	69	72	75	109	64	59	125	1982
Agents Techniques Santÿ	1457	286	413	456	470	432	248	532	4294
Dentiste	67	0	0	0	3	3	2	2	77
Technicien Odonto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien Radio	9	0	0	1	1	0	1	1	13
Biologiste	429	14	17	4	20	5	16	16	521
Technicien Santÿ Publique	11	2	5	1	5	2	5	12	159
Pharmacie	4	0	5	8	20	5	8	12	436
Préparateur Pharmacie	4	0	0	0	0	0	0	1	21
Technicien Labo	94	1	3	1	2	2	1	2	106
Sous total	5953	448	590	614	799	573	384	795	10156

Source : DRH, MSHP 2012

II. État de Santé des Femmes, des Enfants, des Adolescents/Jeunes et Interventions

Suite à l'atelier de Bingerville (Cote d'Ivoire) sur la Maternité Sans Risque en janvier 1995, l'UNICEF et le Ministère de la Santé Publique ont envisagé en 1997 de mettre en place un projet de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau du District sanitaire de Dabola. Ce projet dénommé SONU/MURIGA vise l'amélioration de l'accès des femmes aux soins obstétricaux essentiels et aux soins obstétricaux d'urgence de qualité avec le renforcement des services intégrés au niveau du District, la mobilisation sociale et la promotion des mutuelles de santé. Ainsi, l'expérience de Dabola a donné des résultats prometteurs et son extension a été

soutenue par des projets financés par la BM, la BAD, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS dans 24 préfectures en collaboration avec des ONGs internationales et nationales.

Malgré les efforts considérables du Gouvernement guinéen, des communautés et des partenaires au développement visant à réduire les morbidités et mortalité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles, les résultats escomptés sont nettement insuffisants comme le traduisent les indicateurs.

II.1. Mortalité Maternelle

Le ratio de mortalité maternelle très élevé, de 980 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDSG III 2005) interpelle tous : communautés, décideurs, acteurs et partenaires au développement. Le pourcentage d'accouchements assistés a évolué de 38,5% en 2005 (EDS III) à 46,1% en 2008 (MICS 2008). Sous le poids de nombreux facteurs, la majorité des accouchements se fait à domicile (environ 60 % des accouchements sont non assistés), avec le concours des accoucheuses villageoises formées et cela n'est pas sans interférence sur la "tragédie de mourir en donnant la vie".

II.1.1. Causes et facteurs favorisants

Les principales causes de la mortalité maternelle peuvent être classées en causes directes, causes sous-jacentes et causes profondes

II.1.1.a. Causes directes :

Selon l'évaluation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2003, les causes directes de mortalité sont essentiellement les complications obstétricales ci-dessous :

- les ruptures utérines (23 %) ;
- les éclampsies (19%) ;
- les infections puerpérales (16 %) ;
- les avortements compliqués (16%) ;
- les hémorragies et anémies ante et post-partum (15%) ;
- les dystocies (10%) et les grossesses extra utérines (1%) ;

II.1.1.b. Causes indirectes/sous-jacentes : ce sont entre autres:

- le paludisme
- la malnutrition de la femme avant ou pendant sa grossesse ;
- les carences en micronutriments ;
- la faible disponibilité des services pour le dépistage du VIH et de prise en charge globale des femmes enceintes;
- le faible pouvoir décisionnel des femmes,
- le revenu limité des familles ;
- la faible implication des hommes pour la résolution des problèmes de santé des femmes;
- la faible qualité et l'accessibilité limitée des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU);
- la sexualité et les mariages précoces ;
- les grossesses précoces, non désirées, tardives, trop rapprochées et trop nombreuses;
- la faible utilisation des services de PF et la prévalence contraceptive basse ;
- la mauvaise répartition du repas familial et les tabous alimentaires, au détriment de la femme;
- la charge de travail de la femme, surtout en milieu rural ;
- la persistance des comportements à risque y compris les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme comme l'excision et les violences basées sur le genre ;
- le faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement ;
- l'insuffisance d'informations sur la sexualité en particulier, avec l'absence de dialogue entre parents et enfants/adolescents sur ce sujet tabou ;

- L'insuffisance de mécanismes de solidarité en faveur de la santé maternelle ;
 - l'intégration insuffisante des services PF notamment dans les cliniques privées et centres socio-éducatifs
 - la faible capacité du système de distribution et d'information logistique des contraceptifs;
 - l'insuffisance et/ou vétusté des équipements médico-chirurgicaux, singulièrement dans les établissements de soins de référence recours ;
 - l'insuffisance d'intégration des fonctions SONUB (ventouses, évacuation utérine manuelle et oxytocin) dans les structures pour la prise en charge adéquate des soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB) ;
 - l'insuffisance d'intégration des fonctions (transfusion sanguine) SONUC dans les structures de référence ;
 - le faible partenariat entre le secteur privé et public.
- La forte mortalité maternelle et néonatale dans le pays est aussi la conséquence des trois retards à savoir :
- retard accusé au sein des ménages à prendre la décision de consulter les services de santé ;
 - retard accusé pour arriver à l'établissement de santé et
 - retard accusé pour recevoir un traitement adéquat dans un établissement de santé.

II.1.1.c. Causes profondes : les causes profondes de la mortalité maternelle sont :

- les faibles ressources de l'état allouées au secteur de la santé (3,5% contre 15% prévus par la déclaration des Chefs d'Etats à Abuja au Nigéria en 2001) ;
- l'enclavement des zones rurales ;
- l'insuffisance des moyens de communication ;
- la mauvaise gouvernance ;
- l'insuffisance de système d'assurance maladie/sécurité sociale ;
- l'insuffisance de personnel et de personnel féminin, surtout en zone rurale, avec une faible compétence à offrir des services de qualité ;
- les pesanteurs socioculturelles ;
- le bas niveau socio-économique, d'instruction et l'analphabétisme d'une grande partie de la population ;
- la répartition inéquitable des ressources humaines entre les régions ;

II.1.2. Interventions

La Guinée a adhéré à l'objectif de la santé pour tous, pour garantir à l'ensemble de la population l'accès équitable aux soins essentiels à un coût raisonnable. Ainsi, pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, en collaboration avec ses partenaires au développement et les communautés, a mis en œuvre sa Politique Nationale de Santé de la Reproduction à travers les programmes et projets de santé y afférents.

Dans ce cadre plusieurs interventions ont été réalisées notamment la mise en place et la dynamisation des mutuelles pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA), le renforcement des capacités d'intervention du Programme National Maternité sans Risques, l'application de la gratuité des soins obstétricaux (CPN, césarienne et accouchements), la distribution à base communautaire des contraceptifs, l'enseignement de la SR dans les Ecoles de Santé et à la Faculté de Médecine Pharmacie Odontostomatologie, la création de l'Institut de Perfectionnement du Personnel de Santé (IPPS), l'intégration des services SR/PF pour adolescents et jeunes dans 3 antennes de l'AGBEF et la mise en place des centres d'écoute, de conseil et d'orientation des jeunes (CECOJE).

Il faut noter également l'utilisation de nouvelles molécules en matière de Traitement Préventif par Intermittence (TPI), la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, l'extension des sites PTME dans le cadre de l'initiative d'Élimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH, la mise en place Des centres de nutrition thérapeutique (CNS, CNA, CNT), l'intégration effective des Soins Après Avortement (SAA) dans le PMA des Hôpitaux nationaux, régionaux et dans les CMC/hôpitaux préfectoraux et centres de santé, la création du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et de ses unités décentralisées (CRTS et UHTS) et le renforcement des capacités des prestataires.

En plus des interventions susmentionnées, l'élaboration d'une stratégie nationale IEC/CCC en SR et la promotion des activités IEC/CCC spécifiques aux hommes pour rompre avec les obstacles socio-comportementaux à l'utilisation des services de PF, le renforcement du marketing social en faveur des méthodes de longue durée, les recherches opérationnelles, l'introduction des standards de performance en SONU, en PF et en prévention des infections dans les structures sanitaires ont été soutenues par un cadre politique et législatif favorable à l'utilisation des produits contraceptifs.

Aussi, des efforts ont été fournis par le gouvernement avec l'aide des partenaires pour promouvoir l'abandon des Mutilations Génitales Féminines avec l'adoption des stratégies régionales et nationales en la matière. Ces efforts ont abouti à : (i) l'adoption des instruments de protection et de droit des femmes et de la petite fille ; (ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique de lutte contre les MGF ; (iii) la mise en place d'un projet de réduction de la médicalisation de la pratique de l'excision en Guinée en collaboration avec les partenaires au développement ; (iv) l'adoption de la déclaration de la jeunesse Africaine sur les pratiques traditionnelles néfastes ; (v) l'Organisation des séances publiques des dépôts de couteaux par les exciseuses.

Toutes ces actions mise en forme du gouvernement ont été fortement soutenues par les différents acteurs dont les partenaires au développement et les communautés bénéficiaires.

II.1.3. Problèmes

Nonobstant les efforts considérables du Gouvernement guinéen à travers ces interventions visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, au vu des taux d'utilisation des services, de leur accessibilité, du statut nutritionnel des femmes et des pratiques de prophylaxie et/ou de soins dans les familles, les résultats sont nettement peu appréciables. Cette situation a engendré des problèmes ci-dessous :

II.1.3.a. Insuffisance de suivi des grossesses et des accouchements assistés :

Le suivi de la grossesse et, surtout, l'assistance médicale à l'accouchement sont des facteurs essentiels de survie de la mère et du nouveau-né. Si le taux de consultations prénatales avec au moins une CPN a connu une nette progression en passant de 44% en 1992 à 71% en 2000, de 81 % en 2004 et atteindre **88 % en 2008** (MICS), le pourcentage de femmes enceintes ayant fait trois CPN au moins, dont une au neuvième mois, n'a pratiquement pas changé.

Le taux d'accouchements assistés par un personnel médical qualifié reste insuffisant avec 46,1 en 2008 (MICS), contre 38% en 2005 (EDS III). De même, le taux de césarienne qui est à 1,39% pour l'ensemble des accouchements attendus contre 5% retenu comme norme nationale en 2002, et de **2,6% en 2008** (MICS), est l'expression à la fois d'une faible qualité de prise en charge des accouchements notamment des soins obstétricaux d'urgence, mais aussi de la faible fonctionnalité du système de référence et de contre référence.

Globalement, la qualité de la prise en charge des grossesses et des accouchements assistés reste encore faible en Guinée et constitue un facteur susceptible de maintenir la mortalité maternelle à un niveau toujours élevé ceci par manque de développement de nouvelles stratégies porteuses de résultats.

II.1.3.b. Faibles disponibilité, accessibilité, utilisation et faible qualité des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence:

L'évaluation nationale des soins obstétricaux d'urgence réalisée en 2003 a mis en exergue des difficultés dans le fonctionnement des structures sanitaires et leur faible accessibilité géographique. Le pays ne dispose d'aucune structure sanitaire développant de façon permanente des soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB) répondant aux 7 fonctions recommandées par les Nations Unies ; les structures sanitaires SONUC sont inégalement réparties dans le pays et ne développent pas toutes les 9 fonctions.

Les niveaux de tous les autres indicateurs sont faibles: 46% d'accouchements assistés pour un minimum acceptable de 85% ; 21% de complications prises en charge pour un minimum acceptable de 100% ; 0,8% de césariennes pour un minimum acceptable de 5% ; 7% de létalité pour un minimum acceptable de 1%.

Les résultats de l'évaluation ont également permis de mettre en évidence : l'insuffisance en ressources humaines tant en quantité qu'en qualité ; la répartition inégale des ressources humaines entre les régions ;

L'insuffisance des équipements médico-chirurgicaux, singulièrement dans les établissements de soins de référence recours ; le manque notoire d'équipements de réanimation du nouveau-né dans toutes les structures enquêtées; la faible disponibilité de médicaments, outils de gestion, consommables, réactifs de laboratoire et produits sanguins.

Les résultats de cette évaluation des besoins en SONUB et SONUC ont servi de base à l'élaboration de l'APNDS ainsi qu'à l'identification des structures nécessitant une extension de ces services (SONUC et SONUB).

II.1.3.c. Grossesses précoces, non désirées, trop rapprochées et trop nombreuses:

Les femmes guinéennes font leur première naissance à un âge précoce : 7% des femmes ont eu leur premier enfant avant l'âge de 15 ans, 28% avant 18 ans et 32% avant 20 ans d'âge.

Elles sont très fécondes avec un taux de natalité de 36,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 5,7 enfants par femme en âge de procréer.

L'espace inter-génésique est réduit, en particulier chez les jeunes femmes (29,3 mois chez les moins de 19 ans représentant 32% des femmes ayant déjà leur premier enfant). Ce sont là des situations inquiétantes à améliorer rapidement, car il est communément admis que plus l'intervalle inter génésique est court, plus les risques de décès sont élevés (par hémorragie de la délivrance suite à une atonie utérine, anémie, avortement à risque, mort in utéro, rupture prématurée des membranes, retard de croissance intra -utérin) et davantage chez les jeunes femmes et/ou adolescentes.

L'ampleur des complications de l'avortement provoqué sur terrain des grossesses non-désirées n'est pas bien connue. La plupart des avortements provoqués et dangereux, se font clandestinement dans le pays comme dans la grande majorité des pays de la sous région, y compris ceux dans lesquels l'interruption volontaire de grossesse est légalisée.

Suivant quelques études hospitalières les avortements compliqués seraient responsables de 17% à 27% des décès maternels. Une étude d'envergure nationale devrait contribuer à déterminer l'ampleur des avortements à risques dans la mortalité maternelle.

II.1.3.d. Faible Utilisation des Services de PF et Prévalence Contraceptive Basse :

Bien que les services de PF aient été intégrés dans les établissements de soins y compris dans tous les Centres de Santé, la prévalence contraceptive n'est que de 9% pour toutes les méthodes et de 6% seulement pour les méthodes modernes. Certes la prévalence contraceptive a progressivement augmenté ces 14 dernières années (1% en 1992, 4% en 1999 et 6% en 2005).Cependant, 21% des femmes en âge de procréer (dont 13% pour espacer et 8% pour limiter les naissances) ont exprimé des besoins non satisfaits de PF.

Cette faible prévalence contraceptive est sans doute liée à de nombreux facteurs dont, entre autres, une insuffisance de personnel surtout en zone rurale avec une faible compétence à offrir des services de PF de qualité, une intégration sans nul doute insuffisante des services PF notamment dans les cliniques privées et centres socio éducatifs, une faible capacité du système de distribution et d'information logistique des contraceptifs et aux pesanteurs socioculturelles.

Parmi les femmes et les hommes en union, 22% des femmes et 7% des hommes ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Parmi les femmes qui désireraient un autre enfant, 45% souhaiteraient espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans. D'autre part, bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives, peu de femmes les utilisent. D'où l'intérêt de renforcer les interventions, d'autant que des évaluations ont montré que si les couples utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 30%. Ce qui contribuerait à réduire de 20 à 30% les décès maternels et de 12 à 20% la mortalité infantile.

L'opérationnalisation du plan stratégique de Repositionnement de la PF contribuera sans aucun doute à infléchir la tendance.

II.1.3.e. Malnutrition de la femme avant et/ou pendant sa grossesse :

Les résultats de l'EDSGIII 2005 indiquent un fort taux de malnutrition de 13% des femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans avec un indice de masse corporelle (IMC) en dessous du seuil critique de 18,5.

Sur le plan national, 64% des gestantes sont anémiées et 53% des femmes âgées de 15 à 49 ans dû la plupart du temps à une carence en fer ; 18% des femmes enceintes ont souffert de cécité nocturne pendant leur grossesse témoignant d'une carence en vitamine A.

La charge de travail de la femme, surtout en milieu rural, la mauvaise répartition du repas familial et les tabous alimentaires, au détriment de la femme, contribuent à altérer l'état nutritionnel des femmes, en particulier durant la gestation et le post-partum.

II.1.3.f. Persistance des comportements à risque y compris les pratiques traditionnelles néfastes à la santé :

Ces comportements se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement, le maintien de relations sexuelles non protégées. Les comportements adoptés par les populations, peu favorables à la santé, sont dus en partie au bas niveau socio-économique, d'instruction et d'analphabétisme d'une partie de la population et à la persistance de certaines habitudes traditionnelles; à l'insuffisance d'informations sur la sexualité, avec en particulier l'absence de dialogue entre parents et enfants/adolescents sur ce sujet tabou au sein des familles et, en conséquence, sur le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA.

Le SIDA touche de plus en plus la tranche d'âge des 20 à 39 ans ainsi que les femmes avec une prévalence globale de 1.5 % chez les adultes (0.9% chez les hommes et 1.9% chez les femmes).

Certaines coutumes comme l'excision, les mariages et les relations sexuelles précoces ainsi que l'automédication, favorisée par la vente illicite de médicaments, constituent des facteurs qui affectent la santé de la population dont celle de la mère et du Nouveau Né.

Il s'impose que l'adoption de conventions et lois soit suivie de leur application et aille de pair avec l'éducation de la communauté qui doit modifier ses attitudes vis-à-vis de ces pratiques, ainsi que l'élimination des violences sexuelles basées sur le genre.

D'autre part, l'urbanisation rapide, le taux élevé de chômage, le manque de pouvoir de décision des femmes et les bouleversements sociaux affectent tout particulièrement les adolescents, les jeunes et les femmes et les rendent plus vulnérables.

II.2. Mortalité des enfants de moins de 5 ans

Les statistiques font état d'une baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre les deux EDS réalisées en 1992 et 1999 de 229 pour mille naissances vivantes à 177‰. Cependant, ce taux a stagné avec une estimation à 163 dans l'EDS 2005 ce qui rend plus difficile, mais pas impossible, la perspective de l'atteinte de l'OMD 4 d'ici 2015 avec un objectif de 80‰. Le taux de mortalité néonatale est de 39 p. 1000 naissances vivantes et celui infantile est de 91 pour mille naissances vivantes. (EDS 2005)

Le risque pour un enfant de mourir durant le premier mois de naissance, avant son premier ou son cinquième anniversaire, est fortement lié, en Guinée à la situation géographique de son lieu de naissance. Par ailleurs, il n'existe qu'une seule structure de référence pour la prise en charge des nouveau-nés dans tout le pays, localisée à Conakry INSE.

II.2.1. Causes

Les principales causes de mortalité néo-natale et infanto-juvénile en Guinée peuvent être classées en causes immédiates, causes sous-jacentes et causes profondes.

2.1. a. Causes immédiates :

Les causes immédiates de la mortalité infanto-juvénile sont par ordre d'importance : le paludisme (31%), les causes néonatales (28%), les pneumonies ou infections respiratoires aiguës (20%), les maladies diarrhéiques (17%), le SIDA et la rougeole (2% chacun). Les causes néonatales se répartissent sur les infections sévères (31%), les détresses respiratoires (23%), la prématurité (20%), le tétanos néonatal (11%), les malformations (5%), les diarrhées (3%) et les causes diverses (7%). En outre, le faible poids à la naissance et la malnutrition font également partie des principaux facteurs de risques et sont associés à 50% des décès de cette cible.

La majorité de ces causes directes sont facilement évitables et peuvent être ciblées comme priorités pour des interventions spécifiques comme les stratégies PCIMNE, SASDE et AEN.

2.1. b. Causes sous-jacentes :

Les causes sous-jacentes de la mortalité néo-natale demeurent la malnutrition et le paludisme des mères (responsable, entre autres, de petit poids de l'enfant à la naissance), les grossesses rapprochées, les grossesses précoces et tardives, la multiparité, l'insuffisance de suivi prénatal, le manque d'assistance médicale à l'accouchement et l'absence de suivi post-natal ainsi que la faible qualité et accessibilité aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence, le manque notoire d'équipements de réanimation du nouveau-né dans les structures enquêtées du pays.

Les causes sous-jacentes de la mortalité infanto-juvénile restent liées aux carences en micronutriments et à la mauvaise pratique de l'allaitement maternel exclusif et de l'alimentation de complément, à l'insécurité alimentaire, aux difficultés d'accès à l'eau potable, aux soins aussi bien préventifs que curatifs et aux comportements et pratiques inadéquats des familles et des communautés, mais aussi à la faible qualité de la prise en charge des cas dans les structures de santé.

En effet, l'insuffisance de compétence et la motivation limitée du personnel, couplées au faible niveau de ressources pour les centres de santé expliquent l'inefficacité du système, avec entre autres, la non prise en compte du volet néonatal, l'application inadéquate des normes et procédures et la mauvaise utilisation des ressources générées ou allouées aux structures de santé.

2.1. c. Causes profondes :

Au titre des causes profondes contribuant à la mortalité néonatale et des enfants de moins de cinq ans sont :

- L'insalubrité de l'habitat et de l'environnement ;
- l'analphabétisme des mères, l'extrême pauvreté des ménages et ;
- la mauvaise gestion des ressources.

II.2.2. Interventions

Dans le souci d'améliorer le niveau des indicateurs et de pérenniser les acquis, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a formulé des politiques et des programmes et entrepris une série d'interventions en faveur des enfants de moins de 5ans dans les formations sanitaires et dans les communautés. Il s'agit notamment de:

- Politique de lutte contre les carences nutritionnelles et de promotion de bonnes pratiques alimentaires chez le jeune enfant
- Programme élargi de vaccination, soins de santé primaires et médicaments essentiels PEV/SSP/ME ;
- Programme de Prise en Charge Intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau né qui prend en compte la lutte contre les infections respiratoires aiguës et la lutte contre les maladies diarrhéiques ;
- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Programme de lutte contre les IST-VIH/SIDA avec les stratégies de prévention de la transmission Mère /Enfant (PTME)
- Organisation des journées nationales de vaccination ;
- Distribution de la vitamine A, du mébendazole, des moustiquaires imprégnées, du Zinc avec le SRO à faible osmolarité.

II.2.3. Problèmes

La mise en œuvre de ces programmes a permis de réaliser des progrès remarquables. Ainsi, la couverture vaccinale a été améliorée et est passée de 5% en 1987 à une couverture cumulée de 90% en Penta3 et 71% VAT2 en 2010 (rapport conjoint PEV, UNICEF et OMS). De 2005 à 2011, le pays a enregistré 45 cas de poliovirus sauvage et en 2011 le pays a enregistré 128 cas suspects de fièvre jaune, 0 confirmé.

La rougeole est sous contrôle, le nombre de cas rapportés est passé de 11.412 en 2000 à 187 cas suspects dont 9 cas positifs confirmés en 2011.

Le nombre de cas rapportés de tétanos néonatal diminue continuellement de 132 en 2004 à 60 cas notifiés en 2011.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, six ménages sur dix contre 16,7% en 2008 dans le pays possèdent au moins une moustiquaire ; la proportion de femmes enceinte ayant dormi sous MILDA est passée de 24,7% en 2008 à 46,8% en 2010; Six enfants de moins de 5ans sur dix (60,4%) ont dormi sous MILDA contre 10,7% en 2008 (Enquête de couverture pour les interventions de lutte contre le paludisme, 2010) Sur le plan de la couverture en traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes (TPI) la proportion des mères ayant pris deux dose ou plus de Sulfadoxine Pyrimétamine lors de leur dernière grossesse est de 46,7% en 2010 contre 39,1% en 2008 (ECILPG).

Cependant, l'insuffisance de compétence et la motivation limitée du personnel, couplées au faible niveau de ressources pour les structures sanitaires expliquent l'inefficacité du système, avec entre autres, la non prise en compte du volet néonatal, l'application inadéquate des normes et procédures et la mauvaise utilisation des ressources générées ou allouées aux structures de santé.

L'accès aux soins pour les enfants de moins de cinq ans demeure insuffisant avec seulement 28% traités contre le paludisme en cas de fièvre et 35% traités par un prestataire de santé en cas d'IRA. Quant aux enfants présentant la diarrhée, 33% ont reçus du SRO et 57% une forme ou l'autre d'une thérapie de réhydratation orale, le plus souvent à domicile. Au total, selon les chiffres de 7 préfectures en 2007, le ratio de premier contact lors des consultations primaires curatives par enfant de moins de cinq ans et par an dans les structures de soins publiques est de 0,37 contre une norme de 2 par an minimum (MICS 2008).

Par ailleurs, seulement 9% des femmes enceintes et leurs nouveaux nés ont accès aux services de prévention de la transmission mère enfants en cas de séropositivité de la mère en 2007.

Au plan nutritionnel, il a été établi une augmentation progressive des taux de malnutrition chez les enfants :

- La malnutrition aiguë ou émaciation en baisse dans les années 90, a de nouveau augmenté ces dernières années : 11 % des enfants de moins de 5 ans en 1992, contre 9% en 1999 et 9,4% en 2005 ; 8% en 2008 (MICS) avec des taux de plus de 10% dans quatre régions sur huit du pays.
- Le retard de croissance ou malnutrition chronique concernait un enfant de moins de 5 ans sur trois (33%) en 1992, 26% en 1999, 34,8 % en 2005 (EDS I, II, III) ; 36,2% en 2008 (MICS). Les enfants vivant en milieu rural sont nettement plus touchés par le retard de croissance (43,4%) que ceux vivant en milieu urbain (près de 31,1%) MICS 2008.
- Quant à la prévalence d'enfants présentant une insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, elle a légèrement augmenté entre 1999 et 2005, passant de 23 % (EDS 1999) à 25,8 % (EDS 2005) ; 26,1% en 2008 (MICS).
- Seulement 27% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein (EDS III) ; 48% en 2008 (MICS).
- 39,2% des enfants de 6 à 9 mois ne reçoivent pas encore les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate (MICS 2008).

Les pratiques de l'alimentation du jeune enfant expliquent en grande partie ces taux. En effet, seulement 34,9% des nourrissons sont allaités dans l'heure suivant la naissance et 41,8% le jour suivant la naissance. 52% des enfants de 6 à 7 mois reçoivent les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate.

De plus les carences en micronutriments ont un impact considérable sur la morbidité et la mortalité des enfants. La carence en vitamine A affecterait au moins 35% des enfants de moins de 5 ans et des couvertures rapportées de la supplémentation en Vitamine A de plus de 90% deux fois par an depuis plusieurs années pour les enfants de 6 à

59 mois devraient améliorer cet état. La prévalence du goitre est élevée et est estimée à 26,7% en 2003 avec 63% Des ménages utilisant le sel iodé. 76% des enfants de 6 à 59 mois sont anémiés surtout du à la carence en fer (EDS 2005). Le déparasitage systématique des enfants de un à cinq ans deux fois par an, introduit en 2006, à une couverture rapportée de 90% et devrait contribuer à une amélioration de la situation.

L'impact considérable des carences en micronutriments sur la morbidité et la mortalité des enfants n'est plus à démontrer. Or, selon les statistiques disponibles, la carence en vitamine A affecterait au moins 35% des enfants de moins de 5 ans. De plus, ces carences nutritionnelles ont de graves répercussions sur le développement intellectuel des enfants, sur leur capacité d'apprentissage et affecte le progrès de l'éducation primaire. Les pertes économiques dues à la malnutrition d'ici l'an 2010 sont évaluées à plus de 627 millions de dollars (Profile 2000).

Les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de l'enfant sont des facteurs déterminants de la malnutrition favorisant la mortalité néonatale et infanto juvénile tels que :

- la mise au sein tardive empêchant le nouveau-né de bénéficier du colostrum qui constitue son premier vaccin ;
- donner à boire de l'eau dès les premières semaines de la vie ;
- les tabous alimentaires (refus de donner les aliments riches en protéine comme les œufs, la viande et le poisson) ;
- l'introduction précoce et ou tardive de l'alimentation de complément, mal adaptée aux besoins nutritionnels de l'enfant.

II. 3. Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes

Les jeunes sont exposés à des maladies de plusieurs ordres, ainsi qu'à des problèmes psychologiques et aux accidents volontaires et involontaires.

Les adolescents et les jeunes ont des défis à relever qui sont des conséquences des problèmes de santé dans leur groupe cible. Leur immaturité physique, psychologique, leur dépendance économique, ainsi que l'environnement dans lequel ils vivent font d'eux des personnes très vulnérables et à risques.

La santé des adolescents et des jeunes s'est dégradée de façon singulière ces dernières années et est menacée par des phénomènes croissants qui sont, entre autres, la sexualité précoce, les mariages et grossesses précoces, l'exposition aux IST/VIH/SIDA, les mutilations génitales féminines (MGF), la consommation abusive de substances psycho actives telles que la drogue, le tabac et l'alcool. De plus, les abandons d'enfants, les avortements provoqués, les abandons scolaires, les accidents de circulation, le viol, la violence en milieu scolaire, insuffisance d'éducation sexuelle et la fuite devant la parenté responsable représentent des dangers réels.

3.1. Le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles :

Les adolescents et les jeunes sont enclins à développer des IST en raison de :

- ✓ la méconnaissance du fonctionnement de leur organisme,
- ✓ de l'insuffisance d'informations,
- ✓ de la faible qualité des services offerts,
- ✓ de leur dépendance économique,
- ✓ de leurs comportements qui sont souvent à risques à savoir les rapports sexuels non protégés, la consommation de drogue, tabac et d'alcool ainsi que la multiplicité des partenaires pour ne citer que ceux-là.

Tableau 4: Connaissance du VIH/SIDA par sexe

Connaissance selon le sexe				
Groupe d'âge	Femmes		Hommes	
	Ont entendu parler du VIH/SIDA	Pensent qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/SIDA	Ont entendu parler du VIH/SIDA	Pensent qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/SIDA
10-14	Nd	Nd	Nd	Nd
15-19	95,9	71,6	96,1	72,9
20-24	98,3	73,7	99,4	84,5

Source: EDSG III 2005

Tableau 5: Prévalence du VIH/SIDA par sexe

Prévalence du VIH/SIDA			
Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Ensemble
10-14	ND	ND	ND
15-19	1,0	0,5	0,8
20-24	1,4	0,7	1,1

Source: EDSG III 2005/ Prévalence nationale :96%

En Guinée, la sexualité des adolescents est précoce, l'âge médian au premier rapport se situe à 16 ans (EDSII 99). La fécondité élevée des adolescentes est une situation préoccupante. Selon L'EDS I 92, 10% des filles étaient déjà fécondes à 17 ans. En 1999, 10 % des filles le sont à 15 ans. Mieux, l'EDSIII 2005 montre que les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 14 % à la fécondité globale.

3.2. Grossesses précoces et avortements provoqués :

La survenue de grossesses précoces (avant 19 ans) est un phénomène fréquent dans notre pays. Selon les EDS 1992 et 1999, (26 %) des filles âgées de 15 à 19 ans ont déjà été enceintes et 38 % des filles sont mariées avant l'âge de 20 ans. Les avortements clandestins (15 % des filles) sont courants dans leur milieu en raison de la pauvreté, de la nuptialité précoce, de la survivance de certaines pesanteurs socio culturelles et du fait que l'avortement provoqué n'est pas une pratique légalisée en République de Guinée.

Le niveau de connaissances des méthodes contraceptives est très bas. Les méthodes de contraception sont utilisées à un taux très faible, la prévalence contraceptive est de 8,8 % (toutes les méthodes confondues) chez les adolescents de 15 à 19 ans et 10,7 % chez les jeunes de 20 à 24 ans. Les adolescents de 15 - 19 ans contribuent à 14% de la fécondité globale. La fécondité est plus élevée en zone rurale (6,3) qu'en zone urbaine (4,4).

Tableau 6 : Taux de fécondité par milieu de résidence

Taux de fécondité en %0				
	Conakry	Urbain	Rural	Ensemble
10-14	ND	ND	ND	ND
15-19	108	104	188	155
20-24	150	171	277	240

Source: EDSG III 2005

Tableau 7 : Taux d'utilisation du condom en %

Utilisation du condom			
Groupe d'âge de la femme	Utilise un condom avec époux ou partenaire cohabitant durant le dernier rapport sexuel	Utilise un condom avec époux ou partenaire non-cohabitant durant le dernier rapport sexuel	Utilise un condom avec n'importe quel partenaire durant le dernier rapport sexuel
10-14	ND	ND	ND
15-19	1,5	24,8	12,5
20-24	1,5	30,4	8,5

Source: EDSG III 2005

3.3. Pratiques néfastes ou à risques :

3.3.1. Mariages précoces

Bien que le mariage ne soit pas le cadre exclusif des rapports sexuels, il constitue cependant le cadre privilégié de la procréation. Les normes qui le régissent varient, toute fois d'une population, voire d'un groupe à l'autre.

Les femmes guinéennes se marient très jeunes, selon EDS II, 37,9 % des femmes de 15 à 19 ans sont mariées contre 1,5% des hommes du même âge. 20,2% des femmes sont à leur première union à l'âge de 15 ans.

3.3.2. Mutilations génitales féminines :

Selon les résultats de l'EDS III, 2005, la pratique de l'excision est presque universelle, quelque soit la caractéristique sociodémographique. Néanmoins, on note une tendance vers la baisse de la pratique de l'excision. La proportion d'excisée est plus faible chez les femmes de moins de 20 ans.

Tableau 8: Répartition des femmes selon la pratique de l'excision

Groupe d'âge de la femme	Connaissent l'excision	Sont excisées
10-14	ND	ND
15-19	99,9	89,3
20-24	99,9	94,6

Source : EDSG III 2005.

3.3.3. Toxicomanie:

Dans le monde, les troubles mentaux graves représentent actuellement 1 à 5% des problèmes de santé mentale et en Afrique, 12,5% des affections globales.

La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes.

Face à cette réalité, le secteur de la santé mentale doit mériter davantage d'attention pour occuper la place qui est la sienne dans le cadre de la santé en général.

3.3.4. Tabagisme et alcoolisme:

L'enquête sur le tabagisme en milieu scolaire (avril 2001) prouve que 17% des effectifs consomment le tabac alors qu'à l'échelle nationale, 57% de la population sont des fumeurs. Parmi les jeunes non scolarisés de la capitale, le pourcentage de fumeurs serait plus élevé. En milieu scolaire, sur les 17% de fumeurs, 15% se recrutent dans le public et 2% environ dans le privé. Parmi eux on compte 3% de jeunes filles. Il faut noter que dans la population globale, on compte 8% de femmes qui fument.

Malgré la méconnaissance du pourcentage concernant l'utilisation de l'alcool par les adolescents et les jeunes, il a été constaté que ces pratiques sont très courantes au niveau de cette couche.

3.4. PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

3.4.1. Les facteurs endogènes

L'adolescence considérée comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte comprend beaucoup de mutations tant physique, psychologique que comportementale, qui ne sont pas faciles à gérer aussi bien par l'adolescent lui-même que par ses parents.

3.4.2. Les facteurs liés à l'environnement (Facteurs exogènes)

a) L'environnement physique

Les conditions d'habitat sont globalement précaires : promiscuité, l'insuffisance de dispositifs d'assainissement de base (latrines hygiénique, lavoir puisard), accès réduit à l'eau potable et à l'électricité... Cette situation concourt à la détérioration de l'état de santé des populations en général et celle des adolescents et des jeunes en particulier.

b) L'environnement social, économique et culturel

La majorité des adolescents et des jeunes sont sans emploi et sous la dépendance économique des parents qui, eux-mêmes, connaissent d'énormes difficultés matérielles et financières. Cette situation des adolescents et des jeunes les amène à adopter des comportements non favorables à leur vie à savoir : consommation d'alcool, de drogue, de tabac, recours à la prostitution entraînant les grossesses non désirées, les avortements clandestins, la stigmatisation, la discrimination, les conflits entre parents et les IST/VIH/SIDA.

3.4.3. Les facteurs liés aux habitudes de vie

Le jeune aime imiter les adultes ou ses pairs dans les comportements qui sont parfois très dangereux pour sa santé.

3.4.4. Les facteurs liés à l'offre de soins en direction des adolescents et des jeunes

Il existe dans notre pays très peu de services spécifiques pour les jeunes, la plupart de leurs problèmes de santé sont pris en charge par les structures classiques existantes.

Les compétences généralistes du personnel de santé et la nature de l'organisation des services ne favorisent pas leur utilisation par les jeunes souvent complexés pour exposer leurs problèmes.

Les services de santé scolaires et universitaires qui existent sont, dans la majorité des cas, non fonctionnels à cause de l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières.

3.5. ETAT DE SANTE DES ADO-JEUNES

Les comportements à risque perdurent avec l'augmentation de l'exposition aux risques de plus en plus élevés de contracter les IST/VIH/SIDA. Il peut s'agir de :

- Pratique peu courante de la planification familiale chez les adolescents et les jeunes avec une prévalence contraceptive de 3% chez les adolescentes de 15 à 19 ans et de 6% chez les jeunes de 20 à 24 ans ;
- Taux d'utilisation des préservatifs très bas ;
- Méconnaissance et faible disponibilité du préservatif féminin (fémidon)
- Nombre élevé de grossesses non désirées.

II.3.1. INTERVENTIONS EN FAVEUR DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

La Guinée a ratifié plusieurs instruments internationaux et régionaux prenant en compte les préoccupations des adolescents et des jeunes bien que leur intégration dans les lois nationales et leur application connaissent des difficultés.

Ce sont entre autres:

- la convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée en avril 1990;
- la convention N°182 de l'OIT concernant l'interdiction des pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination, ratifiée en décembre 2001;

- la convention N° 138 du BIT sur l'âge minimum à l'emploi, ratifiée en décembre 2001 ;
- la convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, ratifiée en décembre 2001 ;
- la charte africaine de la jeunesse en 2009.

La prise en compte des orientations de ces conventions a permis au pays de développer des interventions en faveur de jeunes et adolescents afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

Ces interventions sont entres autres :

- L'élaboration de documents de politiques et de stratégies (Politique nationale de la jeunesse, Plan Stratégique en Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes, Programme de compétence de vie saine) ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques des services de santé (équipement des centres de santé, formation des prestataires à la prise en charge des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents(es) et des jeunes) ;
- La mise en place des services conviviaux dans les structures de santé ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques des pairs éducateurs, des centres d'écoute de conseils et d'orientation pour jeunes (CECOJE) et des ONG ;
- Le développement des activités en CCC/SR y compris le VIH/SIDA, counseling et animations de proximité spécifiques en direction des adolescents et des jeunes ;
- La mise à disposition des produits SR sécurisés au niveau des structures de santé.

II.4. Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction

Depuis 2004, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a initié un plan stratégique pour la sécurisation des produits SR.

L'analyse situationnelle de la sécurité des approvisionnements en produits SR réalisée en juin 2006 a identifié les forces et les faiblesses en rapport avec l'environnement socio politique et juridique, la coordination des interventions, l'engagement des parties prenantes, le Financement des produits SR, les besoins en Produits et leur qualité, la Demande et l'Utilisation des services par les clients, les Capacités du système logistique des produits et le Suivi Evaluation de tout le mécanisme.

Suite à cette évaluation , un plan stratégique national de sécurisation des produits de la santé de la reproduction a été élaboré et a permis de proposer des interventions pour garantir à chaque personne la possibilité de choisir, d'obtenir et d'utiliser les produits de santé de la reproduction de qualité , à un coût abordable, chaque fois qu'elle en a besoin.

II.5.Constats

5.1. Forces

En plus de l'engagement politique manifeste, le cadre législatif favorable, les atouts les plus importants sont :

- L'existence de documents de politique et de réglementation favorables à la sécurisation des produits SR ;
- La gratuité des Soins Obstétricaux ;
- L'existence de structures et d'instances de coordination au niveau central, régional et préfectoral ;
- L'existence à petite échelle de MURIGA et autres mutuelles de santé ;
- La signature de la convention entre l'Etat et la PCG en matière de sécurisation des produits de santé ;
- L'implication de la société civile dans la sensibilisation en SR ;
- La signature de l'Initiative d'Indépendance Vaccinale en février 2007.

5.2. Faiblesses

L'évaluation a ressorti plusieurs faiblesses qui sont entres autres :

- une faible capacité du système de logistique des produits,
- un financement principalement à la charge des partenaires,
- un secteur privé peu impliqué dans la sécurisation des produits SR et
- une insuffisance des mécanismes de coordination et de suivi évaluation en SR.

II.6. Problèmes prioritaires et goulots d'étranglement

De l'analyse du contexte national en matière de santé il se dégage que, malgré les progrès accomplis ces dernières années en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, des défis et des problèmes demeurent ; et expliqueraient en partie la stagnation voire la dégradation de certains indicateurs.

La situation démographique croissante et l'émergence de certaines maladies ,le faible financement du secteur de la santé, les conflits socio politiques , l'insuffisance du personnel en quantité et en qualité, la mauvaise qualité de prestations de service, la mauvaise gouvernance , la faible implication du secteur privé, des communautés et des autres secteurs ainsi que la pauvreté croissante, en particulier parmi les femmes, constituent de nos jours des obstacles majeurs limitant l'accès aux services de santé .

Ces problèmes sont de véritables goulots d'étranglement qui limitent l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement par le pays.

II.7 Défis

- Insuffisance des ressources financières allouées par l'état au secteur de la santé en général et plus particulièrement à la santé de la mère et de l'enfant ;
- Faible utilisation des services de santé en particulier pour les accouchements, les complications obstétricales et les soins curatifs infanto juvéniles;
- Faible appropriation des communautés des activités de santé maternelle et infantile ;
- Faible habilitation des familles et singulièrement des mères pour adopter des pratiques favorables à la santé des mères, des nouveaux nés et des enfants ;
- Pauvreté croissante des familles entraînant la faible utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- Insuffisance d'application des lois et règlements en vigueur relatifs à la santé de la reproduction et à la nutrition ;
- Persistance de pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant ;
- Insuffisance des mécanismes de solidarité (mutuelles de santé, MURIGA, assurances maladies, etc.) pour la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction ;
- Faible implication des hommes limitant l'utilisation des services de SR par eux-mêmes et par les membres de leur famille.

III. La Feuille de Route Nationale Pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile

La Feuille de Route Nationale pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile est un document stratégique de plaidoyer concerté entre le Gouvernement Guinéen et les Partenaires techniques et financiers pour mobiliser les ressources, coordonner, suivre et évaluer les interventions en faveur de la mère, du nouveau né et de l'enfant dans le but de l'atteinte des OMD.

Le couple "Mère/Enfant" est inséparable, il constitue une priorité et permet aux acteurs de focaliser leur attention sur la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. L'assistance aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ainsi qu'aux enfants de moins de cinq ans par un personnel qualifié

demeure une nécessité incontournable dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles.

III.1. But et cibles de la Feuille de Route Nationale

La feuille de route nationale a pour but d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5).

Objectifs du Développement de la Déclaration du Millénaire pour la Guinée

But 4 : Réduire la mortalité infantile

Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateur 14: Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour le ramener au-dessous de 121 en 2010 et à 80 pour 1000 naissances vivantes en 2015

La cible nationale est de réduire le taux de mortalité des enfants de moins d'un an pour le ramener au-dessous de 70 en 2010 et à 50 pour 1000 naissances vivantes en 2015

But 5 : Améliorer la santé maternelle

Cible 6: Réduire de trois quarts entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle.

Indicateur 17: Au moins 50 pour cent de tous les accouchements devront se faire en présence d'un personnel de santé qualifié en 2010, en 2015 ce pourcentage devra être au moins 60 pour cent.

La cible nationale est de réduire la mortalité maternelle de 980 à 580 pour 100 mille naissances vivantes d'ici 2015.

III.2. Objectifs généraux

1. Réduire le taux de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 163 (EDSIII 2005) à 80 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015:
 - Réduire le taux de la mortalité des enfants de moins d'un an de 91 (EDSIII 2005) à 50 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015.
 - Réduire le taux de mortalité néonatale de 39 pour 1000 (EDSIII 2005) à 25 pour 1000 d'ici 2015
2. Réduire la mortalité maternelle de 980 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 à 580 d'ici 2015.

III.3. Objectifs Stratégiques

1. Augmenter la disponibilité et l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de santé maternelle et néonatale de qualité y compris la planification familiale, la PTME et la nutrition ;
2. Augmenter la disponibilité et l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de santé infantile de qualité y compris la nutrition en particulier au niveau des centres de santé, des postes de santé et communautaire ;
3. Développer et renforcer des activités de santé maternelle, infantile et de nutrition au niveau des structures de santé et communautaire;

4. Développer des services de santé préventifs, curatifs et promotionnels adaptés aux adolescents(es) et aux jeunes ;
5. Renforcer les capacités des niveaux: central, intermédiaire et périphérique pour la mise en œuvre de la Feuille de Route;
6. Promouvoir des pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la santé maternelle, néonatale et infantile et pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes;
7. Améliorer la disponibilité et l'utilisation des produits de santé de la reproduction, y compris les vaccins et le matériel de vaccination.

III.4. Principes Directeurs

Notre vision est une société dans laquelle tous les guinéens sont en bonne santé. Ce qui implique (i) l'accès universel aux soins de qualité sans barrière géographique, économique et socioculturelle sur la base d'une complémentarité des secteurs public, privé, associatif et communautaire ; (ii) une plus grande responsabilisation communautaire pour une meilleure implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ; (iii) un personnel de santé compétent, motivé et mieux reparti pour des prestations de services de qualité ; (iv) une meilleure sécurisation de la disponibilité des produits pharmaceutiques essentiels et accessibles à la majorité de la population; (v) un système de financement alternatif qui permet de développer la solidarité entre les membres d'une même communauté; (vi) un cadre de travail stimulant la créativité ; (vii) un système d'information, de suivi et d'évaluation performant ; (viii) un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et des usagers et appuyé par une collaboration étroite de tous.

Les principes qui sous-tendent cette vision dans laquelle s'inscrit la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité, maternelle, néonatale et infanto juvénile en vue de l'atteinte des OMD 4 et 5 sont les suivants:

- **La consolidation des acquis:** les acquis les plus importants du secteur depuis 1985, sont en rapport avec les soins de santé primaires, la réforme hospitalière et la politique pharmaceutique. Les actions entreprises dans ce cadre ont permis l'amélioration de la couverture sanitaire, la diversification des soins au niveau des structures, l'intégration des activités préventives, curatives et promotionnelles au niveau des services de santé de base, et la promotion des médicaments essentiels génériques. Ces stratégies seront renforcées au cours de la mise en œuvre de la présente feuille de route.
- **L'accès universel aux soins et aux services pour tous:** Ce principe conduira à la réorganisation des services de soins et à faire en sorte que les nouveaux investissements en tiennent compte en vue d'une répartition équitable des ressources (structures de soins, ressources humaines, ressources financières et matérielles). Les zones pauvres n'ayant pas accès aux services de santé essentiels seront prioritaires. L'accès universel, suppose aussi des mécanismes de solidarité pour que les facteurs liés au coût des prestations ne limitent pas l'accès des pauvres aux services de santé.
- **L'amélioration de la qualité des soins et des services disponibles:** Ce principe passe par l'amélioration du fonctionnement des services et l'amélioration continue des prestations de manière qu'elles soient conformes aux normes établies, scientifiquement reconnues, et qu'elles satisfassent les attentes des usagers.
- **La lutte contre la pauvreté:** Les interventions de santé doivent s'inscrire dans la stratégie globale de réduction de la pauvreté par le ciblage des populations les plus vulnérables (Femmes, Jeunes, populations des zones réputées de forte pauvreté). Des actions contribuant à protéger le revenu des pauvres seront entreprises.
- **La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions :** les stratégies les plus efficaces pour un coût supportable par les ressources disponibles (meilleur rapport coût efficacité) seront recherchées. Les interventions respecteront scrupuleusement ce principe. A ce titre, elles seront intégrées et coordonnées pour une meilleure utilisation des ressources.

- **L'unicité du système de santé** : le système de santé est un ensemble global intégré qui vise à améliorer la santé de la population. En conséquence, toute structure sanitaire, administrative ou de soins, publique ou privée, quelque soit son statut et sa localisation, doit s'y insérer harmonieusement dans un cadre de partenariat et de complémentarité.

- **La satisfaction des soins de l'utilisateur**: ceci signifie que le système met l'être humain au centre de ses préoccupations. Ceci signifie aussi que la communication sera développée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et, d'autre part, entre les structures sanitaires et leurs partenaires (population, autres secteurs, ONG, bailleurs de fonds, etc....) pour mieux comprendre et satisfaire ces besoins.

- **Des prestations globales, intégrées et continues** : le développement du système de santé tiendra régulièrement compte de la nécessité d'offrir des prestations globales, intégrées et continues. Cela suppose, entre autres que : **a)** l'examen des déterminants de l'état de santé fasse partie de la prise en charge des cas, **b)** un système de référence performant soit développé entre les différents niveaux de structures de soins.

- **Une démarche rationnelle** : les décisions seront fondées sur une démarche rationnelle basée sur l'évidence.

- **La recherche de l'excellence** : consistera à responsabiliser tous les acteurs vers la performance et le travail en équipe dans la résolution des problèmes. Pour cela, **l'engagement du personnel** devra être continuellement recherché.

- **La collaboration intersectorielle et la participation des communautés dans un cadre de partenariat** : devront être constamment recherchées pour assurer le contrôle social efficace et la pérennité des acquis.

III.5. Stratégies opérationnelles de mise en œuvre

1. Mise à l'échelle rapide des paquets minimums d'activité à efficacité prouvée sur la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile (Survie de l'enfant/PCIMNE/SASDE, Nutrition, SONU y compris les SAA, Planification Familiale,...) tant par des services communautaires, que dans les structures de santé publique et privée et lors des stratégies avancées ;
2. Elargissement progressif de ces paquets à des interventions plus complexes ;
3. Renforcement de compétences du personnel de santé à travers les Institution de formation publique et privée;
4. Renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des produits de Santé de la Reproduction (médicaments essentiels, consommables médicaux, vaccins, produits sanguins, équipements, etc.)
5. Promotion des mécanismes et d'outils d'amélioration de la qualité des services;
6. Renforcement du système de référence et de contre référence entre la communauté et les différentes structures de soins d'une part et entre les différents niveaux des structures de soins d'autre part;
7. Habilitation des familles et communautés par la communication pour le changement de comportement en vue de l'adoption des pratiques familiales et communautaires bénéfiques pour la santé maternelle, néonatale, infantile et la nutrition ainsi que l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes;
8. Développement des mécanismes de prise en charge psychosociale et médicolégal des violences faites aux femmes et aux enfants ;

9. Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des structures de santé ;
10. Renforcement des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes;
11. Renforcement du partenariat public/privé et la coordination;
- 12 .Développement des mécanismes de solidarité en faveur de la santé maternelle, néo natale et infanto juvénile
13. Développement de la recherche action en santé de la reproduction et infantile ;
14. Renforcement du système d'information et de Suivi/évaluation y compris les audits des décès maternels, néonataux et infanto juvéniles;

III.6. Hypothèses

- Ressources financières disponibles conformément au budget du plan directeur, dans le budget national de développement et auprès des partenaires;
- Disponibilité du personnel formé en effectif suffisant dans les zones rurales;
- Stabilité politique.

III.7. Éléments accélérateurs

L'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile en vue de l'atteinte des objectifs nationaux du millénaire pour le développement à l'horizon 2015 dépend en grande partie des actions suivantes:

- L'augmentation à 15% de la part de la santé dans le Budget National dont 25% alloué à la santé de la reproduction;
- La mise à l'échelle des paquets d'interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- L'harmonisation et la coordination des interventions des partenaires techniques et financiers en faveur de la santé maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- La mise en œuvre d'une stratégie efficace de gestion des ressources humaines pour doter les services en personnels qualifiés;
- Le développement des mécanismes alternatifs de financement (mutuelles, assurances maladie etc...) pour la santé particulièrement en direction des cibles de la feuille de route nationale;
- Le renforcement de la composante communautaire des interventions en matière de santé maternelle, néonatale et infanto juvénile ;
- La mise en place des mécanismes d'amélioration de la performance des services (contrat de performance par niveau...);
- L'existence des sources d'énergie dans les formations sanitaires notamment l'énergie solaire (panneau solaire) pour la conservation des vaccins, médicaments/ consommables, le fonctionnement des plateaux techniques et des unités néonatalogies...
- L'existence d'un système d'information et de Suivi/évaluation performant.

IV. Coordination et Mécanisme national de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre

IV.1. Coordination

La Coordination générale de la Feuille de Route est assurée par le Comité National Multisectoriel d'Action et de Suivi pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile (CNMAS/RMMNN-IJ).

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique est le département technique leader de la mise en œuvre de la Feuille de Route Nationale. Pour ce faire il garantira la collaboration intra sectorielle et intersectorielle et développera un partenariat dynamique/synergique avec les communautés, les partenaires techniques et financiers. Tous les acteurs seront impliqués dans la conception, l'exécution le financement et le suivi des activités.

Le CNMAS/RMMNN-IJ est chargé d'évaluer l'état de mise en œuvre des activités, d'identifier les problèmes et de proposer des solutions. Ce mécanisme de suivi/évaluation s'exerce à travers des instances nationales, régionales et préfectorales. Il est présidé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Le CNMAS/RMMNN-IJ s'appuiera principalement dans ses activités techniques sur une Task Force multisectorielle (TFM/RMMNN_I/J) composée d'experts nationaux et des partenaires ayant des compétences dans les domaines de la Santé de la Reproduction, de l'épidémiologie, de la démographie /statistique, de la planification et toute autre composante de la Feuille de Route.

La Task force sera décentralisée aux niveaux régional et préfectoral ; la coordination se fera à travers les comités régional et préfectoral de coordination comme le CTRS et le CTPS ainsi que les réunions de concertation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de la Feuille de route (planification annuelle, revue semestrielle, mobilisation des ressources/ financement, revue trimestrielle de l'avancement...).

Le Secrétariat exécutif de la Task Force a pour rôle essentiel de suivre l'opérationnalisation de la feuille de route nationale. Il est domicilié au sein de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition. Le Secrétariat exécutif pourra faire appel à toutes autres compétences jugées utiles.

Il organisera et animera la concertation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de la Feuille de Route (planification annuelle, revue annuelle, mobilisation des ressources / financement, revue semestrielle de l'avancement...). Il élaborera et diffusera le rapport annuel sur l'état d'avancement du plan d'action à l'intention du CNMAS/RMMNN-IJ. Ce rapport servira de document de base à la revue annuelle de la FDR.

IV.2. Suivi et Evaluation

Le suivi et l'évaluation de la Feuille de route se feront en utilisant les indicateurs et les moyens de vérification contenus dans la matrice du plan directeur à travers :

- Le Monitoring;
- La supervision ;
- Les réunions du Comité d'Action et de Suivi, les CTPS, CTRS , CTC et la revue du système de santé;
- Les rapports de routine du système national d'information sanitaire ;
- Les enquêtes spécifiques;
- Les Recherches-Actions.

L'évaluation à mi-parcours de la Feuille de route se fera en 2013 et l'évaluation finale en 2015.

Les indicateurs d'impact pourront être mesurés en 2012 et 2015 par les enquêtes démographiques et de santé (EDS). Il est également prévu de réaliser une enquête MICS en 2013.

Le CNMAS/RMMNN I-J procédera chaque année à une revue annuelle des activités avec la participation de toutes les parties prenantes. En 2015 seront réalisées l'évaluation finale et la production du rapport Général qui sera disséminé à tous les acteurs dont l'Union Africaine.

IV.3. Modalités de Mise en œuvre du partenariat

Pour une implication effective des différents partenaires et une appropriation de la feuille de route, la mise en œuvre des actions définie se fera conjointement avec tous les acteurs ciblés.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est responsable des activités techniques, de l'offre de soins au niveau des structures publiques et privées ainsi que du contrôle de la qualité au niveau de tous les prestataires de soins.

Les autres secteurs contribueront au plaidoyer pour la mobilisation des ressources, à la mise en œuvre des interventions communautaires et promotionnelles ainsi qu'aux supervisions et au suivi/évaluation.

V. Estimation du coût de la Feuille de Route

La méthodologie utilisée pour l'estimation des coûts est celle du modèle d'estimation de coût développée par Le Millenium Projet pour l'atteinte des cibles des OMD qui comprend 5 étapes : (i) Développer les interventions ; (ii) Spécifier les cibles à atteindre pour chaque domaine d'intervention ; (iii) Développer un modèle d'investissement et estimer les besoins en ressources ; (iv) Estimer la synergie entre les interventions ; (v) Développer la stratégie de financement.

Si les modèles d'évaluation des OMD santé sont spécifiques par type de cible, ils demeurent tous caractérisés par le même mode de fonctionnement et de types de besoins en terme de données, à l'exception du modèle Tuberculose qui est relativement simple. Ils comportent des données incorporées au départ disponibles au niveau international sur les différents pays. Les données qui ont servi aux évaluations, sont pré installées ou projetées par le Spectrum (logiciel élaboré par Millénium Project)

V.1. Hypothèses sous jacentes aux données de couverture

Les modèles effectuent des calculs après que certaines données clés aient été introduites. Pour réaliser l'estimation des besoins en ressources, des décisions importantes doivent être prises pour faciliter la cohérence et la qualité des devis par rapport aux différentes options envisageables pour chaque cible sur le plan de l'intervention, de la méthodologie, des bénéficiaires et des ressources. Les modèles utilisés sont ceux élaborés par le millénium Project.

Dans le secteur de la santé, les hypothèses ont été définies en fonction de chacune des dimensions de l'objectif poursuivi. Les dimensions sont liées aux chiffres de population, au système de santé, à la santé infantile et à la santé Reproductive.

V.1.2. Actualisation annuelle des données de population

La population 2005, qui est la population de base pour les différents modèles, est extraite des projections faites pour l'ensemble des pays par les experts internationaux en démographie. Les données sont contenues dans le modèle. Pour la République de Guinée, à partir de 2005, le taux d'accroissement annuel de la population de 3,1% a été retenu comme chiffre officiel du pays. Il a été appliqué pour la détermination des données de population des années suivantes jusqu'en 2015.

V.1.3. Données sur le développement du système de santé

Les données des services de santé utilisées sont celles définies dans le Plan national de Développement Sanitaire (PNDS). Ces données résultent d'une étude de besoins faite lors de l'élaboration de la carte sanitaire nationale (1996).

Les effectifs du personnel sont issus des normes nationales établies en la matière par type de structure. Ils ont permis l'estimation des besoins futurs en personnel. Les chiffres actuels sont ceux de l'analyse de la situation des personnels utilisés pour la formulation du Plan de Développement des Ressources Humaines en cours d'élaboration par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

La liste des équipements adoptée est celle contenue dans le modèle Infrastructure proposé par les experts dans la perspective d'une amélioration de la qualité.

V.1.4. Données pour l'estimation des cibles des interventions de santé infantile

Les données relatives à cette cible selon les résultats de l'EDSG III sont les suivantes:

- Nombre de cas d'infections respiratoires aiguës (IRA): la prévalence du pays est de 2 épisodes par enfant et par an pour les enfants de moins de 5 ans
- Nombre de cas de fièvre: la prévalence du pays est de 2 épisodes par enfant et par an pour les enfants de moins de 5 ans
- Nombre de cas d'otite: la prévalence du pays est de 0,5 épisodes par enfant et par an pour les enfants de moins de 5 ans
- La prévalence de la malnutrition sévère est de 2% pour les enfants de moins de 5 ans
- La prévalence du petit poids est de 15% des naissances vivantes

V.1.5. Données pour l'estimation des cibles des interventions de Santé maternelle

Les données relatives à cette cible selon les seuils retenus pour l'horizon 2015 sont les suivantes:

- La prévalence contraceptive: 15 %
- Le taux de CPN 1: 100%
- Le taux de césarienne: 5%
- La prévalence du VIH: 1.9%
- Les soins obstétricaux d'urgence et les soins post-partum : 95%
- Le traitement préventif intermittent (TPI) pour la prophylaxie anti-palustre en CPN : 100%
- Le traitement préventif de l'anémie en CPN : 100%

V.2. Coût de la Feuille de Route

L'estimation du coût d'opérationnalisation du plan directeur 2012-2015 de la Feuille de route a tenu compte de l'unicité du système et de l'intersectorialité qui caractérise la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. En ce qui concerne le coût des médicaments et des vaccins, tous les antigènes prévus pour les enfants de moins de 5 ans sont pris en compte dans l'estimation du coût de la vaccination. Les besoins ont été définis pour une couverture souhaitée de 100% qui constitue l'ambition du gouvernement dans la perspective d'une amélioration significative de l'état de santé de la population. Le tableau ci-dessous présente le coût en fonction des sept (7) objectifs stratégiques de la Feuille de route.

Tableau4 : Coût estimatif du Plan Directeur 2012-2015 de la Feuille de Route Nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile

	Objectifs Stratégiques	Nombre de Résultats Attendus	Coût en Milliard de GNF
1	Augmenter la Disponibilité et l'Utilisation des Services Préventifs, Curatifs et Promotionnels de Santé Maternelle et Néonatale de Qualité y compris la Planification Familiale, la Prévention de la Transmission Mère et Enfant du VIH/SIDA et la nutrition.	12	36969 982
2	Augmenter la disponibilité et l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de santé infantile de qualité y compris la nutrition en particulier au niveau des centres de santé, des postes de santé et communautaire	04	3 881 951
3	Développer et renforcer des activités de santé maternelle, infantile et de nutrition au niveau des structures de santé et communautaire.	7	13621 889
4	Développer des services de santé préventifs, curatifs et promotionnels adaptés aux adolescents et aux jeunes.	05	1 302 177
5	Renforcer les capacités des niveaux central, intermédiaire et périphérique pour la mise en œuvre de la feuille de route.	04	1 974 251
6	Promouvoir les pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la santé maternelle, néonatale et infantile et pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes	07	686 190
7	Améliorer la disponibilité et l'utilisation des produits de la santé de la reproduction y compris les vaccins.	01	333 290
COUT TOTAL FdR RMMN & IJ		40	58769 730

Soit : 8 359 675 USD

VI. Plan Directeur 2012 - 2015 pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto Juvénile

But:

La Feuille de Route Nationale a pour but d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles afin de contribuer à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile.

Objectifs Généraux:

1. Réduire le taux de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 163 (EDSIII 2005) à 80 pour 1000 naissances vivantes en 2015:
 - Réduire le taux de la mortalité des enfants de moins d'un an de 91 (EDSIII 2005) à 50 pour 1000 naissances vivantes en 2015.
 - Réduire le taux de mortalité néonatale de 39 pour 1000 (EDSIII 2005) à 25 pour 1000 en 2015
2. Réduire la mortalité maternelle de 980 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 à 780 en 2010 et à 580 en 2015.

Rappel des Axes Stratégiques du PNDS

L'élaboration du plan directeur de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile a tenu compte des axes stratégiques du PNDS qui sont :

- (1) Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle
- (2) Renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion
- (3) Amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services
- (4) Développement des ressources humaines
- (5) Promotion de la santé

VII. CADRE LOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE POUR LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO JUVENILE

Objectif Stratégique I : Augmenter la Disponibilité et l'Utilisation des Services Préventifs, Curatifs et Promotionnels de Santé Maternelle et Néonatale de Qualité y compris la Planification Familiale, la Prévention de la Transmission Mère et Enfant du VIH/SIDA et la nutrition.

Objectif	N°	RESULTAT ATTENDU	ACTION PRIORITAIRE	AXE STRATEGIQUE PNDSE	INDICATEUR	SOURCE/MOYEN VERIFICATION	PHASE I	PHASE II	COÛT TOTAL
1	1	640 postes de santé 410 CS, 7 cliniques de l'AGBEF, 19 structures privées, disposent d'équipement, de personnel requis, de produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour assurer la CPN, les SONUB et la PF d'ici à 2015	Doter les structures de santé concernées en équipements adéquats P1 :440 PS, 300 CS, P2 :200 PS, 110 CS	2	Nombre de structures ayant l'équipement requis	Rapport de monitoring Rapport de supervision	3 875 380 000	1 623 470 000	5 498 850 000
1	1	640 postes de santé 410 CS, 7 cliniques de l'AGBEF, 19 structures privées, disposent d'équipement, de personnel requis, de produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour assurer la CPN, les SONUB et la PF d'ici à 2015	Plaidoyer pour doter les structures de santé concernées en personnel requis P1 :300 SF, 30 Gynéco-obstétriciens P2 : 110 SF, 12 Gynéco-obstétriciens	4	Nombre de structures ayant le personnel requis	Fichier du personnel Rapport de monitoring	41 250 000	15 250 000	56 500 000
1	1	640 postes de santé 410 CS, 7 cliniques de l'AGBEF, 19 structures privées, disposent d'équipement, de personnel requis, de produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour assurer la CPN, les SONUB et la PF d'ici à 2015	Doter les structures de santé concernées en produits SR et outils de gestion requis (640 PS, 410 CS)	3	Nombre de structures ayant les produits SR et les OG requis	Bordereau de livraison, fiches de stock, PV de réception, rapport de monitoring Rapport de supervision	3 150 000		3 150 000 000

		38 hôpitaux (HR, HP et communaux), 10 CSA, 3 Hôpitaux d'entreprise, 10 hôpitaux privés disposent d'équipement, du personnel requis, des produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour les SONNUC et la PF d'ici à 2015	Doter les structures de santé concernées en équipements adéquats P1 :15 hôpitaux, 8 CSA P2 :5 hôpitaux, 2 CSA	2	Nombre de structures ayant l'équipement adéquat	Rapport de monitoring Rapport de supervision Registre inventaire du matériel	120 451 000	36 659 000	157 110 000
1	2	38 hôpitaux (HR, HP et communaux), 10 CSA, 3 Hôpitaux d'entreprise, 10 hôpitaux privés disposent d'équipement, du personnel requis, des produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour les SONNUC et la PF d'ici à 2015	Plaidoyer pour doter les structures de santé concernées en personnel requis (38 hôpitaux, 10 CSA) P1 : 40 SF : 48 gynéco-obstétriciens et 48 pédiatres P2 : 38 SF	2	Nombre de structures ayant le personnel requis	Fichier du personnel Rapport de monitoring	204 000 000	57 000 000	261 000 000
1	2	38 hôpitaux (HR, HP et communaux) 10 CSA, 3 Hôpitaux d'entreprise, 10 hôpitaux privés disposent d'équipement, du personnel requis, des produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour les SONNUC et la PF d'ici à 2015	Doter les structures de santé concernées en produits SR et outils de gestion requis (38 hôpitaux et 10 CSA) P1 : 38 Hôpitaux et 10 Centres de Santé Amélioré	2	Nombre de structures ayant les produits SR et les OG requis	Bordereau de livraison, fiches de stock, PV de réception, rapport de monitoring	144 000 000		144 000 000
1	2	38 hôpitaux (HR, HP et communaux) 10 CSA, 3 Hôpitaux d'entreprise, 10 hôpitaux privés disposent d'équipement, du personnel requis, des produits de la SR, d'outils de gestion, adéquats pour les SONNUC et la PF d'ici à 2015	Sept unités de néonatalogie sont mis en place et rendus fonctionnelles dans les sept hôpitaux régionaux et le service de néonatalogie de l'INSE Conakry est renforcée (formation et équipements, OG) P1 :8	3	Nombre d'unités fonctionnelles	Bordereau de livraison, PV de	41 896 000		41 896 000

1	2		Intégrer la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales dans les cinq hôpitaux régionaux non couverts (Kindia, Boké, Faranah, Mamou et N'zérékoré P1:2, P2: 3				40 000 000	60 000 000	100 000 000
1	3	La couverture effective en CPN Recentrée passe de 71% à 95 % d'ici à 2015	Former/Recycler 1540 prestataires en SOE avec accent sur la CPN Recentrée P1 : 1000, P2 :540	2	Nombre de prestataires formés en SOE	Rapports de formation et d'évaluation	83 160 000		83 160 000
1	3	La couverture effective en CPN Recentrée passe de 71% à 95 % d'ici à 2015	Former/Recycler 7000 agents communautaires en IEC/CCC/ SR P1 : 4000 P2 : 3000	2	Nombre d'agents communautaires formés	Rapports de formation et d'évaluation	216 000 000	162 000 000	378 000 000
1	3	La couverture effective en CPN Recentrée passe de 71% à 95 % d'ici à 2015	Organiser 140 séances d'IEC/CCC à l'intention de 100000 femmes enceintes, accouchées et 400000 personnes de la communauté P1 : 60000 Femmes et 300000 personnes P2 : 40000 Femmes et 100000 pers de la communauté	5	Nombre de séances de sensibilisation réalisées Nombre Femmes et de personnes de la communauté touchées	Rapport d'activités	92750 000	92 750 000	185 500 000
1	4	85% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié d'ici à 2015,	Former/Recycler 1510 prestataires en SONU P1 :1000 P2 : 510	2	Nombre de prestataires formés en SONU	Rapports de formation et d'évaluation	54 000 000	27 540 000	81 540 000
1	4	85% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié ci à 2015,	Former/Recycler 7000 agents communautaires en IEC/CCC SR (voir objectif 3 pour le coût)	2	Nombre d'agents communautaires formés	Rapports de formation et d'évaluation	378 000 000		378 000 000

1	4	85% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié d'ici à 2015,	Organiser des séances d'IEC/CCC à l'intention femmes enceintes, accouchées et des agents communautaires, et de la communauté (voir objectif 3 pour le coût)	5	Nombre de séances de réalisées	Rapport d'activités, cahier de causeries éducatives	50 000 000		50 000 000
1	4	85% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié d'ici à 2015,	Mettre en place un système de déclaration communautaire des décès maternels, néonataux et infantiles (audit des décès maternels et infantiles) P1 :4000 AC P2 : 3000	2	Nombre de séances de sensibilisation réalisées	PV de réunion des agents communautaires Rapport de supervisions	500 000 000	375 000 000	875 000 000
1	6	85% des femmes accouchées bénéficient d'au moins une consultation post-natale d'ici à 2015	Organiser 140 séances d'IEC/CCC à l'intention des 7000 agents communautaires, 100000 femmes enceintes, accouchées et 400000 personnes de la communauté P1 : 4000 AC, 60000 FE enceintes et 300000 personnes P2 :3000 AC, 40000 FE et 100000 pers de la communauté	5	Nombre de séances de sensibilisation réalisées	Rapport d'activités, cahier de causeries éducatives	132 500 000	53 000 000	185 500 000
1	7	100% des complications obstétricales seront prises en charge dans les 10 CSA, 5 CMC les 33 Hôpitaux préfectoraux/ régionaux d'ici à 2015	Rénover/Equiper les blocs opératoires des 33 hôpitaux, des 5 CMC, les 10 CSA en équipements standards (boîtes césariennes, boîtes d'accouchement, kits césarienne, ambulances) pour la prise en charge des complications obstétricales P1 :38 P2 :10	3	Nombre de blocs opératoires d'hôpitaux, de CMC et de CSA rénovés/équipés	Rapports d'activités, bordereaux de livraison, PV de réception	1 824 000 000	480 000 000	2 304 000 000

1	7	100% des complications obstétricales seront prises en charge dans les 10 CSA, 5 CMC les 33 Hôpitaux préfectoraux/ régionaux d'ici à 2015	Rendre fonctionnelles les 40 unités de transfusion sanguine P1 :38 P2 :10	2	Nombre d'unités de transfusion sanguine fonctionnelles	Rapport d'activités, bordereaux de livraison	190 000 000	50 000 000	240 000 000
1	7	obstétricales seront prises en charge dans les 10 CSA, 5 CMC les 33 Hôpitaux préfectoraux/ régionaux d'ici à 2015	Organiser 4000 séances d'IEC/CCC à l'endroit de 400000 personnes de la communauté sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum et sur l'importance de l'accouchement assisté par un personnel qualifié P1 :2500 P2 :1500	5	Nombre de personnes dans la communauté touchées	Rapport d'activités	135 000 000	81 000 000	216 000 000
1	7	100% des complications obstétricales seront prises en charge dans les 10 CSA, 5 CMC les 33 Hôpitaux préfectoraux/ régionaux d'ici à 2015	Créer 33 centres d'accueil au sein des hôpitaux pour la PEC des femmes venant des zones enclavées P1 :19 P2 :14	3	Nombre de centres d'accueil fonctionnels	PV de réception des infrastructures	102 600 000	75 600 000	178 200 000
1	7	100% des complications obstétricales seront prises en charge dans les 10 CSA, 5 CMC les 33 Hôpitaux préfectoraux/ régionaux d'ici à 2015	Organiser 2160 séances d'IEC/CCC à l'intention des femmes enceintes des zones enclavées pour qu'elles acceptent d'utiliser les centres d'accueil P1 1500 séances P2 660 séances	5	Nombre de personnes touchées par les séances d'IEC/CCC	PV de réception, rapports d'activités	81 000 000	35 640 000	116 640 000
1	8	La prévalence contraceptive moderne augmente de 6 à 15% d'ici à 2015,	Organiser 75 séances de plaidoyer pour renforcer l'engagement des décideurs, des partenaires, des leaders religieux, des gestionnaires de programme, des départements ministériels, société civile, secteur privé et des prestataires pour faire de la PF une	5	Nombre de décideurs, leaders et gestionnaires des programmes touchés.	Rapports d'activités	54 000 000	27 000 000	81 000 000

			une priorité nationale de santé et de développement P1 : 50 P2 : 25						
1	8	La prévalence contraceptive moderne augmente de 6 à 15% d'ici à 2015,	Organiser 32 campagnes de sensibilisation pour accroître la demande et l'utilisation des services de PF de qualité pour tous les clients à travers le renforcement de la CCC en SR P1 :20 P2 :12	5	Nombre de clients PF, couple année de protection (CAP)	Registres et fiches PF, rapport d'activités et de monitoring	3 000 000	1 800 000	4 800 000
1	8	La prévalence contraceptive moderne augmente de 6 à 15% d'ici à 2015,	Etendre la gamme de produits PF y compris les méthodes de longue durée dans tous les services publics et privés P1 :21 P2 :12	3	Nombre de molécules PF disponibles dans les services publics et privés	Rapport d'activités et de supervision Bordereau de livraison et fiches de stock	6 300 000	3 600 000	9 900 000
1	9	La malnutrition, la carence en iode, et l'anémie chez la femme enceinte sont réduites de moitié d'ici à 2015	Former/Recycler 1510 AS en nutrition P1 :1000 P2 :510	4	Nombre de prestataires formés en nutrition	Rapports de formation et évaluation	54 000 000	27 540 000	81 540 000
1	9	La malnutrition, la carence en iode, et l'anémie chez la femme enceinte sont réduites de moitié d'ici à 2015	Former/Recycler 7000 agents communautaires en IEC/CCC sur la nutrition P1 :4000 P2 :3000	2	Nombre de séances de réalisées Nombre d'agents SBC formés	Rapport de formation, d'activités et d'évaluation	216 000 000	162 000 000	378 000 000

1	9	La malnutrition, la carence en iode, et l'anémie chez la femme enceinte sont réduites de moitié d'ici à 2015	38 Hôpitaux Préfectoraux, Communaux et 3 hôpitaux d'entreprise disposent du label amis des bébés P1 :20 P2 :18	3	% enfant allaités exclusivement au sein durant les six premiers mois	Rapports d'évaluation	2 500 000	2 250 000	4 750 000
1	10	Les MGF sont réduites de 96% à 86%, la prévalence du VIH/SIDA réduite de moitié et les violences basées sur le genre éliminées d'ici à 2015	Organiser 152 séances de dissémination des textes de lois interdisant la pratique des MGF/excision, violences basées sur le genre au près des populations, des autorités politiques, administratives, sanitaires et communautaires. P1 :90 P2 :62	3	Nombre de personnes touchées	Rapport d'activités et d'évaluation	4 860 000	3 348 000	8 208 000
1	10	Les MGF sont réduites de 96% à 86%, la prévalence du VIH/SIDA réduite de moitié et les violences basées sur le genre éliminées d'ici à 2015	Organiser 304 séances d'IEC/CCC en direction des populations, des autorités politiques, administratives, sanitaires et communautaires sur les MGF/excision, les violences basées(VBG) sur le genre et leurs conséquences sur la santé des filles et des femmes P1 . 304 P2 . 104	5	Nombre de séances organisées, Nombre de personnes touchées	Rapports d'activités et d'évaluation	16 416 000	5 616 000	22 032 000
1	10	Les MGF sont réduites de 96% à 86%, la prévalence du VIH/SIDA réduite de moitié et les violences basées sur le genre éliminées d'ici à 2015	Former 1083 agents de santé sur la prise en charge médicale des survivantes de la violence sexuelle P1. 700 P2. 383	3	Nombre de cas pris en charge	Registre de consultation et rapports d'activités, rapports des AC	37 800 000	20 682 000	58 482 000

1	11	100% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient de toutes les interventions de prévention de la transmission mère et enfant d'ici à 2015	Renforcer les anciens sites (83) et les nouveaux (369) PTME en les dotant en intrants (petits matériels, ARV, kits et consommables VIH-PTME, outils de gestion, formation du personnel). P1 : 150 sites en 2012 et 120 en 2013 P2 : 99 sites en 2014	3	Nombre de sites fonctionnels	Rapport d'activités	5161200 000	7 535 352 000	12 696 552 000
1	11	100% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient de toutes les interventions de prévention de la transmission mère et enfant d'ici à 2015	Offrir les services de dépistage pour la PTME à 75% des femmes enceintes attendues en consultation prénatale au niveau national P1. 800000 P2. 700000	3	Nombre de femmes enceintes bénéficiant des services complets de PTME	Rapports d'activités et d'évaluation	50 000 000	50 000 000	100 000 000
1	11	100% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient de toutes les interventions de prévention de la transmission mère et enfant d'ici à 2015	Assurer la prise en charge prophylactique à 100% des femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nouveaux nés P1 : 20000 P2 : 22000	1	% des femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nouveaux nés pris en charge	Rapports d'activités et d'évaluation	1 000 000 000	1 100 000 000	2 100 000 000
1	11	100% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient de toutes les interventions de prévention de la transmission mère et enfant d'ici à 2015	Assurer la prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes séropositives P1 : 20000 P2 : 22000	1	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle	Rapports d'activités et d'évaluation	1 000 000 000	1 100 000 000	2 100 000 000
1	11	100% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient de toutes les interventions de prévention de la transmission mère et enfant d'ici à 2015	Assurer la PF à 100% des femmes séropositives dépistées au cours des CPN P1 : 20000 P2 : 22000	3	% de femmes séropositives planifiées	Rapports d'activités et d'évaluation	1 000 000 000	1 100 000 000	2 100 000 000

1	11	100% des femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient de toutes les interventions de prévention de la transmission mère et enfant d'ici à 2015	Fournir le traitement ARV à 100% des enfants Eligibles P1 :20000 P2 :22000	1	Nombre d'enfants éligibles avec TRV	Rapports d'activités et d'évaluation	50 000 000	50 000 000	100 000 000
1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Former 25 formateurs (Régionaux, préfectoraux, et du niveau central) P1 :25	2	% de formateurs formés pour la mise en œuvre du SBM-R	Rapports d'activités et d'évaluation	1 350 000	1 350 000	1 350 000
1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Plaidoyer auprès des parties prenantes(PP) des sites (750 personnes) P1 :30P2 :20	5	Nombre de structures sanitaires ou le SBM-R est intégré	Rapports d'activités et d'évaluation	1 620 000	1 080 000	2 700 000
1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Former les PP des sites aux 3 modules P1 : 30 P2 : 20	2	Nombres de Parties prenantes formes aux 3 modules	Rapports d'activités et d'évaluation	1 620 000	1 080 000	2 700 000
1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Effectuer le Suivi et l'évaluation de l'évolution des performances des sites P1 : 50 P2 : 50	3	Nombre de sites ayant reçu 2 visites de suivi externe	Rapports d'activités et d'évaluation	33 550 000	33 550 000	67 100 000
1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Valider la performance des sites Procéder à la reconnaissance des sites P1 : 50 P2 : 50	3	Nbre sites ayant reçu la mission de validation	Rapports d'activités et d'évaluation	33 550 000	33 550 000	67 100 000

1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Supervisions semestrielles/trimestrielles intégrées à tous les niveaux (au total 152 missions de supervisions) P1 : 76 P2 : 76	2	% de supervisions réalisées.	Rapport de supervision.	50 996 000	50 996 000	101 992 000
1	12	50 structures sanitaires qui appliquent le SBM-R auront atteint une performance Globale de 80% ou plus pour les domaines SONU, PF, PCIME et PI d'ici à 2015	Réaliser deux monitorages par an dans les 410 Centres de santé et les 38 hôpitaux P1 : 4 P2 : 4	2	Nombre de monitorages réalisés	Rapport de monitoring	1 100 440 000	1 100 440 000	2 200 880 000

Sous Total de l'Objectif Stratégique 1 : 3 969 982 000 GNF

Objectif stratégique II : Augmenter la disponibilité et l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de santé infantile de qualité y compris la nutrition en particulier au niveau des centres de santé, des postes de santé et communautaire

2	1	95% des enfants de moins de cinq ans seront pris en charge dans les structures de santé selon les procédures standard PCIMNE+, Palu+, PEV+ et Nutrition pour les principales maladies cibles d'ici 2015	Finalisation, validation dissémination du plan stratégique sur vie de l'enfant dans 900 structures publiques et 432 privées (1 332 structures au total). P1.600 pour le public et P2. 300 pour le privé	3	% de structures sanitaires disposant du plan stratégique sur vie de l'enfant	Rapport de dissémination du plan	3 750 000	3 750 000	7 500 000
2	1	95% des enfants de moins de cinq ans seront pris en charge dans les structures de santé selon les procédures standard PCIMNE+, Palu+, PEV+ et Nutrition pour les principales maladies cibles d'ici 2015	Former /recycler 2000 prestataires des structures publiques et privées (PS, CS, CMC, hôpital, CHU) en PCIMNE+, PEV+, PTME et Nutrition. P1 : 2000(Formation) P2 : 2000 (recyclage)	2	% de prestataires formés.	Rapport de formation des prestataires.	108 000 000	108 000 000	216 000 000

2	1	95% des enfants de moins de cinq ans seront pris en charge dans les structures de santé selon les procédures standard PCIMNE+, Palu+, PEV+ et Nutrition pour les principales maladies cibles d'ici 2015	Organiser des supervisions trimestrielles intégrées à tous les niveaux (au total 152 supervisions par an). P1 : 76 P2 : 76	2	% de supervisions réalisées.	Rapport de supervision.	50 996 000	50 996 000	101 992 000
2	1	95% des enfants de moins de cinq ans seront pris en charge dans les structures de santé selon les procédures standard PCIMNE+, Palu+, PEV+ et Nutrition pour les principales maladies cibles d'ici 2015	Réaliser deux monitorages de qualité par an et suivi des plans d'amélioration dans 692 structures de santé (publiques et privées).	2	% de prestataires formés travaillant dans les structures	Rapport de formation des prestataires	1 342 000	1 342 000	2 684 000
2	1	95% des enfants de moins de cinq ans seront pris en charge dans les structures de santé selon les procédures standard PCIMNE+, Palu+, PEV+ et Nutrition pour les principales maladies cibles d'ici 2015	Mettre en place des mécanismes d'assurance qualité des prestations à différent niveau dans 457 structures publiques de santé : hôpitaux, CMC et CS (SBM-R) P1. 257 P2. 200	3	% de structures certifiées performantes.	Rapport d'évaluation.	32 125 000	25 000 000	57 125 000

2	2	Le nombre de premier contact est d'au moins 2 fois par an lors des CPC et par enfant de moins de cinq d'ici à 2015. P1.100 P2.56	Organiser 156 séances de CCC/CIP par les AC, les agents de santé, les médias, les leaders religieux et les ONG sur le recours précoce aux structures de santé. P1.100 P2.56	5	Taux de fréquentation des services CPC par les enfants de moins de 5 ans	Monitorage Rapport d'évaluation Rapport d'enquête	5 400 000	3 024	8 424 000
2	2	Le nombre de premier contact est d'au moins 2 fois par an lors des CPC et par enfant de moins de cinq d'ici à 2015. P1.700 P2.392	Rendre disponible les Médicaments Essentiels(ME) et Outils de gestion(OG) de façon ininterrompue dans 1092 structures sanitaires publiques. P1.700 P2.392	3	% de structures sanitaires publiques sans rupture de stock en ME et OG pendant la période	Rapport d'activités des structures sanitaires publiques. Rapport de monitoring ; Rapport de supervision	2 100 000 000	1 176 000	3 276 000 000
2	2	Le nombre de premier contact est d'au moins 2 fois par an lors des CPC et par enfant de moins de cinq d'ici à 2015	Intégrer la Prise en charge (PEC) de l'enfant parmi services pris en compte par les mutuelles de santé. Impliquer la communauté dans la gestion de 410 Centres de Santé.P1. 410	2	Nombre de mutuelles ayant intégré la PEC de l'enfant % de comités de santé fonctionnels : centres de santé où les représentants communautaires participent à la gestion de la structure (planification mise en œuvre et suivi/ évaluation des activités).	Registre de consultation et OG des mutuelles. Fiche d'interview des comités de santé et prestataires du CS. Rapport de supervision des comités de santé	43050 000		43 050 000
2	3	100% des Hôpitaux et CMC prennent en charge les enfants présentant des signes de gravité selon les normes et procédures PCIMNE, d'ici 2015,	Former 500 prestataires des hôpitaux publics, privés, d'entreprises et des CMC en PCIMNE	2	Nombre d'enfants pris en charge selon les normes et procédures PCIMNE dans les hôpitaux et CMC	Rapport d'activités.	13 500 000	13 500 000	27 000 000

2	3	100% des Hôpitaux et CMC prennent en charge les enfants présentant des signes de gravité selon les normes et procédures PCIMNE, d'ici 2015,	Organiser des supervisions trimestrielles intégrées à tous les niveaux (au total 152 supervisions par an). P1 : 76 P2 : 76	2	% de supervisions réalisées.	Rapport de supervision.	50 996 000	50 996 000	101 992 000	
2	4	100% des écoles de santé et de médecine intègrent l'enseignement de la PCIMNE dans les curricula de formation d'ici 2015	Enseigner la PCIMNE dans 5 écoles de santé et dans 5 facultés de Médecine. P1. 5 écoles de santé et 5 facultés de médecine	2	% d'écoles de santé et de facultés de médecine appliquant l'enseignement de la PCIMNE	Curricula de formation par école et par faculté	18 750 000	18 750 000	37 500 000	
2	4	100% des écoles de santé et de médecine intègrent l'enseignement de la PCIMNE dans les curricula de formation d'ici 2015	Assurer le suivi évaluation deux fois par an P1 : 2 P2 : 2	2	% d'enseignants qui dispensent adéquatement l'enseignement de la PCIMNE.	Rapport d'évaluation	1 342 000	1 342 000	2 684 000	
Sous Total de l'Objectif Stratégique 2 :										
							3 881 951 000 GNF			

Objectif stratégique III : Développer et renforcer des activités de santé maternelle, infantile et de nutrition au niveau des structures de santé et communautaire.									
3	1	La référence des cas graves, des maladies de l'enfant du niveau communautaire vers les structures sanitaires appropriées est améliorée d'ici à fin 2015	Organiser un atelier d'élaboration des directives/protocole du paquet intégré au niveau communautaire P1 : 1 atelier de 25 participants	3	Directives/Protocoles élaborés et disponibles	Rapport d'atelier	7 500 000	7 500 000	7 500 000

3	1	La référence des cas graves, des maladies de l'enfant du niveau communautaire vers les structures sanitaires appropriées est améliorée d'ici à fin 2015	Recycler/Former 7000 AC (5 AC/villages) dans 12000 villages sur le paquet intégré de reconnaissance des signes de gravité et de traitement des cas graves dans la communauté P1. 4000 P2.3000	2	Nombre de cas graves référés par les AC formés vers les structures de santé	Rapport d'activités Rapports de supervision	216 000 000	162 000 000	378 000 000
3	1	La référence des cas graves, des maladies de l'enfant du niveau communautaire vers les structures sanitaires appropriées est améliorée d'ici à fin 2015	Développer 2000 séances de CCC en faveur des mères/gardiennes d'enfants pour la promotion des comportements clés et le traitement à domicile des cas de diarrhée, fièvre et pneumonie P1. 1400 P2.600	5	Nombre de cas graves référés par les AC formés vers les structures de santé nombre de cas de diarrhées, palu et pneumonie traités à domicile	Rapport des Postes de santé. Centres de Santé et des Agents Communautaires	210 000 000	90 000 000	300 000 000
3	2	70% des Femmes enceintes sont prises en charge par les mutuelles de santé/MURIGA PLUS dans 38 districts sanitaires d'ici 2015	Renforcer les mutuelles de santé /MURIGA plus existantes dans 38 districts P1.28 P2.10	2	Nombre de districts disposant de mutuelles de santé (MURIGA plus) fonctionnelles	Rapports d'activités, de Supervision Evaluation des MURIGA	70 000 000	25 000 000	95 000 000
3	2	70% des Femmes enceintes sont prises en charge par les mutuelles de santé/MURIGA PLUS dans 38 districts sanitaires d'ici 2015	Mettre en place les mutuelles de santé / MURIGA plus dans 18 districts qui n'en disposent pas. P1.18	2	Nombre de mutuelles de santé (MURIGA plus) créées dans les districts	Rapports d'activités	45 000 000		45 000 000
3	2	70% des Femmes enceintes sont prises en charge par les mutuelles de santé/MURIGA PLUS dans 38 districts sanitaires d'ici 2015	Organiser 342 campagnes de sensibilisation de la population sur l'avantage des mutuelles de santé/ MURIGA Plus dans les 38 Districts P1.342	5	Nombre de campagnes de sensibilisation organisées Nombre d'adhérents aux Mutuelles/ MURIGA plus	Rapport d'activités	51300 000		51 300 000

3	3	80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans dorment sous MILDA d'ici 2015	Assurer la disponibilité de MILDA dans 410 centres de santé pour 1 760 000 enfants de moins de 5ans et 396 000 femmes enceintes P1. 410	3	% de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5ans dorment sous MILDA	Rapport d'enquête	61 500 000	61 500 000	61 500 000
	3	80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans dorment sous MILDA d'ici 2015	Assurer la distribution gratuite des MILDA a 1584000 femmes enceintes et a 1760000 enfants de moins de 5 ans au cours de la première CPN, du dernier contact de vaccination et au cours des semaines de la santé de l'enfant P1. 792 000 femmes et 1760000 enfants P2. 792000 femmes et 1760000 enfants	3	% de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5ans dorment sous MILDA	Rapport d'enquête	100 000 000	100 000 000	200 000 000
	3	80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans dorment sous MILDA d'ici 2015	Organiser 2 campagnes de sensibilisation par an et par district en faveur de l'utilisation du MILDA dans la communauté. P1 : 4P2 : 4	5	Nombre de personne utilisant des MILDA	Rapport d'activités	2 000 000	2 000 000	4 000 000
	4	Les CNT, CNA, CNS existants sont renforcés et étendus respectivement aux 38 hôpitaux, aux 410 CS et aux 640 PS d'ici à 2015	Rendre fonctionnels et renforcer 38 CNT, 410 CNA et 640 CNS (formation des formateurs et des élus locaux) P1 : 38 CNT et 300 CNA et 400 CNS P2 : 110 CNA, 240 CNS	3	Nombre de CNS, CNA fonctionnels, créés et renforcés	Rapports d'activités,	39 852 000	18 900 000	58 752 000
3									

3	4	Les CNT, CNA, CNS existants sont renforcés et étendus respectivement aux 38 hôpitaux, aux 410 CS et aux 640 PS d'ici à 2015	Rendre les hôpitaux préfectoraux, communaux et d'entreprise amis des Bébé (missions d'évaluation et OG) P1 : 28 hôpitaux préfectoraux/communaux, 3 hôpitaux d'entreprises P2 : 10 hôpitaux préfectoraux et 1 hôpital d'entreprise	3	Nombre d'hôpitaux évalués	Rapports d'évaluation	280 000 000	100 000 000	380 000 000
3	4	Les CNT, CNA, CNS existants sont renforcés et étendus respectivement aux 38 hôpitaux, aux 410 CS et aux 640 PS d'ici à 2015	Approvisionner les CNT, CNA, CNS ciblés en équipements, outils de gestion, aliments thérapeutiques et Médicaments P1 : 38 CNT, 410 CNA et 640 CNS P2 : 38 CNT, 410 CNA et 640 CNS	3	Taux de disponibilité des aliments thérapeutiques et médicaments pendant la période		5 440 000 000	5 440 000 000	10 880 000 000
3	5	Les carences en vitamine A et en Iode sont virtuellement éliminées, le taux d'anémie réduit de 64 à 43% chez les femmes et chez les enfants de moins de 5 ans de 78 à 52%	Organiser deux fois par an, la semaine santé de l'enfant (administration de micronutriments et déparasitant aux enfants de 6 à 59 mois) P1 : 4 P2 : 4	5	Nombre de semaines santé de l'enfant organisées dans l'année et nombre de cibles atteintes	Rapport d'activités	18 000 000	18 000 000	36 000 000
3	5	Les carences en vitamine A et en Iode sont virtuellement éliminées, le taux d'anémie réduit de 64 à 43% chez les femmes et chez les enfants de moins de 5 ans de 78 à 52%	Organiser 2 campagnes de promotion du sel iodé par an P1 : 4 P2 : 4	5	90 Pourcent des ménages consomment le sel iodé	Rapport d'enquête	6 000 000	6 000 000	12 000 000

3	5	Les carences en vitamine A et en iode sont virtuellement éliminées, le taux d'anémie réduit de 64 à 43% chez les femmes et chez les enfants de moins de 5 ans de 78 à 52%	Organiser 4 séances de plai doyer par an (pour l'application de textes législatifs et réglementaires) auprès des industriels pour la fortification des farines de blé en fer, acide folique, vit du groupe B, Zinc et des huiles en vitamine A P1 : 8 P2 : 8	5	% de ménages consommant des aliments fortifiés	Rapport d'enquête	9 600 000	9 600 000	19 200 000
3	5	Les carences en vitamine A et en iode sont virtuellement éliminées, le taux d'anémie réduit de 64 à 43% chez les femmes et chez les enfants de moins de 5 ans de 78 à 52%	Organiser par an 4 séances de sensibilisation pour la promotion de la fortification des farines infantiles en micronutriments par des unités de fabrication artisanale P1 : 8 P2 : 8	5	Nombre de fabrique artisanale mise en place	Rapport d'enquête	36 000 000	36 000 000	72 000 000
3	5	Les carences en vitamine A et en iode sont virtuellement éliminées, le taux d'anémie réduit de 64 à 43% chez les femmes et chez les enfants de moins de 5 ans de 78 à 52%	Organiser un atelier d'élaboration du protocole d'intégration de la vit A dans le PEV de routine P1 : 1 atelier de 25 participants	2	Disponibilité du protocole d'intégration	Rapport de l'atelier	1350 000		1 350 000
3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Organiser 1 atelier régional de révision et de dissémination du protocole de PEC de la malnutrition aigue P1 : 1 atelier pour 40 participants	3	Protocole révisé disponible	Rapport d'atelier	2160 000		2 160 000
3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Organiser 2 ateliers de formation des formateurs régionaux sur l'utilisation du protocole PEC révisé P1 : 2 ateliers de 20 participants P2 : 2 ateliers de recyclage de 20 formateurs	2	Nombre de Formateurs formés	Rapport de formation	2 160 000		4 320 000

3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Former 2132 agents des 410CS, 610PS, 38HP/HR et les 8 CMC de l'intérieur sur le protocole de PEC de la malnutrition aigue P1 : 1032 P2 : 1100	2	Nombre d'agents formés sur le protocole de PEC de la malnutrition aigue	Rapport de formation	55 728 000	59 400 000	115 128 000
3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Organiser 3 missions de suivi-évaluation des activités de formation P1 : 3	2	Nombre de missions de suivi réalisées	Rapport de mission	2 013 000		2 013 000
3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Approvisionner les structures de santé concernées (CNT, CNA, CNS) en médicaments, aliments thérapeutiques et outils de gestion P1 : 38 CNT, 410 CNA P2 : 640 CNS	3	Disponibilité des médicaments et thérapeutiques dans les CNS, CNA et CNT	PV de réception Bordereau de livraison	100 000 000	100 000 000	200 000 000
3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Mettre en place un système de surveillance nutritionnelle à base communautaire (FARNG et FARN E) dans 2050 villages P1 : 1025 P2 : 1025	3	Nombre de sites de surveillance nutritionnelle à base communautaire mis en place	Rapport de mise en place	128 125 000	128 125 000	256 250 000
3	6	Les taux de malnutrition aigue, chronique et l'insuffisance pondérale sont réduits respectivement de 8% à 5%, de 40% à 20% et de 26% à 10% d'ici à 2015	Réaliser une enquête SMART par an, pour évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans. P1 : 2 P2 : 2	2	Le taux de malnutrition des enfants de moins de 5ans	Rapport d'enquête	67 288 000	67 288 000	134 576 000

3	7	40% des enfants de moins de 2 ans sont suivis à travers leurs courbes de croissance et bénéficient d'interventions adéquates d'ici 2015	Mettre en place un système de surveillance nutritionnelle (formation, équipements et outils de gestion) tenant compte des nouvelles normes de croissance de l'OMS dans les structures de santé (38 HP 410CS et 640 PS) P1 : 38 HP et 410 CS P2 : 640 PS	3	Nombre d'activités identifiées à travers la fiche de croissance	Rapport de monitoring, Rapport d'activités,	56 000 000	800 00 000	136 000 000
3	7	40% des enfants de moins de 2 ans sont suivis à travers leurs courbes de croissance et bénéficient d'interventions adéquates d'ici 2015	Approvisionner 38 HP, 410 CS et 640 PS en OG (fiches, infantiles, fiches CPN, fiches PF, carnets de santé, cartes conseil, registre CPC enfant actualisé selon les normes). P1 : 38 HP, 410 CS et 640 PS	3	Nombre de structures dotées en OG. Disponibilité des OG dans les structures.	Bordereau de livraison. Rapport de monitoring.	68 816 000	68 816 000	137 632 000
3	7	40% des enfants de moins de 2 ans sont suivis à travers leurs courbes de croissance et bénéficient d'interventions adéquates d'ici 2015	Assurer 48 missions de supervision intégrée et de suivi-évaluation des activités	2	Nombre de missions de suivi-évaluations réalisées	Rapport de mission	16 104 000	16 104 000	32 208 000
Sous Total de l'Objectif Stratégique 3 :									
13 621 889 000 GNF									

VIII. Objectif stratégique IV : Développer des services de santé préventifs, curatifs et promotionnels adaptés aux adolescents et aux jeunes.

4	1	40% des Centres de Santé développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Réaliser une enquête nationale de base sur la santé et développement des adolescents et des jeunes P1 : 1	3	Données de base disponibles	Rapport d'enquête	33 644 000		33 644 000
4	1	40% des Centres de Santé développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Finaliser et valider les curricula de formation en santé et développement des adolescents et des jeunes P1 : 1	2	Curricula de formation finalisé et validé	Rapports de validation	6 570 000		6 570 000
4	1	40% des Centres de Santé développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Organiser un atelier de formation de 20 formateurs nationaux et régionaux P1 : 1 atelier de 20 participants	2	Nombre de formateurs formés	Rapport de formation	9 000 000		9 000 000
4	1	40% des Centres de Santé développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Organiser un atelier d'adaptation des outils de gestion prenant en compte la santé et le développement des adolescent(e)s et des jeunes ; P1 : 1 atelier de 25 participants	2	Outils de gestion disponibles	Rapport d'atelier	1 357 000		1 357 000
4	1	40% des Centres de Santé développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Former 400 prestataires de santé à la prise en charge des problèmes de santé spécifiques aux adolescents et jeunes P1 : 200 P2 : 200	2	Nombre de prestataires formés	Rapport de formation	10 857 000	10 857 000	21 714 000

4	1	40% des Centres de Santés développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Aménager des espaces appropriés dans 164 CS et 16 hôpitaux pour les services conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes P1 : 100 CS, 10 hôpitaux P2 : 64CS et 6 Hôpitaux	3	Nombre de locaux aménagés	Rapport d'activités	110 000 000	70 000 000	180 000 000
4	1	40% des Centres de Santés développent des activités des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes D'ici à 2015	Intégrer les services conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes dans 76 CS (1CSU; 1CSR) par an P1 : 200 P2 : 104	3	Nombre de centre de sante (CS) intégrés	Rapport d'intégration des services conviviaux	200 000 000	104 000 000	304 000 000
4	2	40% des Points de Prestation de Service offrent des services de santé aux ado-jeunes selon les standards adaptés à leurs besoins d'ici 2015	Organiser 8 séances d'IEC/CCC en faveur des ado-jeunes sur leurs besoins, leur développement et leurs droits en santé sexuelle et reproductive P1 : 4 P2 : 4	5	Nombre de séances d'IEC/CCC réalisés	Rapport de sensibilisation	5 429 000	5 429 000	10 858 000
4	2	40% des Points de Prestation de Service offrent des services de santé aux ado-jeunes selon les standards adaptés à leurs besoins d'ici 2015	Organiser un atelier de Formation de 18 formateurs nationaux sur les standards des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes P1 : 1 atelier de 18 participants	2	Nombre formateurs formés	Rapport de formation	3 000 000		3 000 000
4	2	40% des Points de Prestation de Service offrent des services de santé aux ado-jeunes selon les standards adaptés à leurs besoins d'ici 2015	Organiser 12 ateliers de Formations des équipes cadres des DRS (50) et DPS (228) sur les standards des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes P1 : 8 ateliers de 25 participants P2 : 4 ateliers de 25 participants	2	Nombre d'équipes cadres formés	Rapport de formation	20 000 000	10 000 000	30 000 000

4	2	40% des Points de Prestation de Service offrent des services de santé aux ado-jeunes selon les standards adaptés à leurs besoins d'ici 2015	Former 400 prestataires et équiper 200 points de prestation de services (PPS) pour offrir des prestations de qualité adaptées aux besoins spécifiques des adolescent(e) et jeunes. P1 : prestataires 300, 150 PPS P2 : prestataires 100, 50 PPS	2	Nombre de prestataires formés et de PPS équipés	Rapport de formation	114 100 000	114 100 000	228 200 000
4	2	40% des Points de Prestation de Service offrent des services de santé aux ado-jeunes selon les standards adaptés à leurs besoins d'ici 2015	Organiser des suivis et supervision formatives DPS (608), DRS (128) National (8) P1 : DPS (420); DRS (90), Nat (5) P2 : DPS188, DRS 38, Nat 3	4	Nombre de suivis réalisés	Rapport de suivi	121 025 000	53 815 000	174 840 000
4	3	70% des adolescents et jeunes utilisent des services de santé adaptés à leurs besoins d'ici à 2015	Organiser deux sessions de plaidoyer pour le développement d'un partenariat entre les Ministères en charge de l'Education, de la santé, de la Jeunesse, MASPFE, de la décentralisation, de la justice et les partenaires bi et multilatéraux pour l'intégration de l'éducation sexuelle des ado/jeunes dans les écoles et hors des écoles P1 : 2 sessions de plaidoyer de 40 participants	2	Nombre de rencontres réalisées avec ces différents partenaires	PV de réunion	4 343 000		4 343 000

4	3	70% des adolescents et jeunes utilisent des services de santé adaptés à leurs besoins d'ici à 2015	Organiser 152 campagnes (1par an) d'information, de sensibilisation et d'éducation des ado/jeunes sur les problèmes de santé (IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées ...) et les services disponibles dans les 38 districts P1 : 90 P2 : 62	5	Nombre de campagnes réalisés	Rapport de campagnes	45 000 000	31 000 000	76 000 000
4	4	50% des adolescents et jeunes adoptent un comportement responsable d'ici à 2015	Organiser 456 séances d'IEC/CCC par an dans 38 centres jeunes; pour promouvoir des modes de vie sains visant entre autres la réduction de l'usage des substances nocives (tabacs, drogue, alcool...etc.), les accidents de la route, les grossesses non désirées, la violence, le viol par les adolescents et jeunes dans les 38 districts sanitaires P1 : 306 P2 : 150	5	Nombre de séances d'IEC/CCC organisés	Rapports d'activités	45 900 000	22 500 000	68 400 000
4	5	Le suivi et l'évaluation des services adaptés aux adolescents et jeunes sont assurés	Organiser un atelier d'intégration des indicateurs de suivi et d'évaluation des activités de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes dans les fascicules de monitoring et des rapports SNIGS des centres de santé et hôpitaux ; P1 : 1 atelier de 25 participants	3	indicateurs de suivi et d'évaluation intégrés	Rapport d'atelier	1 350 000		1 350 000

4	5	Le suivi et l'évaluation des services adaptés aux adolescents et jeunes sont assurés	Doter les 38 DPS et 8 DRS en Kits solaires P1 : 20 DPS ; 4 DRS P2 : 18 DPS et 4 DRS	3	Nombre de structures dotées en Kits solaires	PV de réception	75 600 000	69 300 000	144 900 000
4	5	Le suivi et l'évaluation des services adaptés aux adolescents et jeunes sont assurés	Organiser une évaluation à mi parcours et une à la fin de la mise en œuvre de la feuille de route P1 : 1 P2 : 1	3	Le nombre d'évaluations réalisées	Rapport d'évaluation	2 000 000	2 000 000	4 000 000

Sous Total de l'Objectif Stratégique 4 :

1 302 177 GNF

Objectif stratégique V : Renforcer les capacités des niveaux central, intermédiaire et périphérique pour la mise en œuvre de la feuille de route.

5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Former/Recycler des cadres de la DNSFN et des programmes impliqués dans la mise en œuvre de la feuille de route en planification, gestion et suivi/évaluation (Formation de10 cadres à l'extérieur de la Guinée et 20 cadres en Guinée) P1 : 30	2	Nombre de cadres formés	Rapport d'activité	202 500 000		202 500 000
---	---	---	--	---	-------------------------	--------------------	-------------	--	-------------

5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de	Doter les Directions et les programmes impliqués dans la mise en œuvre de la feuille de route, de 8 véhicules de supervision, 15 Kits informatiques pour 15 postes de travail P1 : 8 véhicules et 15 kits informatiques	3	Nombre de véhicule, de kits informatiques achetés et livrés	Bordereaux de livraison	280 000 000	280 000 000	280 000 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Créer un réseau d'intranet et d'Internet au niveau des Directions et des Programmes impliqués dans la mise en œuvre pour le système d'information P1 : 1 réseau	3	Existence d'un Réseau intranet et fonctionnels	Rapport d'installation P.V. de réception	2 347 000	2 347 000	2 347 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Renforcer le système de maintenance des équipements (roulants, parc informatique) à tous les niveaux à travers la formation. P1 : niveaux central, régional et périphérique	2	Existence d'une équipe de maintenance opérationnelle à tous les niveaux	Rapport de mission, rapport d'inventaire	35 000 000	35 000 000	35 000 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Elaborer un plan de suivi de la mise en œuvre de la feuille de route P1 : 1 consultation	2	Existence du Plan de suivi de la mise en œuvre	Rapports de mise en œuvre	13 500 000	13 500 000	13 500 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Elaborer un plan d'approvisionnement en intrants pour la mise en œuvre de la feuille de route P1 : 1 consultation	2	Existence de l'approvisionnement de la mise en œuvre	Rapports de mise en œuvre	13 500 000	13 500 000	13 500 000

5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Elaborer un plan de Formation de la mise en œuvre de la feuille de route P1 : 1 consultation	2	Existence du Plan de formation de la mise en œuvre	Rapports de mise en œuvre	13 500 000	13 500 000	13 500 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Rendre fonctionnelle une unité de suivi –évaluation au sein de la DNSFN (2 Kîts informatiques et matériels de bureau pour 1poste de travail) P1 : 1 unité	2	Existence d'une Unité de suivi-évaluation fonctionnelle	Rapport d'activité	4 576 000	4 576 000	4 576 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Organiser un atelier de Révision et production de guide, de fascicule et de manuel de monitoring et de supervision prenant en compte les indicateurs de la FRN P1 : 1 atelier de 25 participants	2	Existence des Documents révisés	Rapport d'atelier	1 350 000	1 350 000	1 350 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Réaliser 2 supervisions intégrées par an (1 par semestre), une réunion de coordination par trimestre. P1 : 4 supervisions et 8 réunions P2 : 4 supervisions et 10 réunions	2	Nombre de supervisions et de réunions de coordination réalisées	Rapport d'activité PV de réunion	8 052 000	394 000	17 446 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Réaliser des enquêtes /évaluations nationales sur les déterminants de la santé maternelle, néonatale et infant-juvénile (SONU, ado-jeunes, PF, etc....) P1 : 2 P2 : 4	2	Disponibilité de données sur les déterminants de la santé MNIJ	Rapports d'évaluation/enquête	67 288 000	134 576 000	201 864 000

5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Organiser 4 réunions par an du comité multisectoriel de coordination et de Suivi des activités de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et infantile. P1 : 8 P2 : 8	2	Nombre de réunions réalisés	PV de réunion	16 000 000	16 000 000	32 000 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Organiser 2 réunions de plaidoyer par an en vue de l'allocation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la feuille de route P1 : 4 réunions P2 : 4 réunions	2	Nombre de réunions de plaidoyer réalisés	PV de réunion	8 000 000	8 000 000	16 000 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Organiser 4 séances de plaidoyer à raison d'une séance par an, en direction des autorités pour la dotation de 50% des Centres de santé en Sages femmes et chaque hôpital en Gynéco - obstétriciens et Pédiatres et les conditions de leurs maintiens dans les structures (logement, eau, primes). P1 : 2 P2 : 2	4	Nombre de structure disposant de personnels requis	Rapport d'activités	5 228 000	5 228 000	10 457 000
5	1	La Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition(DNSFN) dispose de capacités humaines, matérielles et techniques pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	Assurer l'évaluation de la feuille de route en 2013 et en 2015 P1 : 1 évaluation P2 : 1 évaluation	2	Nombre d'évaluations réalisées	Rapports d'évaluations	13 500 000	13 500 000	27 000 000

5	2	Les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) et les Directeurs préfectoraux de la santé (DPS) disposent des capacités humaines, matérielles et techniques pour l'opérationnalisation de la feuille de route	Organiser 7 ateliers de Formation et ou recyclage de 2 cadres par DRS/DSV/Co et 4 DPS/DCS par an soit 175 participants en gestion (planification, supervision, suivi /évaluation) P1 : 7 ateliers	2	Nombre de cadre formés	Rapport de formation	52500 000	52 500 000
5	2	Les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) et les Directeurs préfectoraux de la santé (DPS) disposent des capacités humaines, matérielles et techniques pour l'opérationnalisation de la feuille de route.	Doter les 410CS en motos, les 38 DPS/DCS et les 8 DRS en véhicules de supervision selon les besoins P1 : 310 motociclettes, 14 véhicules 4X4P2 : 100 motociclettes, 10 véhicules 4X4	2	Nombre de motos et de véhicules achetés	Bordereau de livraison PV réception	840 000 000	840 000 000
5	2	Les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) et les Directeurs préfectoraux de la santé (DPS) disposent des capacités humaines, matérielles et techniques pour l'opérationnalisation de la feuille de route.	Réaliser 2 supervisions intégrées par an par DRS (1 par semestre) et une réunion de coordination par semestre. P1 : 4 supervisions et 4 réunions P2 : 4 supervisions et 4 réunions	2	Nombre de supervisions et de réunions de coordination réalisées	Rapport d'activité PV de réunion	2 684 000	5 368 000
5	2	Les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) et les Directeurs préfectoraux de la santé (DPS) disposent des capacités humaines, matérielles et techniques pour l'opérationnalisation de la feuille de route.	Réaliser 4 supervisions intégrées par an et par DPS/DCS (1 chaque trois mois) P1 : 8 P2 : 8	2	Nombre de supervisions réalisées	Rapport d'activité	1 000 000	2 000 000

5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PC/IMNE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, I'FORSS...) et dans les facultés de médecine	Organiser deux ateliers de Formation/ recyclage de 20 enseignants et 20 encadrés de stages en SONU/PC/IMNE et SDAJ P1 : 2 ateliers	4	Nombre de personnes formées	Rapport d'ateliers	15 000 000	15 000 000	15 000 000
5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PC/IMNE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, I'FORSS...) et dans les facultés de médecine	Organiser 6 ateliers pour actualiser les curricula de formation (SOE/CPN recentrée, SONU, PF, procédure de revue des décès maternels et néonataux, PTME, PC/IMNE et SDAJ) P1 : 6 ateliers	2	Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'ateliers	45 000 000	45 000 000	45 000 000
5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PC/IMNE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, I'FORSS...) et dans les facultés de médecine	Doter/Equiper l'IPPS de Donka, l'école de sage - femme de Kindia, l'université de Conakry et le CESFARH en matériels et équipements didactiques (Le mannequin (Mme Zoé), les poupées, le placenta, le mannequin/matériels pour insertion du DIU, l'appareil pour réanimation du Nouveau-né P1 : Equipement d'IPPS de Donka, l'école de sage-femme, l'université P2 : Equipement de CESFARH	2	Nombre de matériels et d'équipements achetés Nombre de structures bénéficiant des équipements	PV de réception	50 000 000	50 000 000	100 000 000
5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PC/IMNE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, I'FORSS...) et dans les facultés de médecine	Organiser un atelier de renforcement des capacités techniques et pédagogiques de 20 personnels encadrés de l'IPPS P1 : 1 atelier	2	Nombre d'encadrés formés	Rapport de formation	1 086 000	1 086 000	1 086 000

5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PCIMINE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, l'IFORSS...) et dans les facultés de médecine	Organiser des stages pratiques urbain/rural pour les stagiaires en fin de cycle de l'IPPS, des écoles de sage femme et de l'université P1 : 100 stagiaires	4	Nombre de stages réalisés Nombre de stagiaires bénéficiaires	Rapport de stage Rapport d'évaluation	5400000 5400000	5 400000
5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PCIMINE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, l'IFORSS...) et dans les facultés de médecine	Assurer le suivi/Evaluation de 200 étudiants stagiaires de l'IPPS, des écoles de sage femme et de l'université dans les zones urbaine et rurale P1 : 100 stagiaires P2 : 100 stagiaires	2	Nombre de Suivi/Evaluation réalisé	Rapport d'évaluation	5 429000	10 858000
5	3	La formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en PCIMINE clinique et communautaire est intégrée dans le cursus de formation des écoles professionnelles de santé (IPPS, Kindia, l'IFORSS...) et dans les facultés de médecine	Mettre en place une plate forme de partenariat entre les écoles de sages femmes (Kindia, l'IPPS, l'IFORSS, l'université,...) et la Direction Nationale de santé familiale et de la nutrition. P1 : Plate-forme	2	Mémemorandum d'entente disponible	Document écrit	3500000	3 500000
5	4	La formation sur les Actions essentielles en Nutrition (AEN) est intégrée dans le cursus de formation des facultés de médecine, des écoles professionnelles de santé et d'agriculture d'ici 2015	Organiser 1 atelier pour actualiser les curricula de formation sur les AEN P1 : 1 atelier	2	document révisé disponible	Rapport d'atelier	7 500000	7 500000

5	4	La formation sur les Actions essentielles en Nutrition (AEN) est intégrée dans le cursus de formation des facultés de médecine, des écoles professionnelles de santé et d'agriculture d'ici 2015	Organiser deux ateliers de Formation/ recyclage de 50 enseignants et encadreurs de stage sur les AEN P1 : 2 ateliers	2	Nombre d'enseignants formés	Rapport d'atelier	15 000000		15 000000
---	---	--	---	---	-----------------------------	-------------------	-----------	--	-----------

Sous Total de l'Objectif Stratégique 5 :

1 974 251 GNF

Objectif stratégique VI : Promouvoir les pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la santé maternelle, néonatale et infantile et pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes

6	1	70% des mères/ gardiennes d'enfants connaissent et appliquent les pratiques familiales et communautaires clés bénéfiques à la santé de leurs enfants d'ici à 2015	Organiser un atelier de formation de formateurs (chef de centre de santé) en PCIMNE Communautaire plus) dans 27 Districts. P1 : 1 atelier	5	Nombre de Districts sanitaires où la PCIMNE communautaire plus est mise en œuvre	Rapport de formation	7 500 000		7 500000
6	1	70% des mères/ gardiennes d'enfants connaissent et appliquent les pratiques familiales et communautaires clés bénéfiques à la santé de leurs enfants d'ici à 2015	Organiser des séances de formation de 7000 AC, soit 5 AC par village dans 1400 villages sur la PCMNE communautaire à raison de 200 villages par régions administratives P1 : 5000 AC P2 : 2000 AC	3	% de femmes qui ont adopté les pratiques familiales clés	Enquête, Rapports d'activités	270 000 000	108 000 000	378 000 000
6	1	70% des mères/ gardiennes d'enfants connaissent et appliquent les pratiques familiales et communautaires clés bénéfiques à la santé de leurs enfants d'ici à 2015	Etendre les Initiatives Communautaires Amies des Bébé (ICAB) dans 285 CSP P1 : 185 CS P2 : 100 CS	5	Taux d'allaitement exclusif durant les six premiers mois de la naissance dans les districts couverts	Rapport d'enquête	9 990 000	5 400 000	15 390 000

6	2	55% des Nouveau-nés sont mis au sein dans la première demi-heure de vie d'ici à 2015	Organiser une fois par an, la semaine mondiale de l'allaitement maternel P1 : 2 P2 : 2	5	% de nouveau nés mis au sein dans la première demi heure de vie	Rapport d'activités	15 000 000	15 000 000	30 000 000
6	3	80% des enfants de 6 à 9 mois reçoivent une alimentation de complément adéquat en 2015	Organiser 8 ateliers de dissémination du guide pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les régions administratives P1 : 8	5	Nombre d'ateliers régionaux de disséminations tenus	Rapport d'atelier	60 000 000		60 000 000
6	3	80% des enfants de 6 à 9 mois reçoivent une alimentation de complément adéquat en 2015	Organiser 2 campagnes de promotion de l'alimentation du nourrisson par an P1 : 4 P2 : 4	5	% d'enfants recevant une alimentation complémentaire	Rapport d'enquête	14 000 000	14 000 000	28 000 000
6	4	La proportion de couples qui acceptent la PF dans la communauté passe de 9 % à 15% d'ici à 2015	Promouvoir la PF à travers 4 campagnes CCC/IEC à l'endroit de 500000 hommes et femmes P1 : 2 campagnes P2 : 2 campagnes	5	La prévalence contraceptive au niveau communautaire	Rapport d'enquête	7 000 000	7 000 000	14 000 000

6	4	La proportion de couples qui acceptent la PF dans la communauté passe de 9 % à 15% d'ici à 2015)	Introduire les contraceptifs injectables (dépo-provéra) dans 200 postes de santé P1 : 100 P2 : 100	3	Nombre de familles touchées;	Rapport d'activités	12 500 000	12 500 000	25 000 000
6	5	Le taux des MGF est réduit de 96% à 90% d'ici à 2015	Organiser 10 séances par an pour sensibiliser 1500 Familles / communautés sur les effets néfastes des MGF sur la santé de la femme P1 : 20 séances P2 : 20 séances	5	Nombre de familles touchées; Taux d'abandon des MGF	Rapport d'activité	3 000 000	3 000 000	6 000 000
6	5	Le taux des MGF est réduit de 96% à 90% d'ici à 2015	Former 24 formateurs nationaux (communicateurs traditionnels, leaders religieux) sur les conséquences néfastes des MGF/E sur la santé de la femme et de l'enfant dans les 8 régions administratives P1 : 1 atelier de 24 participants	5	Nombre de formateurs nationaux formés Nombre de sessions organisées avec la participation de leaders et personnels de santé touchées	Rapport d'atelier	1 200 000		1 200 000
6	5	Le taux des MGF est réduit de 96% à 90% d'ici à 2015	Organiser 10 séances de sensibilisation par an auprès des exciseuses traditionnelles pour l'abandon de l'excision et favoriser leur reconversion vers d'autres activités génératrices de revenus P1 : 20 séances P2 : 20 séances	5	Nombre de séances organisées par région et par an; Nombre d'exciseuses traditionnelles reconverties pour d'autres AGR	Rapport d'activités Rapport d'activités	2 500 000	2 500 000	5 000 000
6	5	Le taux des MGF est réduit de 96% à 90% d'ici à 2015	Organiser 8 ateliers de vulgarisation et de dissémination sur le contenu de la CDE et CEDEF, de la loi SR dans les 8 régions administratives P1 : 8 ateliers	5	Nombre d'ateliers de vulgarisation organisés dans les régions	Rapport d'atelier	60 000 000		60 000 000

6	6	Les cas de violences basées sur le genre sont réduits de 96% à 2015	Organiser 10 séances par an pour sensibiliser 1500 Familles /, les communautés, la société civile sur leurs rôles et responsabilités dans la PEC des conséquences des violences basées sur le genre P1 : 20 P2 : 20	5	Nombre de séances de sensibilisations réalisées par an	Cahier de sensibilisation Rapports d'activités	2 500 000	2 500 000	5 000 000
6	6	Les cas de violences basées sur le genre sont réduits de 96% à 90%? d'ici à 2015	Mettre en place 38 comités de prévention et de soutien psychosocial pour garantir l'accès aux services de lutte contre la violence basée sur le genre P1 : 38	5	Nombre de comités de soutien mis en place	Rapport d'activités	45 600 000	45 600 000	45 600 000
6	7	Les grossesses précoces avant 17 ans sont réduites de 12% à 7% d'ici à 2015	Organiser 4 séances de plaidoyer pour l'application de l'âge légal du mariage, de la loi SR, et de la CEDEF. P1 : 2 P2 : 2	5	Documents de plaidoyer	Rapport d'activités	250 000	250 000	500 000
6	7	Les grossesses précoces avant 17 ans sont réduites de 12% à 7% d'ici à 2015	Organiser 10 campagnes de sensibilisation par an, pour la prévention des pratiques traditionnelles néfastes dans la communauté P1 : 20 P1 : 20	5	Nombre de séances de sensibilisation réalisées	Rapport d'activités	2 500 000	2 500 000	5 000 000
Sous Total de l'Objectif Stratégique 6 :									
68 190 000 GNF									

Objectif stratégique IX : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des produits de la santé de la reproduction y compris les vaccins.

7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015.	Organiser 5 ateliers de formation en management à l'intention du comité national et des sous-comités de quantification des produits de santé.P1 : 3 ateliers de 25 participantsP2 : 2 ateliers de 25 participants	2	Nombre de structures qui disposent de produits SR à sécuriser	Rapport dateliers, Rapport d'activités	4 072 000	2 715 000	6 786 000
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Organiser un atelier d'actualisation et 8 ateliers de dissémination de la liste nationale des produits SR dans les régions administratives pour les structures de santé publiques et privées de santé. P1 : 1 atelier d'actualisation pour 25 participants, 8 ateliers de dissémination pour 200 participants	2	Liste nationale des produits SR actualisée disponible et mise en application dans toutes les structures de santé	Rapport datelier, Rapport d'activités	9600 000		9 600 000
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Elaborer un plan d'approvisionnement annuel des produits SR P1 : élaboration du plan (PM)		Plan d'approvisionnement annuel disponible		5000 000		5 000 000

7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Renforcer les capacités de distribution et de stockage de la PCG par la fourniture de 2 camions et la rénovation d'un magasin à la PCG P1 : Achat d'un camion et rénovation d'un magasin de la PCG ; P2 : Achat d'un camion	2	Véhicule disponible Magasin rénové	PV de réception du camion et du magasin Bordereau de livraison	100000 000		100 000 000
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Réaliser une analyse situationnelle pour identifier les besoins en matière de contrôle de qualité des produits SR y compris les préservatifs masculin et féminin et doter le laboratoire national de contrôle de qualité en équipements, matériels et réactifs, conformément aux résultats de l'AS P1 : 1 analyse situationnelle P2 : achat d'équipements et de réactifs (PM)	3	Les données sur les besoins en matière de contrôle de qualité des produits SR sont disponibles	Le rapport de l'analyse situationnelle	25000 000		25 000 000
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Rendre disponible les contraceptifs et autres produits SR, réactifs, équipements SONUB et SONUC, OG, dispositifs et consommables médicaux conformément au plan d'approvisionnement P1 et P2 : PM	3	Taux de disponibilité en produits SR dans les structures de prestations de soins y compris les ONG, le secteur privé et le niveau communautaire (services à base communautaire)	PV de réception Bordereau de livraison Rapport d'activités Rapport de monitoring	50000 000	50000 000	100 000 000
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Organiser 8 séances de plaidoyer pour la mise en œuvre du système national de logistique intégrée pour les produits SR P1 : 4 P2 : 4	3	nombre de partenaires ayant utilisé la PCG comme structure de stockage et de distribution des produits de santé	Rapport d'activité Bon de livraison	4800 000	4800 000	9 600 000

7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Réaliser 12 missions de suivi-évaluation des activités (2 au niveau national ; 4 au niveau régional et 6 au niveau préfectoral) par an P1 : 24 P2 : 24	2	Nombre de supervision, suivi et évaluation effectué à tous les niveaux du système d'approvisionnement et de gestion des produits SR	Rapport de supervision / suivi/évaluation	8 052 000	8 052 000	16 104 000	
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Organiser 35 ateliers de formation/ recyclage de 865 agents sur la gestion des produits SR dans les structures de santé P1 : 25 P2 : 10	2	Nombre de cadres formés en gestion logistique des produits et utilisation rationnelle des produits	Rapport de Formation	30000 000	12000 000	42 000 000	
7	1	100% des structures de distribution et de soins disposent de l'ensemble des produits SR à sécuriser d'ici 2015	Organiser 16 réunions et deux voyages d'études pour le Renforcement de capacité de coordination de la DNPL et du comité de pilotage SPSR P1 : 8 réunions et 2 voyages P2 : 8 réunions	2	Nombre de réunion de coordination tenu Nombre de voyages d'études effectués	PV de réunion Rapport de mission	9600 000	9600 000	19 200 000	
Sous Total de l'Objectif Stratégique 7 :										
Total Financement FRNMNIJ							34 154 215 000	24 615 515 000	58 769 730 000	333 290 000 GNF

X. Bibliographies

1. **All these children who die while coming into the world**, Special Road Map, UNFPA.
2. **All these women who die while giving birth, Regards on population and development**,
3. **Amélioration de la performance, pour des services de santé reproductive de qualité**, JHPIEGO ; 2003.
4. **Amélioration des services ; disponibilité du sang, sources de financement pour les médicaments, tenue des registres** Résumé des Conférences sur les résultats PMM ; Juin 1996
5. **Améliorer les services liés à la Mortalité maternelle : Benin, Burkina Faso, Kenya**, Réseau de Prévention régionale de mortalité maternelle (RPMM) ; Décembre 2003
6. **Analyse de la situation de l'enfant et de la mère : Programme de coopération 2002-2006 GUINEE-UNICEF** Revue à mi-parcours Conakry, Septembre 2004 ;
7. **Analyse de la situation de la Sécurité des produits de Santé de la reproduction en Guinée** ; Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Pharmacie et des laboratoires/Division Santé de la reproduction ; 2007.
8. **Analyse situationnelle des fistules obstétricales en République de Guinée**, Ministère de la Santé Publique ; Juillet 2007.
9. **Analyse situationnelle des programmes de Santé de la reproduction** ; Ministère de la Santé Publique Direction Nationale de la Santé Publique ; Division Santé de la Reproduction ; Décembre 1998.
10. **Annuaire 2005 des hôpitaux publics de Guinée**, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins ; Juin 2006.
11. **APNDS : document de Synthèse de l'Évaluation des besoins en Équipements et Matériel pour les SOUB et les SOUC-DSR.07** 2004.
12. **Atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement pour la Santé : Jusqu'ici les progrès sont mitigés. Pouvons nous atteindre nos cibles?** Disease Control, Priorities Project? Tire de "MILLENNIUM Development Goals for Health: What will It Take to Accelerate Progress, Disease control Priorities in Developing Countries, 2nd ed -DT Adam Wagstaff et al; 2006; Février 2007.
13. **Au delà du Nombre : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la Grossesse**. Département Santé et Recherche Génésique, Organisation Mondiale de la Santé (WHO) ; 2004.
14. **Axes Stratégiques du PNDS**, Plan National de Développement Sanitaire 2005-2014, Ministère de la Santé Publique ; Août 2004.
15. **Bilan Commun de (Pays Guinée)**, République de Guinée/Nations Unies ; Novembre 2005.
16. **Cadre et Directives de Planification 2005**, Ministère de la Santé Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification ; Burkina Faso ; Septembre 2004.
17. **Child Survival: Strategy for the African Region**, Report of the Regional Director, AFR/RC56/13; September 2006.

18. **Consultation Régionale sur l'approche intégrée de la promotion de la croissance et du Développement optimal du fœtus**, Abuja, Nigeria 1^{er} au 4 mai 2006 ; Rapport de Mission, Mai 2006.
19. **Convention relative aux Droits de l'Enfant**, Dossier d'Information, Centre des Nations Unies Pour les Droits de l'Homme, Unicef, Ratifiée par la Guinée, Avril 1990.
20. **Déterminants sur de la fécondité des adolescentes en Guinée**, Jean René CAMARA ; 2007.
21. **Diagnostic de la situation pour l'évaluation des besoins pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le secteur Santé**, Boubacar SALL, Aboubacar Sidiki DIAKITE ; Juillet 2006.
22. **Document Cadre de la Décentralisation dans le Secteur de la Santé**, Ministère de la Santé Publique ; Direction Nationale de la Santé Publique ; Octobre 2006.
23. **Document Cadre et Statuts du Centre National de Santé Familiale et Reproduction Humaine**, CESFARH ; Octobre 2004.
24. **Document d'opérationnalisation du sous programme Santé de la Reproduction, Planification Familiale et Santé sexuelle (SR/PF/SS)** ; Octobre 1997.
25. **Donnons sa Chance a Chaque Mère et a Chaque Enfant**, Rapport sur la Santé dans le monde 2005 ; OMS.
26. **Dossier Mère/Enfant : Guide pour une Maternité Sans Risque**, OMS Genève ; Année.....
27. **Du Caire a 2015, La voie du Succès, Progrès réalisés par les parlementaires dans l'application du Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement**, UNFPA, Enquête mondiale 2006.
28. **Engagements concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous**, Family Care International ; 1995.
29. **Enquête à Indicateurs Multiples (MICS-2003)** ; Ministère du Plan, Direction Nationale de la Statistique, Unicef ; Septembre 2004.
30. **Enquête Démographique et de Santé 2005, Guinée III**, Ministère du Plan, Direction Nationale de la Statistique ; Avril 2006.
31. **Enquête sur le Questionnaire des Indicateurs de base du bien-être (GUIBB)**
32. **Évaluation des besoins en SOUB et SOUC en Guinée**, Ministère de la Santé Publique ; Juillet 2004.
33. **Évaluation des MURIGA**, Ministère de la Santé, Unicef, SASDE, Rapport final, 2005.
34. **Evaluation du Laboratoire National de référence dans le cadre de l'Enquête Démographique d e Santé 3 de la République de Guinée**, Ministère du Plan, Ministère de la Santé Publique, Sékou TRAORE, Service de Sérologie Immunologie INRSP, Bamako, Mali ; Mars 2005.
35. **Feuille de Route pour accélérer la réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et néonatales en Afrique**. Document générique OMS ; 2004
36. **Gratuité de la Césarienne, Expérience Pays : Sénégal, Niger, Bénin, Mauritanie** (Forfait Obstétrical), Atelier Inter Agence sur l'Opérationnalisation des FdR, Rapport de Mohamed Sidatty KEITA ; Mai 2007.

37. **Guide to Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Care and Support**, UNAIDS, WHO, UNICE, FHI, Measure Evaluation, USAID; WHO, 2004.
38. **Introduction aux services santé de la Reproduction des Hommes** ; Ministère de la Santé Publique, Division Santé de la Reproduction ; Avsc International ; 1998.
39. **Islam et Planification Familiale**, Farzaneh ROUDI-FAHIMI, Population et Référence Bureau ; Décembre 2004.
40. **Loi Santé de la Reproduction (SR)**, Loi L/2000/010/AN, Adoptant et Promulguant la Loi Portant Santé de la Reproduction ; Juillet 2000.
41. **Maternal Deaths, An Unacceptable Lack of Progress**: Forgy International Center of the US National Institutes of health World Bank ; Mars 2007.....
42. **Mère et enfant en milieu tropical** : Médecine Tropicale Revue française de pathologie et de santé tropicale N°4/5 An 2000.
43. **Modules de Formation en Gestion des Programmes de Santé, Santé de la Reproduction TOMES 1-3** ; Mohamed Sidatty KEITA, Boubacar SALL, Ministère de la Santé Publique ; Juin 2004.
44. **Normes et Procédure en Santé de la Reproduction**, Ministère de la Santé Publique, Division Santé de la Reproduction ; 2006.
45. **Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : Objectifs, Cibles et Indicateurs**,
46. **Paquet minimum d'activités en santé de la reproduction par niveau de la pyramide sanitaire**, Ministère de la Santé, UNFPA ; Avril 2003.
47. **PCIME, Amélioration des systèmes de santé**, Bulletin de Prise en Charge intégrée, Volume 5 Numero 1 ; Mars 2002.
48. **Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies au Développement de la Guinée pour 2007- 2011** ; Avril 2007.
49. **Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au Développement de la Guinée 2007- 2011**, Système des Nations Unies en Guinée ; Avril 2007.
50. **Plan d'action du programme Pays 2007-2011 entre le Gouvernement de la République de Guinée et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef)**, Décembre 2006.
51. **Plan d'action du programme Pays 2007-2011 entre le Gouvernement de la République de Guinée et le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Développement (Unfpa)** ; Décembre 2006.
52. **Plan Directeur de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la santé**, 2001- 2010, Ministère de la Santé Publique ; Novembre 2000.
53. **Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction**, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Pharmacie et des laboratoires ; Décembre 2004.
54. **Plan Quinquennal Centre Régional Francophone de Formation a la prévention des cancers gynécologiques (CERFFO - PCG)**, 2005.
55. **Plan Quinquennal Sous Régional (2007-2011) de surveillance intégrée de la maladie et riposte en Afrique de l'Ouest**, OOAS/WAHO ; 2006.

56. **Plan Stratégique 2006-2010, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)**, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique, Coordination Nationale PCIME ; 2006.
57. **Plan Stratégique en Santé et Développement des adolescents et des Jeunes** ; Ministère de la Santé Publique ; Juillet 2006.
58. **Plan Stratégique National sur le Repositionnement de la Planification Familiale**, Draft, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique, Division Santé de la Reproduction, Section SMI/PF ; 2005.
59. **Plan Stratégique Sous Régional Ouest Africain pour la sécurité des Produits Consommables de la Santé Reproductive** ; OOAS/WAHO ; Novembre 2005.
60. **Politique Nationale de Santé**, Ministère de la Santé Publique ; Août 2001.
61. **Politique Nationale en Alimentation Nutrition**, Ministère de la Santé Publique ; Direction Nationale de la Santé Publique, Division Promotion de la Santé, Section Alimentation Nutrition ; Décembre 2005.
62. **Politique Nationale Santé de la Reproduction**, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique ; Octobre 2001.
63. **Politique/Stratégie pour la Gratuite de la Césarienne en Guinée**, Ministère de la Santé Publique, DNEHS ; Juin 2007.
64. **Prévention de la mortalité maternelle par le biais de soins après avortement améliorés. Que pouvez-vous faire?** OMS ; Juillet 1998.
65. **Prévention et Transmission du VIH de la Mère à l'enfant**, Choix de la Nevirapine, Notes Techniques OMS, WHO/HIVG/2001.3, WHO RHR/01.21 ; 2001.
66. **Programme National Santé de la Reproduction 2001-2010**, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique ; Octobre 2001.
67. **Programme pour une Maternité Sans Risque, Directives pour la survie de la Mère et du Nouveau-né**, Unicef ; 1999.
68. **Projet d'extension de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Guinée**, Ministère de la Santé Publique, PNPCSPS, Projet Prise en Charge PVVIH-Guinée ; Février 2006.
69. **Rapport Atelier de Suivi du Forum sur la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre** ; Bamako, Mali, 29 septembre 2 Octobre 2003.
70. **Rapport d'évaluation des coûts d'Evaluation des besoins pour l'atteinte des OMD en Guinée**, Projet d'Appui au renforcement des Capacités et Planification et de mise en œuvre des projets et programmes en vue de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le Développement (OMD) en Guinée ; Djénabou BALDE & Aïssatou PoréKo DIALLO ; Mars 2007.
71. **Rapport de l'Atelier Régional inter agence pour l'opérationnalisation des Feuilles de Routes Nationales pour la Réduction de la mortalité Maternelle et Néonatale**, M'Bours, Sénégal ; 28 mai 1^{er} Juin 2007.

72. **Rapport de l'évaluation Nationale des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence en République de Guinée**, Ministère de santé Publique, Programme National Maternité Sans Risque, UNICEF ; Juillet 2004.
73. **Rapport de la Cinquième Conférence Régionale, Assemblée Générale du Comité inter Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants** ; Dar Es Salam Tanzanie, 27 février 03 mars 2001.
74. **Rapport de la Conférence Globale sur les "Femmes donnent la Vie"**, Unfpa Guinée ; Londres, Octobre 2007.
75. **Rapport de la mission de recensement de la capacité fonctionnelle des la préfecture de Kindia, Projet de Réduction des Mutilations sexuelles féminines pratiquées par les professionnels de santé en Guinée**, Kouyaté Koyagbé KONE, Konaté Fatoumata TOURE, N'Diaye Djenabou FOFANA, Ministère de la Santé Publique, USAID, Population Council, OMS ; Septembre 2005.
76. **Rapport de la Réunion de concertation de haut niveau sur la stratégie de Réduction de la mortalité maternelle et périnatale dans les états membres de la CEDEAO, OOAS, Accra, Ghana** ; Juin 2007.
77. **Rapport de Mission de la réunion sous régionale d'évaluation décennale de la mise en œuvre de la plate forme d'action de Beijing** Afrique de l'Ouest, Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance ; Avril 2004.
78. **Rapport de Mission Quatrième Réunion du Comité Régional d'Action et de Suivi, Vision 2010** ; Mohamed Sidatty KEITA ; Janvier 2006.
79. **Rapport du Forum sur les Partenariats pour l'opérationnalisation et la mobilisation des Ressources pour la Feuille de Route Africaine Réduction de la Mortalité Maternelle et Périnatale au niveau des Pays, OOAS/WAHO** ; Accra, Juin 2007.
80. **Rapport Final de l'Evaluation des Mutuelles pour les Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement (MURIGA)**, Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique ; Décembre 2004.
81. **Rapport final du projet Renforcement des capacités institutionnelles pour la mise en œuvre des programmes et stratégies en Santé de la Reproduction** ; Sous Programme UNFPA/GUINEE ; Ministère de la Santé Publique Quatrième programme de coopération GUINEE/FNUAPGUI/00PO1, Ministère de la Santé Publique ; Direction Nationale de la Santé Publique ; Janvier 2002.
82. **Rapport Forum Régional pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, Vision 2010**, Bamako ; 7 au 8 mai 2001.
83. **Rapport Général, Première Semaine Nationale Santé de la Reproduction en Guinée**, Ministère de la Santé Publique, Division Santé de la Reproduction ; Septembre 2005.
84. **Rapport la Revue à Mi Parcours de la Vision 2010 et Déclaration des Premières Dames d'Afrique pour accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique, Revue à mi Parcours de la Vision 2010**, Bamako, Décembre 2005.
85. **Rapport sur la situation du Personnel de santé en Guinée** Octobre 200 MSP.
86. **Rapport technique de la Revue à Mi Parcours de la Vision 2010** ; Bamako, Novembre 2005.

87. **Rapport Troisième réunion du Comité Régional d'Action et de Suivi de la Vision 2010**, Nouakchott, 31 Mai-2 juin 2005.
88. **Replacer la Planification Familiale dans les services de santé génésique** : Cadre pour accélérer l'action 2005-2014 ; Comité Régional de l'Afrique, Cinquante quatrième session OMS Brazzaville ; Janvier 2004.
89. **Santé Reproductive, Stratégie de la Région Africaine 1998-2007**, Organisation Mondiale de la Santé, AFR/RC47/8 ; 1998.
90. **Soigner la femme**: J. P PONS, K. Perrouse MERROUSE-MENTHHONNEX, Mason, Paris 2005
91. **Sous Programme Amélioration de la Santé de la Reproduction** in Programme National d'Actions en Matière de Population 2004-2006, Ministère du Plan, Secrétariat Permanent de la CNPRH ; Novembre 2003.
92. **Stratégie Nationale IEC EN Santé de la Reproduction** ; Ministère de la Santé Publique ; Direction Nationale de la Santé Publique, Division Promotion de la Santé ; Juin 2002.
93. **Suivi des Progrès dans les soins infirmiers et Obstétricaux**. Enquête mondiale, Service des soins infirmiers et Obstétricaux ; WHO ; 2005
94. **The WHO Strategic Approach to Strengthening sexual and reproductive health policies and programmes**, World Health Organization, WHO/RHR, 07.7, 2007.
95. **Vers la Maternité sans risque**, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau Régional Harare, Zimbabwe ; 2001.
96. **Where is Maternal and Child Health Now?** www.the Lancet.com, Joy E. LAWN, Anne Tinkers, Stephan P. MUNJANJA, Simon COUSENS ; September 2006.

XI. Liste des participants à l'atelier de validation de la FRNRMM

N° Ordre	Nom et Prénoms	Provenances
1	Dr. Younoussa BALLO	S .Général
2	Dr. Mamadou KOUYATE	DRS Mamou
3	Dr. Kader CAMARRA	DH Mamou
4	Dr. Salifou SOUMAH	DPS Pita
5	Dr. Mariama Kankanlabé	DPS Mamou
6	Dr. Adama KABA	DRS N'zérékoré
7	Dr. Mamadou I DIALLO	DPS Mandiana
8	Dr. Amara CAMARA	DPS N'zérékoré
9	Dr. Sékou SYLLA	DRS Kindia
10	Dr. Fakrou DANSOKO	DPS Forécariah
11	Dr. léonie Yvonne TOURE	DPS Kindia
12	Dr. Adourahamane BATCHILY	DPS Dubréka
13	Dr. Kalifa BANGOURA	DRS Kankan
14	Dr. Boubacar DAFPE	DPS Kankan
15	Dr. Amara DIANE	DPS Kérouané
16	Dr. Mamadou Houdy BAH	DRS Labé
17	Dr. Abdoulaye SALL	DGHR Labé
18	Dr. Mamadou Hady DIALLO	DPS Labé
19	Thierno Ibrahima KOUROUMA	DPS Koubia
20	Dr. Mamady KOUROUMA	DNSFN
21	Dr. Mamadou Djouldé BARRY	DRS Boké
22	Dr. Solange Finda KAMANO	DPS Boké
23	Dr. Ousmane BALDE	DH Boffa
24	Fangamou KASSE	DPS Gaoual
25	Dr. Mamadou DIALLO	DPS Macenta
26	Dr. Amara Nana CAMARA	DPS Lola
27	Dr. TOFANI Thérèse	HR N'zérékoré
28	Mme N'Sia TOURE	HP Coyah Maternité
29	Dr. Diaka CAMARA	Maternité HN DONKA
30	Mme. Halimatou BALDE	Maternité HN DONKA
31	Mme. Fanta TOURE	CMC Matam
32	Dr. GAKOU Tata	DSVCo
33	Dr. Cyrille DOMALAMOU	APNDS
34	Dr. Alpha Oumar DIALLO	DSVCo
35	CONTE Abeny Djbril	PEV/SSP/ME
36	Dr. Kadiatou KEÏTA	IPPS
37	Dr. BANGOURA Lama	ISP
38	Dr. Amadou Oury BARRY	DCS Kaloum
39	Dr. BALDE Ibrahima	DNPL
40	Dr. Mahawa SOUMAH	CNLS
41	Dr. DIALLO Aïssatou	DNSFN
42	Mme. Marie CONDE	PNMSR

43	Dr. Binta BAH	DNPL
44	Dr. Cheik Tidiane SIDIBE	PNPCS
45	Dr. Aboubacar Nassagbé DIAKITE	DNPSC
46	Dr. Hawa TOURE	DNPSC
47	BAH Mariama	ISP
48	Mme Taibou DIALLO	ISP
49	SYLLA Aboubacar Sidiki	MATD
50	Mamadou BARRY	DNPSC
51	Dr. Ami KEITA	HN DONKA
52	Dr. Hawa KEITA	DN PSC
53	Dr. Engeni KOIVOGUI	INSP
54	Dr. Mamadou Dian BALDE	DNEHS
55	Dr. Lamine SOUARE Médecin	DNEHS
56	Dr. Fatoumata Djouldé DIALLO	DN I DENN
57	Fanta BAMBA	HN I DENN
58	Mme Djenab KEBE	MATERNITÉ
59	Djawa TOURE	MATERNITE BOULBINET
60	Wata CAMARA	MATERNITE BOULBINET
61	Ouo OUOKPRAMOU	DPS LELOUMA
62	Mabinty SYLLA	IPFS
63	CONTE Mamoudou	APNDS
64	Aicha Sanden	HN DONKA
65	Abou SYLLA	HN I DENN
66	Claire Makolé	MATERNITE HN Pita
67	Fatoumata FOFANA	Engender health
68	Fatoumata SANOH	HN DONKA
69	Aissata BERETE	CMC MINIERE
70	Gnama TRAORE	HN I DEEN
71	Aissata Bouwal DIALLO	HR KANKAN
72	Fatimata SOUARE	HR FARANA
73	Nagbè KABA	HN DONKA PEDIATRIE
74	Ifono DAVID	CMC RATOMA MATERNITE
75	M'mahawa BANGOURA	CMC MATAM
76	Ahamadou BARRY	HP TELEMILE
77	Dr.Fanta KABA	MSHP
78	Djéné SANOH	MSHP/ STATISTIQUE
79	Dr. Robert CAMARA	DNPSC/MSHP
80	Dr. CONTE IBRAHIMA	HN I DEEN MATERNITE
81	Dr. Madina RACHID	DNSFN
82	Dr. Férida MARA	DNSFN
83	Aissatou Djouldé Diallo	HR KINDIA
84	Dr. KABA Aboubacar	BSD
85	Abdoul BANGOURA	
86	Binta DIALLO	

87	Finda KOUROUMA	DCS RATOMA
88	Fatoumata Guilinty DIALLO	DNSFN
89	Claude BANGOURA	DCS RATOMA
90	Séré CAMARA	CMS RATOMA
91	Aissata MARA	HN I DEEN MATERNITE
92	Fatoumata KONATE	CMS MATAM
93	Madéleine KOIVOGUI	DCS MATOTO
94	Sarangbè CISSE	HN DONKA
95	Saran KOUROUMA	HN DONKA PEDIATRIE
96	Djénabou FOFANA	HN I DEEN
97	Dr. KABA Adama	DRS N'ZEREKORE
98	Dr. BANGOURA Karifa	DRS KANKAN
99	Dr. Pépé BILIVOGUI	DNHP
100	Dr. Nagnouma SANO	DNPL
101	Dr. Fatoumata TOURE	DNSFN / COORD SR
102	Mme Kadiatou CISSOKO	DNSFN
103	Dr. Saliou Dian DIALLO	OMS
104	Dr. Salvador NIBITAMBA	UNICEF
105	Dr. Tidiane DIALLO	UNICEF
106	Pr. Yoland Hyiazi	Mchip/jhpego
107	Dr. Sitan MILLIMONO	Engender Health
108	Dr. Kadiatou SY	UNFPA
109	Dr. Diaraye DIALLO	UNFPA
110	Dr. Aïssata FOFANA	Faisons Ensembles
111	Dr. Abass DIAKITE	CNLS
112	Mr. René CAMARA	MPP/UNFPA
113	Dr. Cellou Dognol DIALLO	MPP/UNFPA
114	Ahmadou KOUROUMA	HN I DEEN
115	Pr. Namory KEITA	MATERNITE Donka
116	Dr. Gassimou CISSE	Mchip/jpego
117	Dr. Mamady DAFPE	DAN

XII. Liste des Personnes Ressources pour la Révision de la Feuille de Route Nationale de la Mortalité Maternelle et Infanto-Juvenile

N°	Nom et Prénoms	Provenances
1	Dr. Mamady KOUROUMA	DNSFN
2	Dr. Aïssatou DIALLO	DNSFN
3	Dr. Antoinette HELAL	PCIMNE
4	Dr. Mamoudou CONDE	APNDS
5	Dr. Férida MARA	SECT ADO / JEUNE
6	Dr. Fatoumata Guilinty DIALLO	SECT ADO / JEUNE
7	Dr. Fatoumata TOURE	PSR
8	Dr Houlématou DIALLO	PNMSR
9	Dr. Fatoumata DIAKHABY	SMI/PF
10	Dr. Maïmouna DIALLO	SMI/PF
11	Dr. Mamady DAFPE	DAN
12	Dr. Djénabou BARRY	PCIMNE
13	Dr. Mariane MOHAMED	PCIMNE
14	Dr. Génévieve MILLIIMONO	SECT H/F
15	Dr. M'Balou Sandiana CAMARA	SECT ADO / JEUNE
16	Dr. Aly CAMARA	SECT H/F
17	Dr. Sirima CAMARA	PNLAT
18	Dr. Ibrahima Fougoua DIALLO	PEV
19	Dr. Kalil KONE	INSE
20	Dr. Séré KABA	PNMSR
21	Dr. Nagnouma SANO	DNPL
22	Dr. M'balou DOPAVOGUI	DAN
23	Dr. Cirille LOUA	APNDS
24	Mme Marie CONDE	PNMSR
25	Mme Adama Marian CONDE	SECT SMI/PF
26	Dr. Ibrahim Sory DIALLO	INSE
27	Dr. Amadou Oury DIALLO	PNLP
28	Dr. Hawanatou CAMARA	MATERNITE DONKA
29	Dr. Aboubacar SOUMAH	MATERNITE I.DEEN
30	Pr. Namory KEITA	MATERNITE DONKA
31	Dr. Facinet YATTARA	CONSULTANT
32	Dr. Djéné Fadima KABA	CONSULTANT
33	Dr. Mamady CONDE	CONSULTANT
34	Dr. Saliou Dian DIALLO	OMS
35	Dr. Kadiatou SY	UNFPA
36	Dr. Mamadou Aliou DIALLO	AGBEF
37	Dr. Jean René CAMARA	PSR NPPP
38	Dr. Tidiane DIALLO	UNICEF
39	Dr. Cellou Donghol DIALLO	NPPI/PSI
40	Dr. Salifou CAMARA	INSE
41	Dr. Madina RACHID	DSF